



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 70 del 31 Luglio 2015

DECRETI COMMISSARIO AD ACTA

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURASito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>

L'AQUILAe-mail: bura@regione.abruzzo.it

Via Leonardo Da Vinci n° 6Servizi 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

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/07/2014)

DECRETO 25.05.2015 n. 52

Percorso Diagnostico Terapeutico per Il trasferimento dei farmaci neurologici ad alto costo a livello ambulatoriale..... 4

DECRETO 11.06.2015 n. 58

Protocollo operativo trasporto perinatale in emergenza (STAM E STEN).....15

DECRETO 25.06.2015 n. 60

Recepimento e avvio del Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa di cui alla Delibera n. 9 del 3 febbraio 2015 dell'Agenzia Sanitaria Regionale.....69

DECRETO 29.06.2015 n. 62

Autorizzazione ed Accredimento Istituzionale del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila.....115

DECRETO 29.06.2015 n. 63

Istanza di Autorizzazione ed Accredimento Istituzionale dell'Unità di Raccolta Mobile dell'associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) – Diniego.143

DECRETO 01.07.2015 n. 66

Integrazione al decreto commissariale n. 38/2013 del 23/05/2013.....154

DECRETO 01.07.2015 n. 67

Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 23 marzo 2015, recante

“Riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale.

Approvazione del programma di riconversione delle strutture Area Anziani non autosufficienti – Disabilità – Riabilitazione.”156

DECRETO 06.07.2015 n. 68

Adesione all'accordo Interregionale finalizzato all'aggiudicazione dell'appalto interregionale per il servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali delle Regioni e Province autonome aderenti all'Accordo e produzione, stoccaggio e consegna di emoderivati – Capofila Regione Veneto161

DECRETO 06.07.2015 n. 69

Ricognizione dei Centri e degli Studi professionali di Medicina dello Sport autorizzati ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, come modificato dall'art. 12, comma 1, della L.R. 8 gennaio 2015, n. 1.....161

 PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

 ATTI DELLA REGIONE

 DECRETI

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione Consiglio dei Ministri
23/07/2014)**

DECRETO 25.05.2015 n. 52

Percorso Diagnostico Terapeutico per il trasferimento dei farmaci neurologici ad alto costo a livello ambulatoriale.

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, dott. Luciano D'Alfonso, 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 all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 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 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTO l'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 201 "definizione dei Livelli Essenziali ai Assistenza" che individua una lista di 43 DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria;

RICHIAMATO l'art. 6 comma 5 del Patto per la Salute 2010-2012 che prevede, per le Regioni e le Province Autonome, l'integrazione della "lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata di cui all'Allegato 2 C) del DPCM 29 novembre 2001, in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente Intesa. Le Regioni e le Province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero";

VISTA la deliberazione commissariale n. 13/2010 del 03 febbraio 2010 con la quale la Regione Abruzzo ha recepito gli Allegati A) e B) del Patto per la Salute integrando la lista dei DRG di cui al DPCM del 2001;

VISTO il decreto commissariale n. 50/2011 del 16 novembre 2011, recante "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come rettificato, integrato e precisato, rispettivamente, con provvedimenti del Commissario ad Acta n. 63/2011, n. 18/2011 e n. 8/2012;

PRECISATO che, con il suddetto decreto 50/2011, la Regione Abruzzo ha avviato un processo di razionalizzazione della erogazione di prestazioni sanitarie finalizzato all'attuazione, sul territorio regionale, delle disposizioni recate dal già richiamato art. 6 comma 5 del Patto per la Salute 2010-2012;

ATTESO che, tra i nuovi DRG individuati a rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario, l'Allegato B del Patto per la Salute individua anche il DRG 410 "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta";

RILEVATO che, attualmente, attraverso l'attivazione del suddetto DRG, vengono somministrati inappropriatamente anche i farmaci neurologici ad alto costo;

VISTO il DCA n. 19/2014 del 18 febbraio 2014 "Trasferimento delle terapie oncologiche e onco ematologiche comprese dal DRG 410 a livello ambulatoriale";

CONSIDERATO che l'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR Abruzzo) ha attivato un Gruppo tecnico di lavoro composto da personale medico per il trasferimento in regime ambulatoriale, della terapia dei farmaci neurologici ad alto costo;

VISTA la nota prot. n. 510 del 30 aprile 2015 acquisita in pari data con prot. n. RA/115954, con la quale l'ASR ha trasmesso il Documento tecnico predisposto dal suddetto Gruppo di lavoro recante "Percorso diagnostico terapeutico per il trasferimento dei farmaci neurologici a livello ambulatoriale" che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (All.1);

CONSIDERATO che, dall'analisi del file ASDO, il Gruppo tecnico di lavoro ha derivato la necessità che il 90% delle terapie dei farmaci neurologici ad alto costo sia trasferito in regime ambulatoriale, permanendo l'erogazione, in regime ordinario, della quota residua del 10%;

RILEVATO che la suddetta percentuale di trasferimento in regime ambulatoriale è stata comparata con quella adottata allo stesso fine da altre Regioni ed è stata convalidata dalle esperienze professionali dei componenti del riferito Gruppo di Lavoro;

PRECISATO che, ai sensi della deliberazione commissariale n. 50/2011, le terapie dei farmaci neurologici ad alto costo trasferibili in regime ambulatoriale potranno essere erogate solo presso gli Ambulatori Protetti vale a dire ubicati presso Presidi Ospedalieri pubblici o presso Case di Cura private accreditate;

ATTESO che il Documento tecnico allegato (All.1) integra il vigente Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al

Decreto commissariale n. 12/2013 del 20 febbraio 2013 e ss.mm.ii. prevedendo il codice e la tariffa relativi alle terapie dei farmaci neurologici ad alto costo erogate in regime ambulatoriale;

PRECISATO che la suddetta tariffa corrisponde a quella stabilita dal già citato DCA n. 19/2014 sul rilievo che "il paziente bisognoso di terapie di farmaci neurologici ad alto costo ha un carico assistenziale simile a quello del paziente oncologico";

RITENUTO necessario proseguire il processo regionale di razionalizzazione delle prestazioni sanitarie in ottemperanza alle disposizioni sopra richiamate;

STABILITO, per il carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procederne all'approvazione disponendone l'immediato inoltro ai Ministeri affiancanti il PDR per la prescritta validazione.

Tutto ciò premesso

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DECRETA

- **di approvare** il documento tecnico "Percorso diagnostico terapeutico per il trasferimento dei farmaci neurologici ad alto costo a livello ambulatoriale" (All.1);
- **di stabilire** che il 90% delle terapie dei farmaci neurologici ad alto costo sia trasferito in regime ambulatoriale, permanendo, l'erogazione in regime ordinario, della quota residua del 10%;
- **di precisare** che le terapie dei farmaci neurologici ad alto costo trasferibili in regime ambulatoriale potranno essere erogate solo presso gli Ambulatori Protetti vale a dire ubicati presso Presidi Ospedalieri pubblici o presso Case di Cura private accreditate
- **di integrare** il vigente "Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" di cui al Decreto commissariale n. 12/2013 del 20 febbraio 2013 e ss.mm.ii. con la previsione del codice e

della tariffa, stabiliti dal Documento tecnico allegato (All.1), per le terapie dei farmaci neurologici ad alto costo erogate in regime ambulatoriale;

- **di pubblicare** il presente decreto sul BURA con valore di notifica notiziandone l'ASR Abruzzo, le Aziende UU.SS.LL. regionali ed i competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute, curandone, altresì, l'inoltro al Ministero dell'Economia e Finanze e al Ministero della Salute per la relativa validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 52 del 25 MAG. 2015



PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO PER IL
TRASFERIMENTO DEI FARMACI
NEUROLOGICI AD ALTO COSTO
A LIVELLO AMBULATORIALE

REGIONE ABRUZZO



SOMMARIO

PREMESSA	2
CARTELLA AMBULATORIALE TERAPEUTICA.....	3
RELAZIONE AL MEDICO CURANTE	3
PROTOCOLLI DI AMMISSIONE, CURA E DIMISSIONE DEI PAZIENTI	3
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E CONTROLLO DI QUALITÀ	3
PAC TERAPEUTICO	4
FLOW -CHART DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	6
BIBLIOGRAFIA	7



PREMESSA

Il Day Service ambulatoriale è una innovativa modalità di assistenza, finalizzata alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche /strumentali e trattamenti plurimi e multidisciplinari anche complessi, previsti in uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione.

Tale attività complessa richiede un elevato livello clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice.

Si tratta dunque, di un modello assistenziale finalizzato a razionalizzare l'assistenza sanitaria che consente di migliorare l'appropriatezza, rendendo possibile il trasferimento di una consistente quota di attività dal regime di ricovero, in particolare di ricovero Day Hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

Con il Patto della Salute 2010-2012 (Intesa Rep. N. 243 del 3.12.2009) vengono introdotti nuovi DRG a rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.

L'attività specialistica per il trattamento farmacologico delle malattie neurologiche disimmuni, tra cui in particolare la Sclerosi multipla, le neuropatie disimmuni e le miasteniche, è in continua evoluzione e accanto al diffondersi di farmaci ad alto costo e di maggiore efficacia, si stanno sviluppando metodi di cura che possono consentire il trattamento dei pazienti non solo in regime di ricovero, ma anche in quello ambulatoriale.

In Neurologia, ed in particolare nell'ambito dei Centri Sclerosi multipla, si è già sviluppato, negli ultimi decenni, un'organizzazione assistenziale in regime di Day Hospital mirata sull'efficienza, efficacia ed appropriatezza che è possibile trasferire in regime ambulatoriale "protetto"¹ attraverso un corretto utilizzo di personale, delle tecnologie e di spazi adeguati alla complessità della prestazione e ai carichi di lavoro.

Alla luce della nuova politica sanitaria di deospedalizzazione una parte delle prestazioni per patologie croniche in regime di Day Hospital appaiono inappropriate, in considerazione non tanto della durata del trattamento quanto della tipologia delle prestazioni eseguite.

Il passaggio di tali prestazioni al setting ambulatoriale complesso deve essere accompagnato simultaneamente da semplificazioni procedurali che ne consentano un uso più ampio e più agevole in considerazione che la gravità della patologia richiede, durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico, una organizzazione assistenziale continua ed altamente specializzata.

Infatti i pazienti con le suddette patologie sono considerati ad elevato indice assistenziale e come tali bisognosi di un adeguato supporto medico e infermieristico, avendo bisogno, nella maggioranza dei casi, di una prolungata fase di osservazione per la somministrazione della terapia e per la valutazione degli effetti collaterali ad essa correlati.



¹ Ambulatorio protetto: con le caratteristiche riportate nel Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.50/11 del 16 novembre 2011 e del DCA n.12/13 del 20 febbraio 2013

CARTELLA AMBULATORIALE TERAPEUTICA

La *Cartella Ambulatoriale Terapeutica* deve essere redatta per ciascun paziente, sia per motivi clinico-gestionali che medico-legali e deve contenere oltre ai dati anagrafici, anamnestici, il diario e all'esame obiettivo anche:

- il protocollo terapeutico
- attestazione della compilazione delle schede di monitoraggio AIFA o regionali (ove previste)
- le prescrizioni terapeutiche eseguite e, in caso di somministrazione di emoderivati, la registrazione del numero del modulo
- i referti degli esami eseguiti
- i moduli di consenso informato con la relativa scheda informativa sottoscritta dal paziente
- la modulistica trasfusionale (se tale prestazione è stata erogata)

Al fine di garantire una migliore fruibilità del percorso si ritiene utile l'attivazione, da parte dell'U.O. che esegue il trattamento, di uno sportello di accettazione CUP di II Livello che ogni Azienda Sanitaria deve tendere a realizzare.

RELAZIONE AL MEDICO CURANTE

Con cadenza periodica viene inviata, per il tramite del paziente, una relazione destinata al medico curante dove verranno riportati i suddetti elementi unitamente ai consigli terapeutici proposti a domicilio.

PROTOCOLLI DI AMMISSIONE, CURA E DIMISSIONE DEI PAZIENTI

I pazienti sono ammessi alla prestazione terapeutica ambulatoriale solo su prescrizione del medico specialista che opera all'interno dell'U.O. a cui si è rivolto il paziente e dopo attenta valutazione della condizioni cliniche.

L'U.O. elabora specifici protocolli di accesso al PAC, concordati con la Direzione Sanitaria di Presidio tenendo conto delle proprie risorse umane e della propria organizzazione sanitaria.

Ogni U.O. deve disporre di procedure di gestione delle emergenze mediche per il trattamento dei pazienti ambulatoriali.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E CONTROLLO DI QUALITÀ

Il lavoro all'interno degli ambulatori terapeutici complessi viene organizzato in équipe, in stretta collaborazione tra tutte le figure professionali, ciascuno per il proprio ruolo e con compiti tecnico-professionali ben definiti.

Sono previste riunioni di audit clinico-organizzativo con cadenza trimestrale, per una verifica della qualità delle prestazioni erogate e per l'apporto di eventuali correttivi.

Le cartelle cliniche, così come precedentemente dettagliate, devono risultare registrate e archiviate in modo da consentire un periodico controllo della qualità ed efficienza prevedendo un rapporto annuale a cura del Responsabile del Servizio Qualità Aziendale.



PAC TERAPEUTICO

Il Disciplinare prevede un percorso assistenziale articolato in 9 punti.

Dal punto 3 al punto 7 viene rappresentata l'offerta integrata di servizi assistenziali specifica per la somministrazione di una singola terapia e quindi ascrivibile ad ogni singolo accesso.

Il PAC Terapeutico può comprendere diversi accessi a seconda del protocollo terapeutico specifico per il singolo paziente.

La mancata esecuzione del punto 7 esclude la possibilità di attivare il PAC terapeutico pertanto le altre prestazioni erogate verranno considerate come singole prestazioni ambulatoriali e rendicontate nel File C.

Il percorso viene articolato in modo da concentrare tutte le prestazioni diagnostico/terapeutiche necessarie riducendo al minimo il numero dei contatti.

Le procedure da eseguire per la realizzazione del PAC terapeutico sono le seguenti:

1. Impegnativa per il PAC terapeutico da parte dello specialista dei Centri Autorizzati²
2. Prenotazione da parte del referente infermieristico del caso (CASE MANAGER) presso il CUP preferibilmente quello di II livello dedicato
3. Visita specialistica nel giorno prenotato propedeutica all' apertura della *Cartella Terapeutica Ambulatoriale* e alla terapia.
4. Counseling infermieristico durante il quale viene consegnato al paziente o suo assistente (CARE GIVER³) il foglio illustrativo nel quale sono riportate le informazioni sulle modalità di accesso alla struttura, le informazioni relative ai comportamenti da adottare nei giorni successivi alla terapia, per la gestione delle eventuali complicanze e/o eventi avversi ed ogni altra informazione utile incluse quelle relative allo svolgimento di attività lavorative e fisiche. Il foglio illustrativo dovrà riportare il recapito telefonico per poter contattare il Centro che ha espletato il trattamento ambulatoriale.
5. Esami clinico-strumentali propedeutici alla terapia programmati dallo specialista ed eseguiti nella stessa giornata e/o nel giorno precedente
6. Valutazione degli esami clinico-strumentali sulla base dei quali lo specialista può decidere:
 - a. La non eleggibilità al trattamento del paziente
 - b. Il trasferimento dalla procedura ambulatoriale al ricovero ordinario o di day hospital
 - c. La prosecuzione della procedura ambulatoriale (Punto 7)

6 a. In caso di non eleggibilità al trattamento, lo specialista provvede alla chiusura della cartella ambulatoriale e gli esami clinico strumentali sono da considerarsi come singole prestazioni ambulatoriali e come tali rendicontate nel File C.

² Autorizzati con provvedimenti regionali nel rispetto delle modalità stabilite dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)

³ CARE GIVER: Familiare o persona di riferimento coinvolto nella presa in carico della persona (DGR/ASR/ABRUZZO/539/12 "Piano di indirizzo per la riabilitazione - recepimento accordo stato regione del 10/02/2011)



6 b. In caso di trasferimento in regime ordinario o di day hospital lo specialista avvia tutte le procedure previste dalla normativa vigente per attivare il ricovero e inserisce tutta la documentazione clinico strumentale raccolta all'interno della cartella clinica come accertamenti eseguiti in pre ospedalizzazione.

7. Somministrazione del Trattamento prescritto associato ad un costante controllo delle funzioni del paziente
8. Per ciascuna accesso successivo al primo previsto dal protocollo terapeutico, il percorso riprende dal punto 3
9. Nel caso in cui il programma terapeutico si completi lo specialista ospedaliero provvede a
 - a) chiudere la cartella ambulatoriale
 - b) espletare tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia.

Per quanto esposto sopra di seguito si riporta l'integrazione dell' allegato A del Nomenclatore Tariffario Regionale di cui al Decreto Commissariale n. 12/13

CODICE	NOTA	DESCRIZIONE	TARIFFA	ANNOTAZIONI	BRANCHE
99.15.3	HA	Somministrazione: controllo di farmaci	135,00 € (ritarbo del farmaco attraverso seggiolone file F)	La prestazione comprende: 1) visita specialistica propedeutica alla terapia 2) esami ematochimici propedeutici alla terapia eseguiti nella stessa giornata e/o il giorno precedente ed eventuali altri esami strumentali e/o consulenze di altri specialisti 3) somministrazione del trattamento terapeutico 4) tutte le attività di supporto (monitoraggio paziente, consenso informato, consulenza, counselling infermieristico, registrazione e monitoraggio farmaci, ecc.)	ON

Note Erogabilità

- H Prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero, ovvero ambulatori protetti
A Accorpamenti di prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti, in rispetto ad esigenze e scelte regionali

La tariffa sopra esposta si riferisce ad ogni singolo accesso e più precisamente all'insieme delle prestazioni finalizzate alla somministrazione di un singolo trattamento terapeutico.

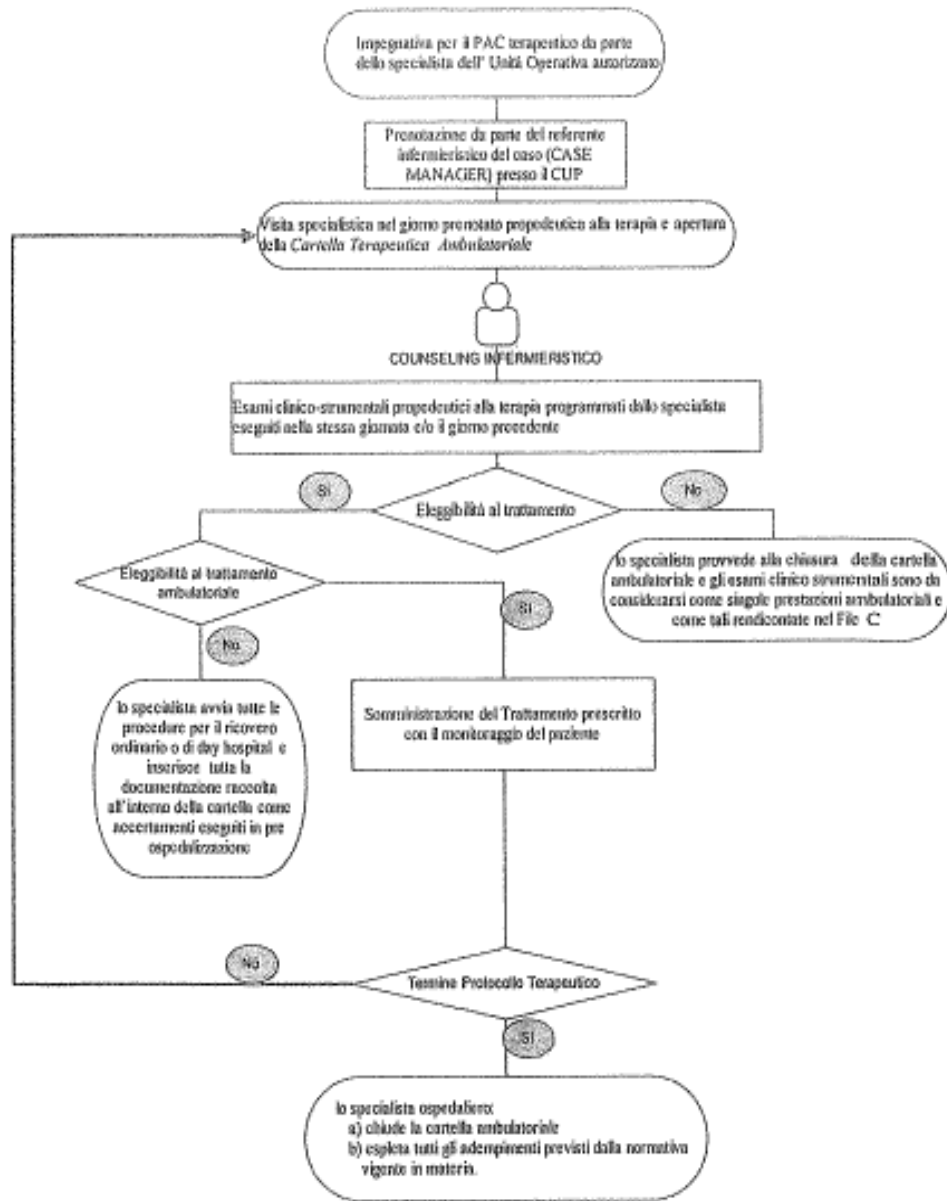
La tariffa complessiva del PAC terapeutico è data dalla somma degli accessi finalizzati all'espletamento del protocollo terapeutico specifico per il singolo paziente.

Per tale pacchetto terapeutico complesso è previsto il pagamento di un unico Ticket ad eccezione dell'esenzione applicabile al caso di specie.

I farmaci neurologici vengono remunerati tramite FILE F attraverso modalità di alimentazione identiche per tutta la Regione.



FLOW-CHART DEL PERCORSO ASSISTENZIALE



BIBLIOGRAFIA

- Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, "Nuovo patto per la salute biennio 2010 - 2012" (Intesa Rep. N. 243 del 3.12.2009);
- Decreto commissariale n.50 del 16 novembre 2011 s.m.i. "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate" - Regione Abruzzo;
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2011, n. 4-2495 "Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza" - Regione Piemonte.
- Deliberazione della Giunta Regionale 18 dicembre 2012, n. 33-5087 "Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazioni alle deliberazioni regionali D.G.R. 73 - 13176 del 26.07. 2004, D.G.R. 4-2493 del 3 agosto 2011 e D.G.R. 42-941 del 3.11.2010." - Regione Piemonte.
- Deliberazione della Giunta Regionale 04 agosto 2011, n. 723 "Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio" - Regione Toscana.
- Decreto del 11 maggio 2009 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30 del 3-7-2009 "Indirizzi per l'attuazione del Day Service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e definizione delle tariffe delle prestazioni." - Regione Sicilia.
- Deliberazione della Giunta Regionale 29 Agosto 2012, n. 539 "Piano d'indirizzo per la riabilitazione - recepimento accordo Stato regioni del 10-2-2011
- Decreto del Commissario ad Acta n.34 del 20 marzo 2012 "Incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari. Razionalizzazione del File F dei farmaci oncologici ad alto costo di cui alla DGRC 1034 del 28.07.2006 e s.m.i. " - Regione Campania;



DECRETO 11.06.2015 n. 58

Protocollo operativo trasporto perinatale in emergenza (STAM E STEN).

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;

ATTESO che, in base all'art. 4 comma 2 del D.L. 01.10.2007 n.159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate ;

ATTESO che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, 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 del 11.06.2012 avente ad oggetto "Insediamento del Subcommissario dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR";

VISTO l'art. 2 del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. che prevede che spettano alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, n. 137: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità,

della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" che all'allegato 1A prevede che è necessario che in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita si proceda all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);

VISTA Deliberazione della Giunta Regionale - 23/12/2011 - N° 897 con la quale è stato recepito il predetto Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 ed è stato istituito Comitato percorso Nascita Regionale (CPNR), la quale prevede, tra i compiti di detto comitato, quello di definire percorsi assistenziali al fine di garantire la razionalizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 702 del 24/10/2011, come successivamente modificata ed integrata dal Decreto del Commissario ad Acta n. 11/2013 del 20/02/2013, con la quale è stato costituito il Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA) con compiti di governo della programmazione del sistema di emergenza e urgenza;

VISTO il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (POMI) nel quale è previsto che le Regioni, nell'ambito dei servizi afferenti all'area della Emergenza devono formalizzare il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) ed il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (S.T.E.N.);

VISTO il documento tecnico licenziato dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) del 16/12/2014, recepito con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 10/2015 dell'11/02/2015 recante "Riorganizzazione punti nascita regionali", che nel dare atto che nella fase di razionalizzazione saranno garantite nei punti nascita da riorganizzare tutte le attività sanitarie pertinenti e necessarie per accompagnare in sicurezza e appropriatezza tutte le gravidanze sino al momento del parto - assicurato presso il punto nascita di afferenza territoriale o di libera scelta della donna - prevede che l'attivazione e

messa a regime dello STAM e dello STEN, secondo le procedure previste dal decreto 11/2013, garantiranno la presa in carico nelle condizioni di emergenza urgenza;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 11/2013 del 20/02/2013 della Regione Abruzzo "Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico" che all'allegato A ha dettato i principi organizzativi per il trasporto materno e neonatale (STAM e STEN);

VISTA la nota dell'Agenzia Sanitaria Nazionale (AGENAS) acquisita al protocollo regionale con il n. RA/116814 del 04 maggio 2015 avente ad oggetto: RA Decreto del Commissario ad Acta n. 10 dell'11/02/2015 recante "Riorganizzazione punti nascita regionali" con la quale è stato prescritto che contestualmente ai punti nascita nella Regione Abruzzo dovrà essere verificato l'attuale assetto programmato per la rete del trasporto neonatale (STEN e STAM) e l'individuazione delle modalità organizzative del trasporto in utero e neonatale tenuto conto della distribuzione delle nascite e di conseguenza dei fabbisogni assistenziali in ambito perinatale;

RITENUTO necessario approvare nell'ambito della procedura di riorganizzazione dei punti nascita regionali ed in coerenza con la stessa, un protocollo operativo regionale per il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e di Emergenza Neonatale (STEN), nella Regione Abruzzo;

VISTO il Decreto Commissariale n.8 del 22 marzo 2011 recante Programma operativo 2010 - Intervento 8 - Azione 2. Approvazione delle "Linee guida sulle autorizzazioni al trasporto dei diversi mezzi a seconda delle necessità del paziente trasportato e dei protocolli organizzativi" e del documento "Requisiti dei mezzi per il servizio di emergenza urgenza territoriale e trasporti infermi e caratteristiche e competenze del personale degli enti convenzionati in relazione alla tipologia di trasporto prestato. Ulteriori disposizioni";

VISTA la nota prot .583 del 12 maggio 2015 con la quale il Commissario straordinario ASR - nonché presidente del C.R.E.A - ha rimesso al

Commissario Ad acta il Protocollo "trasporto perinatale in emergenza (STAM e STEN) approvato dal Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA);

CONSIDERATO che il predetto protocollo "trasporto perinatale in emergenza (STAM e STEN) licenziato dal C.R.E.A. è stato sottoposto al vaglio del Comitato percorso Nascita Regionale (CPNR) il quale lo ha approvato nella riunione del 27.05.2015 nel testo che viene allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (all.1);

PRESO ATTO della natura altamente tecnica del predetto documento licenziato dagli organismi regionali aventi la competenza in materia;

RILEVATO che l'approvazione del protocollo operativo di che trattasi riveste carattere di urgenza stante la necessità di consentire l'immediata operatività dello stesso e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

STABILITO di notificare il presente Decreto Commissariale ai Direttori Generali delle ASL per l'adozione dei provvedimenti conseguenti atti a garantire l'immediata operatività dello stesso e di inviarlo ai Ministeri dell'Economia e della Salute nonché al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo per la pubblicazione;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di approvare** il documento tecnico "Trasporto perinatale in emergenza (STAM e STEN)" che viene allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (all.1);

- **di notificare** il presente Decreto Commissariale ai Direttori Generali delle ASL per l'adozione dei provvedimenti conseguenti, atti a garantire l'immediata operatività dello stesso e di inviarlo ai Ministeri dell'Economia e della Salute nonché al

Bollettino Ufficiale della Regione
Abruzzo per la pubblicazione;

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

ALL. 1



Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 58 del 11 GIU. 2015



REGIONE ABRUZZO

TRASPORTO PERINATALE
IN EMERGENZA
(STAMESTEN)





SOMMARIO

OBIETTIVI GENERALI	3
1. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DEL PERCORSO NASCITA	4
Tabella 1: stato dell'arte del Percorso Nascita al 31/04/2015	4
Tabella 2: Riorganizzazione dei Punti Nascita	5
Figura 1: Rappresentazione grafica della rete PERCORSO NASCITA	5
Tabella 3: Tempi di percorrenza dai PO in cui vengono dismessi i Punti nascita ai Centri Spoke e Hub più vicini della Rete Percorso Nascita	6
Figura 2: Rappresentazione grafica della rete dello STEN	6
Tabella 4: Tempi di percorrenza dai Centri TIN ai Punti nascita di I livello della Regione Abruzzo	7
Tabella 5: Tempi di percorrenza tra il Punto Nascita di Teramo e i Centri TIN della Regione Abruzzo	7
2. RETE PERINATALE IN SICUREZZA ED EFFICACIA	8
2.1 PARCO MEZZI DEL SISTEMA I18	9
2.2 SERVIZIO DI ELISOCORSO	9
Tabella 6: Attività dell'elisoccorso per codice colore- flusso EMUR 2014	9
3. SERVIZIO DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)	11
3.1 INDICAZIONI GENERALI DI ATTIVAZIONE DELLO STAM	11
DAI PUNTI NASCITA DI I LIVELLO A QUELLI DI II LIVELLO	11
3.2 CONTROINDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DELLO STAM DAI CENTRI DI I LIVELLO	12
3.3 MODELLO ORGANIZZATIVO DELLO STAM	12
3.4 PROTOCOLLO OPERATIVO	13
3.4.1. Modalità di Trasporto	14
3.4.2 Check-List Per Il Trasporto (a responsabilità del medico inviante)	15
3.5 ACCESSO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA IN PRESIDI OSPEDALIERI (PO) CON PRONTO SOCCORSO (PS) SENZA PUNTO NASCITA	16
1) Nel PO è presente una UO di Ginecologia H24:	16
2) Nel PO è presente Servizio/UO di Ginecologia H6/H12 con reperibilità:	16
3) Nel PO non è presente l'UO di ginecologia:	16
3.6 DOTAZIONE AMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO (ALLEGATO C DEL DCA 8/11)	18





4. SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA NEONATALE (STEN)	23
4.1 OBIETTIVO DELLO STEN	23
4.2 COORDINAMENTO FUNZIONALE REGIONALE	24
4.3 CONDIZIONI CHE RICHIEDONO L'ATTIVAZIONE DELLO STEN	25
4.4 MODELLO ORGANIZZATIVO DELLO STEN	25
4.5 PROTOCOLLO OPERATIVO	26
4.5.1 Modalità di trasporto	27
4.6 ATTREZZATURE E PRESIDIO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALI	28
5. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	31
6. MONITORAGGIO DELLA RETE PERINATALE	32
6.1 INDICATORI DI PROCESSO	32
6.2 INDICATORI DI ESITO	33
BIBLIOGRAFIA	34
ALLEGATO 1: CONSENSO INFORMATO PER IL TRASPORTO DAL PUNTO NASCITA DI I LIVELLO AL PUNTO NASCITA DI II LIVELLO	35
ALLEGATO 2: MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO	36
ALLEGATO 3: CONSENSO INFORMATO AL TRASPORTO NEONATALE	39
ALLEGATO 4: MODULO PER IL TRASPORTO NEONATALE	41
ALLEGATO 5: SCHEDA PER SEGNALARE IL TRASPORTO NEONATALE	46
APPENDICE A	47





OBIETTIVI GENERALI

Il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 *“Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000” (POMI)* ha indicato direttive precise nel rimarcare che: *“Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali. Le Regioni, nell’ambito dei servizi afferenti all’area della Emergenza (D.E.A., servizio 118 ecc.) devono formalizzare il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) ed il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (S.T.E.N.).*

L’indicazione viene ribadita nell’Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, n. 137: *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*

In una raccomandazione del Ministero della Salute del 2010 (num. 11/2010; 13/01/2011) viene riportato che *“le Regioni, nell’ambito degli interventi di programmazione, attuano i modelli operativi ritenuti più rispondenti ai bisogni della propria realtà territoriale per assicurare l’attivazione rapida e la verifica dell’accettazione da parte delle strutture, anche tramite percorsi dedicati. Il trasporto assistito materno o in utero rappresenta la modalità di trasferimento più sicura che deve seguire protocolli per la gravidanza a rischio che deve essere trasferita in strutture di II e III livello.”*

In conformità alle determinazioni del Documento tecnico del CPNR del 16/12/2014, recepito con Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 10/2015 dell’11/02/2015 recante *“Riorganizzazione punti nascita regionali”*, la Regione Abruzzo con questo documento vuole creare uno strumento indispensabile per definire una rete dei servizi di trasporto perinatale di emergenza al fine di ottenere un coordinamento e collegamento funzionale tra le strutture di diverso livello che fanno parte del Percorso Nascita.

Pertanto, obiettivo specifico del presente documento è definire l’organizzazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e di Emergenza Neonatale (STEN), nella Regione Abruzzo in relazione a:

- procedure di attivazione e utilizzo,
- dotazioni strumentali,
- responsabilità degli operatori sanitari coinvolti,
- modalità di monitoraggio.





1. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DEL PERCORSO NASCITA

- Attualmente nella Regione Abruzzo il Percorso Nascita è organizzato con le seguenti strutture codificate secondo le indicazioni riportate nell'Intesa Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010.

Tabella 1: stato dell'arte del Percorso Nascita al 31/04/2015

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	NUMERO	SEDE
UO DI OSTETRICIA DI II LIVELLO	3	1) L'Aquila ASL 201
		2) Chieti ASL 202
		3) Pescara ASL 203
UO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA DI II LIVELLO (TIN:TERAPIA INTENSIVA NEONATALE)	3	1) L'Aquila ASL 201
		2) Chieti ASL 202
		3) Pescara ASL 203
UO DI OSTETRICIA DI I LIVELLO	9	1) Avezzano ASL 201
		2) Sulmona ASL 201
		3) Lanciano ASL 202
		4) Vasto ASL 202
		5) Ortona ASL 203
		6) Penne ASL 203
		7) Teramo ASL 204
		8) Atri ASL 204
		9) Sant'Omero ASL 204
UO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA DI I LIVELLO	9	1) Avezzano ASL 201
		2) Sulmona ASL 201
		3) Lanciano ASL 202
		4) Vasto ASL 202
		5) Ortona ASL 203
		6) Penne ASL 203
		7) Teramo ASL 204
		8) Atri ASL 204
		9) Sant'Omero ASL 204



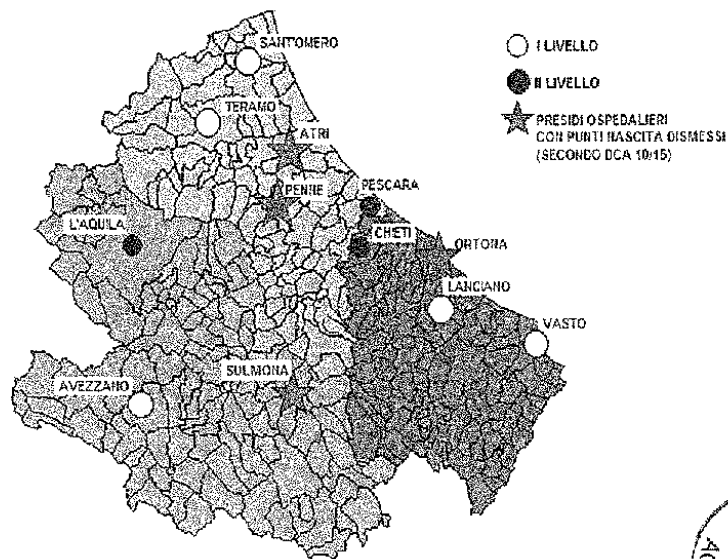


- Con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.10 del 11 febbraio 2015 la Regione ha riorganizzato i Punti Nascita come descritto nella tabella n.2 .

Tabella 2:Riorganizzazione dei Punti Nascita

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	NUMERO	SEDE
UO DI OSTETRICIA DI II LIVELLO	3	1) L'Aquila ASL 201
		2) Chieti ASL 202
		3) Pescara ASL 203
UO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA DI II LIVELLO (TIN/TERAPIA INTENSIVA NEONATALE)	3	1) L'Aquila ASL 201
		2) Chieti ASL 202
		3) Pescara ASL 203
UO DI OSTETRICIA DI I LIVELLO	5	1) Avezzano ASL 201
		2) Lanciano ASL 202
		3) Vasto ASL 202
		4) Teramo ASL 204
		5) San'Omero ASL 204
UO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA DI I LIVELLO	5	1) Avezzano ASL 201
		2) Lanciano ASL 202
		3) Vasto ASL 202
		4) Teramo ASL 204
		5) San'Omero ASL 204

Figura 1:Rappresentazione grafica della rete PERCORSO NASCITA





Sul piano metodologico, è stata effettuata un'analisi sui tempi di percorrenza tra i Presidi Ospedalieri (PO) in cui vengono dismessi i Punti Nascita e i Centri Spoke più vicini (I LIVELLO) e Hub più vicini (II LIVELLO) della Rete Perinatale.

Tabella 3: Tempi di percorrenza dai PO in cui vengono dismessi i Punti nascita ai Centri Spoke e Hub più vicini della Rete Percorso Nascita

Punto nascita dismesso	II LIVELLO			I LIVELLO
	Chieti	Pescara	L'Aquila	Avezzano
SULMONA	48 min	53 min	1h 12 min	46 min

Punto nascita dismesso	II LIVELLO		I LIVELLO	
	Chieti	Pescara	Lanciano	Vasto
ORTONA	26 min	27 min	24 min	40 min

Punto nascita dismesso	II LIVELLO	
	Chieti	Pescara
PENNE	40 min	41 min

Punto nascita dismesso	II LIVELLO		I LIVELLO	
	Chieti	Pescara	Teramo	Sant'Omero
ATRI	36 min	27 min	39 min	47 min

Figura 2: Rappresentazione grafica della rete dello STEN

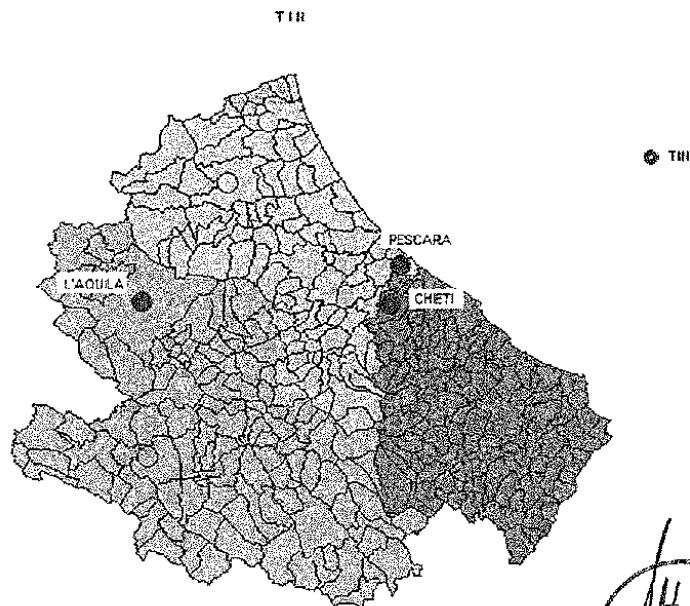




Tabella 4: Tempi di percorrenza dai Centri TIN ai Punti nascita di I livello della Regione Abruzzo

TIN REGIONALE	Avezzano	Lanciano	Vasto	S. Omere	Teramo
L'Aquila	38 min	1 h 48 min	2 h 4 min	1 h 7 min	46 min
Chieti	1 h 2 min	41 min	57 min	1 h 1 min	49 min
Pescara	1 h 9 min	43 min	59 min	1 h	52 min

Tabella 5: Tempi di percorrenza tra il Punto Nascita di Teramo e i Centri TIN della Regione Abruzzo

Punto Nascita di I livello	L'Aquila	Chieti	Pescara
Teramo	46 min	49 min	52 min

Come da Nota tecnica di verifica del DCA 10/15 dell'11/02/2015 fornita dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali con nota Prot. 0003689 del 30/04/2015, si evidenzia che: *"Dall'analisi dei tempi di percorrenza emerge che conseguentemente alla disattivazione dei punti nascita di Peme, Atri, Sulmona e Ortona, non emergono particolari criticità se non la necessità di porre attenzione per i Comuni montani afferenti al PO di Sulmona (es. Roccaraso, Castel di Sangro, etc.)"*.





2. RETE PERINATALE IN SICUREZZA ED EFFICACIA

Al fine di garantire in tutto il territorio regionale una rete perinatale efficiente in sicurezza e qualità, la Regione prevede una dotazione di mezzi di soccorso in possesso di specifici requisiti standard in modo che sia lo STEN che lo STAM possano essere erogati in adeguata copertura assistenziale.

1) SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA NEONATALE (STEN)

- ogni TIN regionale, ovvero Presidio Ospedaliero (PO) dell'Aquila, di Chieti e di Pescara avrà a disposizione un'ambulanza dedicata con requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel Paragrafo 4.6
- Anche il PO di Teramo, pur non avendo una UO di TIN, deve avere a disposizione un'ambulanza dedicata con requisiti specifici, la cui fungibilità è finalizzata ad ottimizzare i tempi di percorrenza rispetto alle TIN di riferimento regionale ed extra-regionale, anche mediante il sistema di rendez-vous, al back-transport e al trasporto intersecondario.
- Il personale della Pediatria del PO di Teramo deve essere adeguatamente formato per tale attività.

2) SERVIZIO DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- Ogni Punto Nascita Regionale di I livello avrà una ambulanza disponibile di soccorso avanzato i cui requisiti sono riportati nell'allegato C del Decreto n.8/11 e descritti nel Paragrafo 3.6.
- I PO in cui vengono dimessi, in ottemperanza al DCA 10/15, i Punti Nascita di Sulmona, Ortona, Penne e Atri avranno in via permanente la dotazione di un'ambulanza di soccorso avanzato (Paragrafo 3.6) sempre disponibile H24 al fine di poter garantire una adeguata e sicura assistenza.

INDICAZIONI SPECIFICHE: In relazione al Cronoprogramma prescritto nel DCA 10/15 e presentato dalla Direzione Aziendale della Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila che prevede *"l'implementazione dell'attività ambulatoriale presso il PO dell'Annunziata di Sulmona e il Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro sarà possibile grazie all'apporto del personale medico in servizio presso i PPOO di L'Aquila ed Avezzano"*, si ritiene necessario, al fine di assicurare un'assistenza in sicurezza ed efficacia a donne gravide





residenti nel bacino di utenza del PO di Sulmona, mantenere oltre al servizio di attività di ginecologia (almeno H6) una reperibilità per il restante orario del medico specialista.

Per quanto concerne il Cronoprogramma prescritto dal DCA 10/15 e presentato dalla Direzione Aziendale della Asl di Pescara è previsto che *“Presso il Presidio Ospedaliero di Penne continueranno ad essere garantiti i Servizi ambulatoriali per il monitoraggio della gravidanza, il servizio di Ginecologia Sociale nonché”* per *“garantire la piena funzionalità del Punto di accoglienza ostetrica (in sostituzione del sopprimendo Punto Nascita di Penne)”* *“la presenza H12 di unità di personale medico ed ostetrico e reperibilità notturna e festiva”*.

2.1 PARCO MEZZI DEL SISTEMA 118

In una rilevazione effettuata dall'ASR Abruzzo il parco mezzi del Sistema 118 della Regione Abruzzo al 31 dicembre 2014 aveva in dotazione 61 mezzi di proprietà delle AA.SS.LL.

Di questi, i mezzi di soccorso medicalizzati attualmente attivi sono 44, sottoposti a monitoraggio costante come da normativa regionale.

È in programma da parte della Regione un piano di investimenti per l'adeguamento e il potenziamento del Parco mezzi del Sistema 118, sia per la completa attuazione della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza sia per consolidare l'assetto della rete perinatale.

2.2 SERVIZIO DI ELISOCORSO

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.

Il servizio di elisoccorso della Regione Abruzzo nell'anno 2014 ha effettuato 684 interventi (Tabella 6).

Tabella 6:Attività dell'elisoccorso per codice colore- flusso EMUR 2014

ELISOCORSO	CODICE INVIO				N°	CODICE RIENTRO					N°	%
	BIANCO	GIALLO	VERDE	VISSIO		BIANCO	GIALLO	VERDE	VISSIO	VISSIO		
ASL 231		34	170		204	57	27	116		4	204	29,8%
ASL 232		55	183	3	241	75	45	123	1	3	247	36,1%
ASL 233		69	108		177	84	35	59		1	177	25,9%
ASL 234	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%

La Regione Abruzzo ha due basi operative di elisoccorso:

- L'AQUILA – BASE HEMS
- PESCARA AEROPORTO

Attualmente le aree adibite alle elisuperfici della Regione Abruzzo svolgono solo attività diurna e in attuazione della convenzione con INAER sono le seguenti:





NOMINATIVO LOCALITÀ	
ATESSA – CAMPO SPORTIVO	ORTONA – AGIP
ATRI – CAMPO SPORTIVO	ORTONA – CAMPO SPORTIVO
AVEZZANO	ORTONA – PORTO
CASOLI	PENNE – CAMPO SPORTIVO
CASTEL DI SANGRO	PESCARA – OSPEDALE
CHIETI	PESCINA – CAMPO SPORTIVO
Fontecchio	POPOLI – CAMPO SPORTIVO
GISSI	SANT'OMERO – CAMPO SPORTIVO
GIULIANOVA	SULMONA
GUARDIAGRELE – CAMPO SPORTIVO	TAGLIACOZZO – CAMPO SPORTIVO
LANCIANO – OSPEDALE	TERAMO – OSPEDALE
L'AQUILA – OSPEDALE	VASTO – AVIOSUPERFICIE

Nell'attivazione e nella messa a regime dello STEN e STAM, la nota tecnica di verifica del DCA 10/15 fornita dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, per i comuni montani afferenti al PO di Sulmona indica quanto segue: *“Si rende pertanto necessario rafforzare il suddetto territorio tramite una interazione con il servizio 118 anche attraverso la istituzione di una elisuperficie adatta al volo notturno al fine di determinare azioni di rendez-vous con i mezzi a terra”*.

La Regione, con DCA n.4 del 27/01/2015 *“Riorganizzazione del Servizio di elisoccorso della Regione Abruzzo”* ha fornito indicazioni alla Azienda USL di Pescara, individuata come stazione appaltante nel nuovo contratto di affidamento del servizio di elisoccorso, che il servizio stesso *“...deve essere erogato nelle ore diurne, in previsione però dell'estensione del servizio alle ore notturne, deve essere acquisita apposita offerta che renda possibile l'estensione in fase di appalto....”*.

Pertanto, si sta provvedendo anche al potenziamento delle elisuperfici di cui sopra implementando la loro attività con quella notturna prevedendo due possibili opzioni realizzabili con una diversa tempistica sulla base di una rilevazione dei fabbisogni assistenziali nella rete perinatale:

- 1) In tempi compatibili con la dismissione dei Punti Nascita (31 ottobre 2015) la messa a norma delle elisuperfici esistenti adeguandole ai requisiti richiesti sia dalla normativa vigente che da direttive ENAC e/o dalle direttive europee per il volo notturno;
- 2) In tempi a medio termine l'uso di elisuperfici prefabbricate a norma di legge adibite all'attività notturna in aree adiacenti ai presidi ospedalieri al fine di ottimizzare i tempi con il sistema di rendez-vous.

Tale potenziamento sarà realizzato in via prioritaria nei Presidi Ospedalieri (PO) con Punti Nascita dismessi a maggior distanza chilometrica via terra ovvero nei PO di Sulmona e di Penne.





3. SERVIZIO DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Lo STAM, servizio di trasporto assistito materno o trasporto in utero è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne o fetali o entrambe. E' la procedura di trasferimento inter-ospedaliero (Hub and Spoke) che viene attivata qualora si renda necessario il trasferimento del feto in utero da un Centro di I livello (Spoke) ad un Centro di II livello (Hub) al fine di erogare una adeguata assistenza (a causa di patologie materno c/o fetali).

Il Trasporto materno può essere:

1. **di emergenza** cioè in continuità di soccorso: ne usufruiscono la gestante e il feto in condizioni critiche che necessitano di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e/o terapeutiche non disponibili nell'ospedale che li ha accolti;
2. **non di emergenza** cioè non in continuità di soccorso: ne usufruiscono la gestante e il feto che, stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure.

Questa procedura non deve essere attivata di fronte ad un elevato rischio di parto durante il trasporto.

3.1 INDICAZIONI GENERALI DI ATTIVAZIONE DELLO STAM

DAI PUNTI NASCITA DI I LIVELLO A QUELLI DI II LIVELLO

Le situazioni che impongono lo STAM sono:

1. elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa e la rottura prematura delle membrane) in: gravidanze con epoca gestazionale > 23+0 settimane e fino a 34+0;
2. feto con grave ritardo di crescita ($\leq 5^{\circ}$ centile)
3. feto con cardiopatia complessa (in caso di necessità di cardiocirurgia immediata alla nascita si autorizza il trasferimento in un centro di riferimento extra-regionale)
4. feto con malformazioni complesse necessitanti o meno di correzione chirurgica immediata
5. elevato rischio materno (rischio materno dominante rispetto a quello fetale) con necessità di cure di II livello alla madre.

N.B. La diagnosi di minaccia di parto pretermine si basa sulla valutazione dell'attività contrattile (dolorosa, da travaglio attivo) e sullo stato del collo uterino (indicatori: cervicometria con cut-off di 18 mm e/o funneling, altro).





3.2 CONTROINDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DELLO STAM DAI CENTRI DI I LIVELLO

- epoca gestazionale <23+0 settimane
- condizioni materne non stabilizzate
- condizioni fetali di gravità tale da richiedere un parto immediato
- condizioni meteorologiche sfavorevoli a rischio di aumento del tempo di trasferimento della donna in gravidanza

3.3 MODELLO ORGANIZZATIVO DELLO STAM

- Il trasferimento può avvenire da un centro di I livello ad uno di II livello
- La decisione di effettuare un trasferimento è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica e come tale è un atto medico quindi necessita di adeguata informazione alla paziente con acquisizione di un formale consenso. L'informazione deve essere data in modo semplice, personalizzato ed esauriente sulle motivazioni che indicano il trasferimento ad un centro di livello perinatale superiore, sui benefici e sui rischi, sulla destinazione, e sulle modalità di trasporto. Il consenso informato al trasferimento (ALLEGATO 1) è parte della documentazione sanitaria che segue la gestante.
- Il sanitario responsabile che attiva la rete per il trasferimento è il medico di servizio di una UO di Ostetricia, in quanto è in grado di riconoscere le patologie emergenti materne e fetali e le conseguenti esigenze di cura e di comprendere se queste patologie possono essere affrontate in base alle possibilità della struttura in cui opera al momento della decisione di trasferire.
- La richiesta del trasferimento può rendersi necessaria per pazienti accettati in pronto soccorso (PS) e in regime di ricovero ospedaliero. Per i motivi sovraesposti è il medico di servizio in ostetricia a gestire direttamente la procedura in entrambe le situazioni. Nel caso la gestante sia in carico al PS e abbia necessità di essere vigilata costantemente, deve restare nel reparto di ostetricia, sotto la responsabilità del medico di servizio, fino al momento del trasferimento.
- Al fine di render efficace, efficiente, sicura ed accessibile l'organizzazione dello STAM deve essere istituita una linea telefonica dedicata nell'ambito della CO del 118, con capacità di registrazione dei colloqui che intercorrono tra gli operatori, e contestualmente deve essere garantita l'implementazione del sistema informatico in grado di supportare i flussi informativi di richiesta, verifica e conferma necessari ad abilitare i processi di trasferimento delle pazienti all'interno della rete perinatale. La rete prevede il collegamento continuo tra struttura inviante, ricevente e la Centrale Operativa 118; questo favorisce la comunicazione tra i centri, permette di avere informazioni in tempo reale e di attuare il follow-up di casi clinici gestiti in ospedali diversi, e infine di verificare l'adeguatezza dell'assistenza.

Pag. 12 a 50





Le strutture di II livello, con personale interno appositamente individuato, devono aggiornare costantemente la Centrale Operativa del 118 sulla variazione della disponibilità effettiva dei loro Posti Letto (PL).

3.4 PROTOCOLLO OPERATIVO

1° caso) Donna gravida in NON IMMINENZA DI PARTO

- Il ginecologo di servizio della U.O. (trasferente mette in atto:
 - tutte le misure diagnostiche per definire le condizioni materne (visita ostetrica, esami ematochimici, misurazione della P.A., ECG, controllo della diuresi) e fetali (ecografia, cardiotocografia),
 - tutte le misure terapeutiche per stabilizzare le condizioni cliniche della gestante (tocolisi, controllo della pressione arteriosa, terapia antibiotica)
 - gli schemi di profilassi (antibiotici e corticosteroidi) secondo le raccomandazioni di assistenza in uso nella UO.

- Il ginecologo di servizio della U.O. trasferente deve:
 - 1) Attivare la Centrale Operativa 118 territorialmente competente per concordare le modalità di trasferimento del caso
 - 2) Coordinarsi appena possibile con il ginecologo in servizio della UO ricevente al fine di mettere in atto tutte le procedure clinico-assistenziali per assicurare una continuità di cura
 - 3) compilare in tutte le sue parti il “Modulo per il trasferimento in utero” (ALLEGATO 2) che diventa parte integrante della documentazione che segue la madre.

INDICAZIONI:

- A) La donna è trasferibile in assenza di elementi che facciano considerare imminente il parto o in assenza di patologie (emorragia in atto, sofferenza fetale acuta) che richiedano l' espletamento urgente del parto stesso.
- B) Il trasferimento della coppia madre-feto deve essere accompagnata da una relazione che riporti la storia personale ed ostetrica, le condizioni cliniche, gli esami ematochimici, il referto dell' ecografia ostetrica e della cardiotocografia, e le attività terapeutiche e profilattiche messe in atto.





2° caso) Donna gravida in IMMINENZA DI PARTO

- Il ginecologo di servizio della U.O. trasferente deve:
 - 1) espletare il parto
 - 2) attivare il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN), attuando le procedure descritte nello specifico paragrafo.

3.4.1. Modalità di Trasporto

- La modalità di trasporto è determinata da vari fattori: distanza tra gli ospedali, condizione orografica e delle strade che devono essere percorse, tempo di trasporto stimato via terra, possibilità di atterraggio vicino agli ospedali, ma soprattutto stato di salute della madre e del feto, unitamente all'urgenza dell'intervento.
- Il trasporto via terra dovrebbe costituire sempre la prima scelta, salvo casi eccezionali nei quali si può ricorrere al trasporto via aerea.
- In caso di trasferimento **non in emergenza**, quando le condizioni cliniche materne e fetali sono stabili al momento della partenza (assenza di travaglio in atto, assenza di perdite ematiche, pressione arteriosa controllata, tracciato cardiocografico rassicurante), il ginecologo ha la diretta responsabilità di valutare quali figure professionali (ginecologo e/o ostetrica) dovranno assistere la donna durante il trasporto per rilevare la stabilità delle condizioni cliniche. Di norma in questo caso non è prevista l'utilizzazione dell'elicottero; tuttavia nell'eventualità se ne richieda l'attivazione, in tal caso il ginecologo decide sotto la propria responsabilità di accompagnare o meno la paziente (il rientro del medico in sede è garantito dai mezzi messi a disposizione dal sistema 118).
- In caso di trasferimento **in emergenza**, quando le condizioni cliniche materne non sono completamente stabili al momento della partenza (persistenza di attività contrattile in travaglio, ipertensione non controllata, pre-eclampsia grave), la gestante deve essere accompagnata da un medico ginecologo e da un'ostetrica e su richiesta dello stesso eventualmente supportato da un anestesista con strumenti adatti a rilevare la stabilità delle condizioni cliniche (sonicaid) e farmaci adeguati (tocolitici, ipotensivi, solfato di magnesio, altro). La gestante durante il trasporto dovrebbe mantenere la posizione di decubito laterale sinistro e avere una vena incannulata.





3.4.2 Check-List Per Il Trasporto (a responsabilità del medico inviante)

- assicurarsi della corretta identificazione della madre e valutare le condizioni materne e fetali
- contattare il medico che riceverà la paziente per informarlo sulle condizioni della paziente e pianificare il trasporto
- discutere la situazione con la paziente e la sua famiglia fornendo informazioni sul centro dove sta per essere trasferita
- acquisire consenso informato (ALLEGATO 1)
- determinare il tipo di trasporto più indicato
- valutare quali figure di accompagnamento si rendano necessarie
- fornire al personale che accompagnerà la paziente istruzioni relative all'assistenza nel trasporto
- fornire tutta la documentazione appropriata compresa la fotocopia della cartella clinica con gli esami, i tracciati cardiocografici (CTG) e l'ecografia
- garantire la disponibilità di un accesso venoso
- garantire che sia tenuta digiuna la paziente prima e durante il trasporto
- verificare che tutto l'equipaggiamento di emergenza sia funzionante (N.B. deve essere disponibile una quantità sufficiente di ossigeno, pari al 50% eccedente il consumo previsto)
- prima del trasporto valutare e annotare:
 - segni vitali
 - BCF
 - stato delle membrane
 - presentazione
 - dilatazione cervicale
 - contrazioni uterine
- usare sempre i dispositivi universali di protezione individuale.





3.5 ACCESSO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA IN PRESIDI OSPEDALIERI (PO) CON PRONTO SOCCORSO (PS) SENZA PUNTO NASCITA

In caso di accesso di paziente gravida presso PO dotato di PS senza Punto Nascita sono indicati i seguenti protocolli operativi:

1) Nel PO è presente una UO di Ginecologia H24:

il medico del PS richiede l'intervento del ginecologo del reparto che valuta la gravida e in base alle sue condizioni decide se trasferirla o meno.

La decisione dei componenti dell'equipe di trasferimento è nella responsabilità del ginecologo.

In caso di trasporto in emergenza è prioritaria la presenza del ginecologo.

In caso di trasferimento non in emergenza si applicano le procedure di trasporto secondario.

2) Nel PO è presente Servizio/UO di Ginecologia H6/H12 con reperibilità:

il medico del PS attiva la chiamata del ginecologo reperibile e nell'attesa che arrivi attiva tutte le procedure per stabilizzare la gravida. Qualora le condizioni cliniche della donna richiedano un immediato trasferimento prima dell'arrivo del ginecologo reperibile, il medico del PS attiverà il servizio medicalizzato del 118 che accompagnerà la gravida nel Punto Nascita più vicino.

La decisione dei componenti dell'equipe di trasferimento è nella responsabilità del ginecologo se presente o in sua assenza del medico del PS.

In caso di presenza del ginecologo nel trasferimento in emergenza è prioritaria la presenza del ginecologo stesso.

In caso di trasferimento non in emergenza si applicano le procedure di trasporto secondario

3) Nel PO non è presente l'UO di ginecologia:

il medico del PS attiva tutte le procedure per stabilizzare la gravida; qualora le condizioni cliniche della donna lo richiedano il medico del PS attiverà il servizio medicalizzato del 118 che accompagnerà la gravida nel Punto Nascita più vicino.





Nel caso sopra descritto la decisione delle figure professionali (medico del PS, medico del 118, anestesista, ostetrica se presente) che comporranno l'equipe di trasferimento, in caso di emergenza, è nella responsabilità del medico del PS.

In caso di trasferimento non in emergenza si applicano le procedure di trasporto secondario.





3.6 DOTAZIONE AMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO (ALLEGATO C DEL DCA 8/11)

Equipaggiamento mezzo

- Sistema di collegamento radio/telefonia in grado di comunicare con le frequenze adottate dal sistema 118 della Regione Abruzzo mediante apparato per radiocomunicazione a norma PP.TT., nel rispetto delle Concessioni Ministeriali all'uopo rilasciate e telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere;
- n. 1 lampada portatile, di potenza adeguata, con alimentazione a batteria 12 V;
- n. 2 torce/fiaccole da segnalazione;
- n. 2 fumogeni;
- n. 2 estintori da almeno 3 Kg approvati dal Ministero dell'Interno di cui n. 1 nel vano sanitario;
- n. 1 forbice per taglio indumenti tipo Robin o similare;
- dispositivi di allarme acustico e visivo a norma di legge;
- cicalino retromarcia;
- n. 1 frousse da scasso;
- segni distintivi esterni a norma di legge e comunque previsti nel sistema di emergenza sanitaria della Regione Abruzzo;
- sistema ABS per i mezzi immatricolati dopo l'entrata in vigore del presente atto;
- catene da neve.

Caratteristiche ed equipaggiamento vano sanitario

- Struttura del vano sanitario facilmente igienizzabile, maniglione longitudinale, rivestimenti interni, paratie, posti seduta, finestratura e sportelloni a norma di legge; pedana laterale
- sistema di aspirazione fisso di grande potenza (almeno 25 litri/min.) con almeno n. 1 presa vuoto aggancio/sgancio rapidi con vaso raccolta secreti da almeno 900 ml. + prolunga + raccordo, alimentato o ricaricato dall'impianto elettrico di servizio del veicolo;
- impianto elettrico a norma di legge, dotato di centralina di controllo, doppia batteria, alternatore maggiorato, con almeno n. 3 prese libere 12V, almeno n. 1 presa 220V, n. 1 presa per culla termica,
- n. 1 presa 220V esterna con sistema inibitore di avviamento motore con spina inserita, invertitore di corrente 12/220V, minimo 800 watt con dispositivo caricabatteria da 16A, almeno n. 2 neon luce bianca, almeno n. 1 faretto "spot", luce azzurra di riposo notturna;





- predisposizione per alloggiamento e connessione di:
 - monitor pluriparametrico - defibrillatore,;
 - ventilatore automatico;
 - pompa infusione;
- n. 2 bombole di ossigeno fisse della capacità minima di 7 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, con riempimento secondo i limiti della normativa vigente e almeno a 150 atm, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole deve avere un riempimento pari a 150 atm;
- n. 2 bombole di ossigeno portatili della capacità minima di 2 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, flussometro con riempimento secondo i limiti della normativa vigente, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole dovrà avere un riempimento pari a 100 atm; ogni bombola deve essere dotata di un sistema di protezione dell'erogatore (es. "tulipano");
- n. 1 flussimetro con collegamento fisso o ad innesto rapido all'impianto dell'ossigeno, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 91701:2008;
- impianto distribuzione ossigeno a parete con almeno 2 prese in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008;
- impianto di climatizzazione ed aereazione;
- n. 1 barella di tipo rigido articolata, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 vigente all'atto dell'acquisto;
- n. 1 barella a cucchiaio dotata di cinture, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865;
- n. 1 dispositivo per il trasporto paziente seduto, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 (fatto salvo il caso in cui la barella principale non assolva anche questa funzione);
- n. 1 tavola spinale completa di immobilizzazione per la testa e fasce di bloccaggio di sicurezza, il tutto RX e TAC compatibile o, in alternativa, materassino a depressione, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865;
- telo da trasporto a sei o più maniglie, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865;
- almeno n. 1 posto seduta testa paziente, a norma di legge, con relative cinture di sicurezza + almeno n. 2 posti seduta, a norma di legge, con relative cinture;
- n. 2 attacco portaflebo antiurto ed antioscillazione;
- n. 1 contenitore rigido sigillabile per rifiuti ospedalieri (minimo 5 l.);
- n. 1 contenitore per aghi e taglienti in materiale plastico rigido sigillabile;
- n. 1 sfigmomanometro anaeroide da parete.





Apparecchiature asportabili

- KIT per assistenza al parto;
- n. 1 monitor con cavi a 3 e 12 derivazioni;
- n. 1 defibrillatore-stimolatore;
- (in alternativa ai precedenti, monitor integrato con defibrillatore-stimolatore);
- pasta conduttrice;
- n. 1 saturimetro portatile o, comunque, integrato con il monitor;
- n. 1 aspiratore endocavitario elettrico portatile;
- n. 1 ventilatore portatile + circuito esterno + bombola O2 da almeno n. 2 litri;
- n. 1 borsa scalda fluidi a temperatura controllata;

Materiale assistenza respiratoria - vie aeree

- palloni autoespansibili per ventilazione adulti, pediatrico, neonatale (uno per tipo) + reservoirs;
- laringoscopio adulti + pediatrico con n. 1 ricambio di batterie;
- n. 2 sistemi di ventilazione (va e viene) monouso adulti;
- n. 2 sistemi di ventilazione (va e viene) monouso pediatrico;
- maschere trasparenti da ventilazione da 0 a 5 (1 per misura);
- cannule orofaringee da 000 a 5 (1 per misura);
- n. 2 cannule nasofaringee n. 7, n. 8;
- tubi endotracheali da 2 ad 8.5 (1 per misura);
- mandrino guidatubo adulto + pediatrico;
- n. 2 tubi corrugati "mount";
- n. 2 filtri antibatterici;
- n. 2 maschere facciali con reservoir (n. 2 per misura);
- maschere tipo "Venturi" adulti + pediatrica (n. 2 per misura);
- n. 2 prolunghe O2;
- sondini per aspirazione da 6 a 18 (2 per misura).

Materiale assistenza cardiocircolatoria

- n. 1 fonendoscopio;
- n. 2 lacci emostatici da prelievo;
- n. 1 pompa siringa da infusione portatile;
- n. 4 tamponcini per disinfezione;





- ago-cannule dal 14 al 22 (3 per misura);
- siringhe ml 20,10,5,2.5 (3 per misura);
- confezione elettrodi adesivi monouso (tipo red dot o similari) adulti e pediatrici (n. 1 confezione per tipo);
- n. 2 spremisacca;
- n. 1 tourniquet per emostasi;
- n. 2 medicazioni pronte.

Materiale per immobilizzazione

- n. 2 serie di collari da estricazione (tipo stifneck, neck-lock o similari);
- n. 1 dispositivo di estricazione a corsetto (KED o similari);
- n. 1 serie di stecco-bende radiotrasparenti lavabili.

Materiale per medicazione

- guanti sterili (tipo piccolo, medio, grande) n. 2 per misura;
- n. 1 confezione garze sterili + n. 2 telini sterili;
- n. 3 confezioni garze non sterili;
- n. 2 flac. acqua ossigenata;
- n. 1 flac. disinfettante iodato;
- n. 4 rasoi per depilazione monouso;
- n. 4 medicazioni pronte + n. 2 cerotti 2.5 cm. + n. 2 cerotti 1 cm.;
- n. 2 rotoli bende per fasciatura.

Materiale di protezione

- n. 3 scatole di guanti monouso (misura piccola, media, grande);
- n. 1 scatola mascherine;
- n. 3 paia di occhiali o n. 3 visiere a schermo grande;
- n. 1 scatola mascherine con visiera;
- n. 3 camici di protezione monouso;
- n. 3 cappelli monouso;
- n. 3 maschere monouso ad alta protezione (FFP3), in conformità o quanto indicato nella norma EN 149 3ª categoria;
- n. 3 caschi di protezione a norma;





- n. 3 paia di guanti da lavoro, in conformità a quanto indicato nella norma EN 320.

Materiale vario

- n. 1 padella e pappagallo monouso;
- almeno n. 3 confezioni ghiaccio istantaneo;
- almeno n. 3 confezioni caldo-istantaneo;
- n. 2 sacchetti graduati per raccolta liquidi organici;
- n. 2 sacchetti rifiuti;
- n. 4 lenzuola + n. 2 coperte + n. 2 teli termici grandi (tipo metallina);
- n. 4 lubrificanti monodose;
- n. 2 sondini naso gastrici;
- cateteri vescicali n. 14, 16, 18 (n. 1 per misura);
- minifrigo per farmaci





4. SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA NEONATALE (STEN)

Lo STEN provvede al trasferimento del neonato critico all'interno della rete perinatale regionale. Esso viene attivato quando è necessario:

- Il trasferimento di neonati da U.O. di I livello a U.O. di livello superiore, ossia ad unità operativa ove siano presenti "Cure Intensive Neonatali", competenze di tipo chirurgico pediatrico o specialistiche di riferimento (ALLEGATO 4);
- il trasferimento da struttura di II livello al I livello di neonati in condizioni post-intensive quando non sono disponibili posti letto neonatali per cure intensive nella struttura di II livello;
- l'attuazione del "back-transport" da U.O. di II livello alla U.O. di I livello; in questo caso il servizio viene di norma effettuato a carico della U.O. ricevente, qualora non vi siano condizioni di urgenza.

4.1 OBIETTIVO DELLO STEN

L'obiettivo dello STEN è quello di garantire la migliore assistenza al neonato da trasferire con gli standard strutturali e funzionali più adeguati e appropriate alle proprie necessità assistenziali.

Il servizio dovrà garantire la precoce identificazione e il rapido trasferimento presso la TIN di neonati che presentano quadri patologici non trattabili nei punti nascita di I livello così da ridurre significativamente la mortalità e morbilità neonatale.

Quindi lo STEN rappresenta l'anello di congiunzione tra i diversi punti nascita ed i centri TIN di riferimento regionale al fine di assicurare:

- la migliore assistenza ad ogni neonato nella struttura più idonea alle sue necessità;
- l'ottimale utilizzo delle risorse professionali, strumentali ed assistenziale, con la centralizzazione dei neonati che necessitano di cure intensive;
- il conseguente più favorevole rapporto costi/benefici dell'attività assistenziale.





4.2 COORDINAMENTO FUNZIONALE REGIONALE

Il modello dello STEN adottato dalla Regione prevede un Coordinamento Funzionale Regionale coordinato dal Sistema 118 composto anche dalle:

unità operative della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) Regionale,

- dell'Aquila,
- di Chieti
- di Pescara

Obiettivo fondamentale di questo Coordinamento è quello di garantire una 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.

Esso assolve alle seguenti attività:

- di consulenza telefonica ai centri nascita sulle disponibilità dei PL,
- di smistamento delle richieste di trasporto alle U.O. riceventi secondo un modello basato sull'intensità di cura,
- di valutazione nelle priorità del trasporto nel caso di chiamate in contemporanea, in relazione alla gravità dei casi clinici ed alle eventuali problematiche che emergono durante il trasferimento.

Il Coordinamento funzionale regionale è strettamente collegato alla rete assistenza perinatale con compiti di:

- formazione/aggiornamento teorico e pratico del personale del servizio e di quello delle unità perinatali di I livello,
- elaborazione di protocolli diagnostico-assistenziali specifici per il trasporto,
- monitoraggio dell'adeguatezza dei mezzi di trasporto, dei presidi diagnostico-terapeutici e della qualità delle cure erogate durante il trasporto.

La rete prevede il collegamento continuo tra la Centrale Operativa 118, le TIN e i Punti Nascita in modo da favorire la comunicazione tra i centri permettendo così di:

- avere informazioni in tempo reale,
- attuare il follow-up di casi clinici gestiti in ospedali diversi,
- verificare l'adeguatezza dell'assistenza.

La Centrale Operativa del 118 oltre ad avere un database di disponibilità di PL regionali costantemente aggiornata, deve anche disporre della disponibilità dei PL di centri di riferimento extra-regionali.





Le strutture di TIN, con personale interno appositamente individuato, devono aggiornare costantemente la Centrale Operativa del 118 sulla variazione della disponibilità effettiva dei loro Posti Letto (PL).

4.3 CONDIZIONI CHE RICHIEDONO L'ATTIVAZIONE DELLO STEN

- Neonati d'età gestazionale \leq 34 sett. o con peso alla nascita \leq 1800 grammi.
- Neonati per i quali è prevedibile la comparsa di patologie tali da richiedere terapia intensiva o sub-intensiva neonatale.
- Neonati che necessitano di particolari indagini strumentali, non eseguibili in loco (possono essere momentaneamente trasferiti e, dopo aver effettuato l'indagine, ritornare al presidio di nascita).
- Neonati con grave patologia respiratoria che necessitano di ventilazione meccanica invasiva e non invasiva.
- Neonati con patologia chirurgica bisognosi di cure intensive pre e post operatorie.
- Neonati che necessitano di nutrizione parenterale totale.
- Neonati con evidente compromissione delle funzioni vitali e che richiedono interventi diagnostici e terapeutici invasivi e/o particolarmente complessi, anche se non necessitano di assistenza respiratoria.
- Neonati che richiedono il posizionamento e il mantenimento di un drenaggio pleurico, pericardico peritoneale.
- Neonati che richiedono il posizionamento e il mantenimento di un catetere centrale con tecnica percutanea o chirurgica.

4.4 MODELLO ORGANIZZATIVO DELLO STEN

- Sono individuabili tre tipologie di trasporto:
 - *Trasporto Primario*: dal Punto Nascita alla Terapia Intensiva Neonatale (TIN).
 - *Trasporto Intersecondario*: trasporto del neonato tra centri TIN per l'esecuzione di particolari indagini diagnostiche e/o procedimenti terapeutici altamente specializzati (chirurgia pediatrica, neurochirurgia, cardiocirurgia, dialisi, oculistica, ecc.).
 - *Back-transport*: invio del neonato, guarito dalla patologia acuta, in un centro ad intensità di cura inferiore (es. punto nascita di origine o centro più vicino alla residenza della famiglia). Il back-transport va promosso in tutti i contesti, in quanto, oltre a rappresentare un ovvio vantaggio economico, permette di evitare il sovraffollamento delle TIN e consente, allo stesso tempo, il riavvicinamento del neonato alla famiglia.





- Il servizio viene attivato contattando telefonicamente la Centrale Operativa del 118 che valuta la disponibilità di PL sia regionali che extraregionali nel caso che non ci fosse disponibilità in Regione.
- Qualora non ci fosse immediata disponibilità di PL neanche nei Centri di riferimento extra-regionali vale il principio che va comunque garantita l'assistenza in urgenza e pertanto il trasferimento avverrà nel centro TIN vicinioro.
- Al fine di render efficace, efficiente, sicura ed accessibile l'organizzazione dello STEN deve essere istituita linea telefonica dedicata nell'ambito della CO del 118, con capacità di registrazione dei colloqui che intercorrono tra gli operatori, e contestualmente deve essere garantita l'implementazione del sistema informatico in grado di supportare i flussi informativi di richiesta, verifica e conferma necessari ad abilitare i processi di trasferimento delle pazienti all'interno della rete perinatale.

4.5 PROTOCOLLO OPERATIVO

- Il medico di riferimento dell' UO inviante deve accelerare il trasferimento espletando i seguenti compiti:
 - Coordinamento con il team della TIN ricevente
 - Colloqui attenti con la famiglia
 - l'ottenimento del consenso informato (ALLEGATO 3) per il trasferimento (esonero così la squadra di trasporto da tali compiti)
 - Duplicazione dei referti medici
 - Copia delle radiografie e/o di referti e degli esami eseguiti.
 - Deve informare il team di trasporto, al momento dell'arrivo, sulla storia del paziente, sullo status e sulla terapia corrente (sarebbe preferibile che ciò avvenisse davanti il letto del paziente al fine di avere anche un quadro visivo e non solo verbale)
 - presentare alla famiglia il team di trasporto
 - compilare la "Scheda per la segnalazione del trasporto neonatale" (ALLEGATO 5)
 - compilare nelle parti di sua competenza il "Modulo per il trasporto neonatale" (ALLEGATO 4)
- La squadra conduce un breve e accurato esame clinico ed inizia con l'ausilio della strumentazione di trasferita tutti gli interventi necessari alla stabilizzazione del neonato.
- Un componente del team si incontra con la famiglia per informarla della procedura dello STEN e delle motivazioni della sua attivazione ricordando che questo è un momento molto delicato per i familiari. Gli altri preparano l'effettivo trasferimento del neonato.





- Fino al momento in cui il neonato è accettato per il trasporto, l'assistenza è co-gestita da ambo gli istituti
- Prima della partenza è indispensabile che la famiglia abbia l'opportunità di vedere e toccare il loro bambino, non importa quanto sia malato
- L'equipe di trasferimento deve compilare le parti di propria competenza del "Modulo per il trasporto neonatale" (ALLEGATO 4)
- Tutti i dati raccolti durante il trasporto sono organizzati e mantenuti come parte integrante della cartella clinica.
- Al momento dell'arrivo presso la TIN, l'attività e la responsabilità della squadra di trasporto sono simili a quelle descritte per l'arrivo all' ospedale richiedente.

INDICAZIONI: Il neonato può essere trasferito solo una volta stabilizzato

4.5.1 Modalità di trasporto

- Il Team di trasporto è composto da:
 - Neonatologo
 - Infermiere della TIN
 - Autista
- La scelta del mezzo (di terra o di aria) da utilizzare è sempre di competenza del team di trasporto in considerazione delle condizioni cliniche del neonato, le distanze da percorrere, la viabilità e tutte le altre informazioni date dal personale dell'ospedale di origine.
- L'attivazione del Servizio non esonera l'ospedale o il medico di origine da un coinvolgimento continuativo fino a che non arrivi la squadra di trasporto infatti tutte le procedure mediche devono continuare con annessa relativa documentazione . Qualora sorgano problemi di natura clinica deve essere garantita una continua e frequente comunicazione con l'ospedale ricevente.
- Qualora venga attivato il trasporto per via aria è il neonatologo che accompagna il neonato sull'elicottero.





4.6 ATTREZZATURE E PRESIDIO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALI

Il Servizio utilizza una ambulanza dedicata per ogni punto nascita di II livello, e il PO di Teramo e Giulianova; può inoltre usufruire, secondo le necessità, dei mezzi terrestri e aerei della Rete Emergenza Urgenza-Sistema 118.

MEZZO DI TRASPORTO

Il veicolo usato è un'ambulanza specificamente e adeguatamente attrezzata.

L'ambulanza deve essere provvista di:

- climatizzazione dell'abitacolo e di ammortizzatori speciali.
- apparato di caricamento del Sistema Incubatrice da Trasporto (SIT) che utilizzi o un carrello autocaricante o un sistema di sollevamento automatico o uno scivolo manuale; nel caso delle prime due modalità deve essere possibile caricare e scaricare il SIT anche in caso di guasto; qualunque sia il sistema di caricamento utilizzato, e' indispensabile che vengano rispettati i criteri di sicurezza per il neonato trasportato e per il personale che effettua il trasporto.
- possibilità di erogare energia elettrica a 12 volt (corrente continua) e a 220 volt (corrente alternata tramite generatore o inverter)
- possibilità di erogare gas medicali (ossigeno e aria terapeutica) per periodi di tempo anche molto lunghi

In caso di utilizzo di un mezzo aereo è indispensabile che sia certificata la compatibilità dell'elettronica dell'attrezzatura con l'elettronica di bordo.

SISTEMA INCUBATRICE DA TRASPORTO

Il SIT è una unità mobile completamente attrezzata per l'assistenza intensiva neonatale.

L'incubatrice da trasporto deve possedere i seguenti requisiti:

- essere montata su un carrello compatibile con il sistema di carico dell'ambulanza;
- essere leggera, robusta, maneggevole e facilmente smontabile;
- permettere il facile accesso al neonato e la completa visibilità dello stesso, con adeguato sistema d'illuminazione;
- avere un sistema di riscaldamento con servocontrollo della temperatura e un sistema di monitoraggio della temperatura ambientale e di quella cutanea del neonato;
- avere un sistema di umidificazione adeguato;
- essere dotata di un sistema per assicurare il neonato al piano di appoggio;





- possedere un sistema di aspirazione (tipo Venturi o elettrico),
- avere un accumulatore a doppia alimentazione (12V e 220V) in grado di erogare energia sufficiente, a moduli tutti funzionanti, per i massimi tempi di trasporto prevedibili;
- alloggiare bombole di O₂ ed aria medica (o compressore) fissate in modo tale che ne sia garantita la stabilità;
- potersi connettere con l'impianto di gas medicali del veicolo;
- essere dotata di un miscelatore e flussometro aria/O₂;
- possedere un ossimetro (incorporato o come attrezzatura separata).

VENTILATORE MECCANICO

È consigliato l'utilizzo di apparecchi affidabili e semplici da usare, come i respiratori pressometrici ciclati a tempo, con allarme di bassa pressione massima.

Il sistema deve garantire almeno:

- CPAP
- IPPV/IMV
- regolazione dei tempi di inspirazione (0.2-1 sec)
- regolazione dei tempi di espirazione (0.3-10 sec)
- regolazione delle pressioni inspiratorie (fino a 60 mmHg)
- regolazione pressione di fine espirazione (fino a 10 mmHg),
- variazione della concentrazione di O₂ da 0.21 a 1 possibilità di erogare gas miscelati, umidificati e riscaldati; poiché l'uso dei normali umidificatori comporta un consumo elevato di energia elettrica, si possono usare in alternativa i nasi artificiali monouso che sfruttano l'umidità dei gas espirati per umidificare la miscela gassosa inspirata;
- circuito alternativo per la ventilazione manuale con maschera facciale o tubo endotracheale

Deve essere disponibile un'autonomia elettrica e dei gas medicali per un tempo almeno doppio rispetto alla durata prevista del trasporto.

MONITOR

Le caratteristiche specifiche dei monitor per il trasporto sono:

- alimentazione a rete e a batteria con autonomia adeguata (utile la possibilità di cambiare le batterie in corso di monitoraggio)
- resistenza agli urti e alle vibrazioni
- buona visibilità anche in condizioni di scarsa luminosità
- allarmi sonori ben avvertibili anche in condizioni di intensa rumorosità del mezzo
- cavi di connessione al paziente robusti e dotati di innesti stabili





- compatibilità con i monitor dell'unità neonatologica di III livello di riferimento, in modo da facilitare il passaggio dall'incubatrice da trasporto a quella di reparto;
- monitoraggio di frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SaO2 con tecnologia in grado di ridurre al minimo gli artefatti da movimento, pressione arteriosa sistemica rilevata con metodo non invasivo.

In aggiunta può essere utile disporre di sistemi di monitoraggio della TCpO2 e della TCpCO2, di un apparecchio portatile per emogasanalisi e di un sistema di monitoraggio capnografico.

POMPE DA INFUSIONE

Almeno una pompa a siringa con velocità minima di infusione di 0,1 ml/h e autonomia almeno doppia rispetto al tempo previsto per il trasporto, dotata di allarmi sonori e luminosi (particolarmente utile è l'allarme di variazione delle pressioni di infusione).

Ogni modulo elettrico utilizzato nel SIT deve avere incorporata una propria batteria in grado di garantire una lunga autonomia.

KIT PER RIANIMAZIONE

Tutto il materiale deve essere sistemato in un contenitore (zaino o valigia) con numerosi scomparti il cui contenuto sia facilmente identificabile e rapidamente reperibile.

Devono essere previste tabelle prontamente disponibili e di chiara consultazione con la posologia dei farmaci, le modalità di diluizione e somministrazione.

Una check-list di tutto il materiale presente nel contenitore deve essere sempre presente, deve essere aggiornata ad ogni cambio di turno infermieristico e deve essere verificata prima della partenza per ogni trasporto.





5. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Già nel Piano Regionale di Formazione ECM 2014, gli obiettivi formativi di interesse strategico per la Regione Abruzzo erano anche quelli inerenti il sistema di emergenza – urgenza.

Tali obiettivi sono stati confermati anche per il 2015 sia dall’Agenzia Sanitaria Regionale che dalla Commissione Regionale ECM e mirano a garantire l’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza e l’efficienza dei servizi prestati nell’ emergenza sanitaria regionale.

Di seguito sono riportati quelli correlati all’implementazione dello STAM e STEN :

- La conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza
- La conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli
- Acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri, territoriali.

Si evidenzia, anche in base alla organizzazione dei trasporti della Rete perinatale di emergenza adottata con questo documento dalla Regione Abruzzo, la necessita di formazione sia dei medici del Pronto Soccorso senza punto nascita che dei medici dell’ UO di Pediatria del PO di Teramo, indirizzata alla acquisizione di specifiche conoscenze relative all’assistenza da erogare nella rete.

Le Direzioni Generali delle ASL si impegnano al rispetto degli obiettivi di cui sopra.





6. MONITORAGGIO DELLA RETE PERINATALE

In attuazione della linea di azione 9) stabilita nell' Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 viene attivato l'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività capaci di definire le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse attraverso indicatori misurabili.

Come stabilito dal DCA11/13 che conferma quanto già indicato nella DGR n. 702/2011, il CREA, nel definire i processi di monitoraggio della qualità del servizio fornito, anche al fine di migliorare la qualità percepita dall'utente, provvede a verificare e controllare i requisiti del personale, dei mezzi di soccorso, della dotazione di attrezzature e materiale degli standard di efficienza.

Di seguito vengono riportati gli indicatori adottati dalla Regione Abruzzo.

6.1 INDICATORI DI PROCESSO

- Numero di nati per bacino
- Numero/% di nati <34 sett. per bacino
- Numero/% di neonati assistiti per centro TIN
- Numero/% di nati ≤ 1800 gr o ≤ 34 settimane assistiti per centro TIN
- Numero/% di donne che, pur in presenza di condizioni che richiederebbero il loro trasferimento in un centro di II livello, partoriscono in punti nascita di I livello
- Numero/% di nati ≤ 1800 gr o ≤ 34 settimane nei punti nascita di I livello
- Numero/percentuale di nati ≤ 1800 gr o ≤ 34 trasportati dopo la nascita in un ospedale con centro TIN
- Numero/% di nati trasportati dopo la nascita da un centro TIN ad un altro per mancanza di posti letto
- Numero/% di nati trasportati fuori regione per mancanza di posto letto
- Indicatori di processo legati all'attività del servizio di trasporto neonatale: tempo di attivazione, tempo di attesa, tempo di stabilizzazione, tempo di percorrenza in strada, tempo di trasferimento totale, variazione di alcuni parametri vitali fra la partenza dal centro trasferente e l'arrivo a quello ricevente, complicanze durante il trasporto.





6.2 INDICATORI DI ESITO

- Separatamente per età gestazionale e peso alla nascita:
 - Nati mortalità
 - Mortalità intra partum
 - Mortalità neonatale precoce, neonatale totale e infantile dei nati in Regione
 - Mortalità neonatale precoce, neonatale totale e infantile dei nati con EG \leq 32 sett.
 - Mortalità neonatale precoce, neonatale totale e infantile dei nati con EG 32-35 sett.
 - Mortalità neonatale precoce, neonatale totale e infantile dei nati con EG $>$ 35 sett.
- Tassi di mortalità ospedaliera dei nati $<$ 1500 g o $<$ 32 sett. aggiustati per gravità clinica per centro TIN¹
- Tassi di mortalità ospedaliera dei nati $<$ 1500 g o $<$ 32 sett. aggiustati per gravità clinica per inborn/outborn in toto e per centro TIN²
- Numero/% bambini con diagnosi di Displasia Broncopolmonare/Malattia Polmonare Cronica
- Numero/% bambini con diagnosi Leucomalacia Periventricolare



¹ L'attribuzione dovrebbe essere fatta sia per centro di nascita che per centro di assistenza.

² L'attribuzione dovrebbe essere fatta sia per centro di nascita che per centro di assistenza



BIBLIOGRAFIA

1. D.M. del 24/4/2000 - Progetto Obiettivo Materno-infantile
2. Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, n. 137: *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"*.
3. raccomandazione del Ministero della Salute del 2010 (num. 11/2010; 13/01/2011)
4. DGR 670/2013 della Regione Liguria *"Organizzazione dei Servizi Regionali di Trasporto perinatale di Emergenza (Stam e Sten)"*
5. DGR 258/2013 della Regione Emilia Romagna *"Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna per la Realizzazione di un sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN)"*
6. DCA 56/2010 della Regione Lazio *"Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere- La rete dell'assistenza perinatale"*
7. DGR 897/2011 della Regione Abruzzo del 23/12/2011 *"Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n.137/CU del 16/12/2010. Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Istituzione del Comitato percorso nascita regionale (CPNR) ed ulteriori disposizioni"* e s.m.i.
8. Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 11/2013 dell'20/02/2013 della Regione Abruzzo *"Rete dell' Emergenza-Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (TRAUMA MAGGIORE) PERCORSO NEUROCHIRURGICO"* e s.m.i.
9. Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 10/2015 dell'11/02/2015 della Regione Abruzzo *"Riorganizzazione punti nascita regionali"*
10. Committee on Fetus and Newborn. Levels of Neonatal Care. Pediatrics 2004; 114: 1341-1347.
11. Swycr PR. Organization of perinatal-neonatal care. Acta Paediatr, 1993;suppl 385:1-18
12. Categories of babies requiring neonatal care. Archives of disease childhood, 1985;60:599-600
13. Obstetric standards for the provision of perinatal care. British Association of Perinatal Medicine





ALLEGATO 1: CONSENSO INFORMATO PER IL TRASPORTO DAL PUNTO NASCITA DI I LIVELLO AL PUNTO NASCITA DI II LIVELLO

U.O. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale di _____

ALLA U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA _____

Io sottoscritta Cognome _____ Nome _____

Nata il _____ a _____

Dichiaro di essere stata informata della situazione clinica della mia gravidanza caratterizzata da:

Four horizontal lines for providing details about the pregnancy situation.

acconsento al trasferimento che mi è stato proposto

NON acconsento al trasferimento

La mia firma attesta che:

- Ho capito quali sono i problemi venutisi a creare a carico della mia gravidanza
• Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Data _____

Firma _____





ALLEGATO 2: MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale di _____

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Ricoverata dal: _____ Ore: _____
Trasferita ore: _____ U.M. _____ Epoca Gestazionale _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

ANAMNESI

CONDIZIONI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO VISITA OSTETRICA:

P.A. _____

CARDIOTOCOGRAFIA: inclusa non inclusa

ECOGRAFIA: inclusa non inclusa





INDAGINI DI LABORATORIO. inclusi non inclusi

Hb	Glic	Proteinemia	HIV
ht	Azot	proteinuria	HBsAG
Plt	Uric	PCE	HCV
Tp	GOT	ND	RW
TTP	GPT	ECG	
Fibrin	Bil	Tampone	

TERAPIA IN CORSO

Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio

Profilassi RDS Farmaco _____

1° dose data _____ ora _____

2° dose data _____ ora _____

Allegata fotocopia cartella clinica si no

Mezzo di trasporto: _____

Equipe di assistenza durante il trasporto (nome/i operatore/i):

Trasferimento effettuato previo accordo telefonico con (indicare MEDICO DEL CENTRO RICEVENTE):

Dott. _____ in data _____





MEDICO TRASFERENTE: _____ Firma _____

Reperibile al n.° tel.

CONDIZIONI DURANTE IL TRASPORTO _____

Ora di arrivo al centro ricevente _____

Firma Operatore che ha assistito la paz. durante il trasporto _____

A CURA DEL CENTRO RICEVENTE

In data _____ alle ore _____ il dott. _____

accompagna la Paziente presso il nostro Reparto.

All' accoglienza viene effettuato il triage e successivo ricovero dal dott. _____

Si consegna al medico accompagnatore copia del triage

Firma del Medico _____





ALLEGATO 3: CONSENSO INFORMATO AL TRASPORTO NEONATALE

Io sottoscritto dott. _____

Dichiaro di aver e fornito ai signori : _____

Padre/madre/tutore del neonato _____

Le seguenti informazioni:

- In base alla visita da me effettuata il piccolo _____
risulta affetto da _____

- e sono insorte (o si prevede possano insorgere) le seguenti complicanze: _____

- Non essendo possibile fornire un adeguato livello di prestazioni assistenziali nel punto nascita è
inderogabile il trasferimento presso _____
- Il trasporto verrà effettuato dagli operatori del _____
- Impiegando i seguenti mezzi _____
- Il trasferimento comporta rischi dovuti :
 - 1) Alla mobilitazione di un paziente critico;
 - 2) Alla mancata disponibilità, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche durante il
viaggio, delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche non trasportabili
 - 3) I rischi legati ai mezzi di trasporto e alla viabilità
- Il **rischio** prevedibile di eventi sfavorevoli legato al trasporto è inferiore al beneficio comportato
dalla possibilità di curare il piccolo presso il centro TIN individuato.

Di tutto ciò informati i genitori/tutori

ACCONSENTONO al trasferimento





NON ACCONSENTONO al trasferimento

_____ li, _____

Il padre/il tutore³: _____ La madre: _____

Il medico curante _____

<p>Noi sottoscritti genitori/tutori del neonato _____</p> <p>In data _____ dichiariamo di voler revocare il consenso.</p> <p>Il padre/il tutore: _____ La madre: _____</p>
--



³ Nel caso in cui si verificano le condizioni definite all'art.316 e/o 317 del C.C., il consenso viene sottoscritto da un solo genitore



ALLEGATO 4: MODULO PER IL TRASPORTO NEONATALE

TRASPORTO

Ospedale di _____

Data ____ / ____ / ____ ora _____

Destinazione _____

DESTINAZIONE

Cognome e nome del paziente _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ ora _____ Età gestazionale _____ Peso gr: _____

Cognome e nome della madre: _____

Data ricovero ____ / ____ / ____ recapito telefonico _____

GRAVIDANZA

PARA _____ Emogruppo _____

Patologie in gravidanza _____

Farmaci in gravidanza: _____

• Minaccia di Parto prematuro: SI NO

• Profilassi con steroidi: SI NO

• Esami in gravidanza:

- HBsAG Positivo Negativo

- HCV Positivo Negativo

- HIV Positivo Negativo

• Tampone vaginale per SGB: Positivo Negativo Non eseguito





- PROM > 18 ore: SI NO
- Febbre materna: SI NO
- Profilassi antibiotica: SI NO n° dosi _____

PARTO

Tipo di parto: eutocico ventosa Te elezione TC emergenza

indicazione al TC _____

Rottura membrane ____ / ____ / ____ ora ____ liquido: chiaro meconio sangue

Gravidanza gemellare: SI NO note: _____

RIANIMAZIONE IN SALA PARTO

Rianimato in sala parto: SI NO

APGAR _____ 1°, _____ 5°, _____ 10°, _____ 20° minuto

O2 terapia: SI NO

maschera: SI NO

MCE: SI NO

intubazione: SI NO

Inizio respiro valido (minuti): _____

STABILIZZAZIONE

Temperatura: _____ FC: _____ FR: _____ Sat Hb: _____ PA: _____ / _____

Glicemia: _____ EGA: pH _____ pO2 _____ pCO2 _____ Be _____ HC03 _____

Intubazione: SI NO

incannulazione: NO vena periferica CVO

Altre procedure: _____





Assistenza respiratoria: O2 CPAP Vent.Manuale Vent.Meccanica FiO2: _____

Farmaci: _____

Infusioni: _____

Note: _____

Profilassi Oculare: SI NO

Vitamina K: SI NO

Consensi informato: SI NO

Firma del medico: _____

VALUTAZIONE ALL'ARRIVO

Ora di arrivo: _____ (partiti alle ore _____) TRIPS _____

Distress respiratorio: assente moderato grave

Reattività stimoli dolorosi: reattivo letargico coma

Temperatura _____ FC: _____ FR: _____ Sat Hb: _____ FiO2 _____ PA: _____ / _____

Glicemia _____ EGA: PH _____ pO2 _____ pCO2 _____ Be _____ HCO3 _____

Altro: _____





INTERVENTO E TRASPORTO

Intubazione: SI NO

Incannulazione: NO vena periferica CVO

Assistenza respiratoria: O2 CPAP Vent.Manuale Vent.Meccanica FiO2: _____

Descrizione ventilazione: CMVIMV PIP _____ PEEP _____ FR _____ TI _____

Ora partenza _____

Farmaci: _____

Infusioni: _____

Procedure _____

Note: _____

ARRIVO ALLA TIN RICEVENTE

Ora arrivo: _____ TRIPS _____

Distress respiratorio: assente moderato grave

Reattività stimoli dolorosi: reattivo letargico coma

Temperatura _____ FC: _____ FR: _____ Sat Hb: _____ FiO2 _____ PA: _____ / _____

Glicemia _____ EGA: PH _____ pO2 _____ pCO2 _____ Be _____ HCO3 _____





Firma Medico STEN: _____

Firma Infermiera STEN: _____

Allegati: _____

Firma medico TIN ricevente: _____

Rientro in base alle ore _____ del ____ / ____ / _____

Consegne materiali: _____

Problemi: SI NO





**ALLEGATO 5: SCHEDA PER SEGNALARE IL TRASPORTO
NEONATALE**

Ospedale di _____

Data/ora ____ / ____ / ____ ora _____

Cognome e nome del paziente _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Indicazioni al trasporto: _____

Destinazione _____

Il Medico del Punto Nascita (scrivere in stampatello):

Firma del Medico del Punto Nascita:

L'infermiere del Punto Nascita (scrivere in stampatello):

Firma dell'infermiere del Punto Nascita:

Avviato il trasporto alle ore _____ del ____ / ____ / ____

Arrivo dell'equipe STEN ore _____ del ____ / ____ / ____





APPENDICE A

L'attuale organizzazione del servizio del 118 per la copertura assistenziale dei bacini di utenza dei PO in cui vengono dismessi i punti nascita è la seguente:

1) PO di SULMONA

- SULMONA H24: postazione medicalizzata
- CASTEL DI SANGRO H24: postazione medicalizzata
- PRATOLA PELIGNA H12 DIURNA: postazione medicalizzata attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- CAMPO DI GIOVE H12 NOTTURNA: postazione medicalizzata attiva dalle ore 20.00 alle ore 8.00
- CASTELVECCHIO SUBEQUO H12 DIURNA: postazione medicalizzata attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- PESCIASSEROLI H24: postazione H12 diurna attiva con il medico dalle ore 8.00 alle ore 20.00, postazione H12 notturna attiva con la sola presenza di una figura infermieristica dalle ore 20.00 alle ore 8.00.
- PESCHINA H24: postazione medicalizzata
- SULMONA H12 DIURNA: postazione in convenzione con solo personale volontario attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.

2) PO di ORTONA

- ORTONA H24: postazione medicalizzata
- CHIETI H24: postazione medicalizzata
- FRANCAVILLA H24: postazione medicalizzata attiva H24 da maggio a novembre. Nel periodo dicembre-aprile attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e dalle ore 20.00 alle ore 8.00 la postazione si trasferisce a PASSO LANCIANO.
-

3) PO di PENNE

- PENNE H24: postazione medicalizzata
- PESCARA H24: postazione medicalizzata
- MONTESILVANO H24: postazione medicalizzata
- PIANELLA H12 DIURNA: postazione medicalizzata attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00





- **CATIGNANO H12 NOTTURNA:** postazione medicalizzata attiva dalle ore 20.00 alle ore 8.00
- **PESCARA SUD H24:** postazione in convenzione con solo personale volontario. Viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.
- **PESCARA NORD H24:** postazione in convenzione con solo personale volontario. Viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.
- **PESCARA CENTRO H12:** postazione in convenzione con solo personale volontario attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.

4) *PO di ATRI*

- **ATRI H24:** postazione medicalizzata
- **TERAMO H24:** postazione medicalizzata
- **SILVI MARINA H24:** postazione attiva con la sola presenza di una figura infermieristica
- **ROSETO H12 DIURNA:** postazione attiva con la sola presenza di una figura infermieristica dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- **BISENTI H12 DIURNA:** postazione attiva con la sola presenza di una figura infermieristica dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- **TERAMO H24:** postazione in convenzione con solo personale volontario. Viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.
- **TERAMO H12:** postazione in convenzione con solo personale volontario. Attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.

A seguito della programmazione regionale il Sistema 118 viene implementato sia rispetto ad un aumento del numero delle postazioni sia ad un aumento del numero delle ambulanze a disposizione delle singole postazioni nelle quali vengono dismessi i punti nascita:

1) *PO di SULMONA*

- **SULMONA:** la postazione medicalizzata viene implementata con la disponibilità di un'ambulanza di soccorso avanzato i cui requisiti sono descritti nel Paragrafo 3.6
- **L' AQUILA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6





- **CHIETI:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **PESCARA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **TERAMO:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6

2) PO di ORTONA

- **FRANCAVILLA I124:** postazione medicalizzata attiva I124 da maggio a novembre. Nel periodo dicembre-aprile attiva dalle ore 8.00 alle ore 22.00 e dalle ore 22.00 alle ore 8.00 la postazione si trasferisce a PASSO LANCIANO.
- **ORTONA:** la postazione medicalizzata viene implementata con la disponibilità di un'ambulanza di soccorso avanzato i cui requisiti sono descritti nel Paragrafo 3.6
- **L' AQUILA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **CHIETI:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **PESCARA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **TERAMO:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6

3) PO di PENNE

- **PIANELLA H24:** postazione medicalizzata
- **VALPESCARA SPOLTRE H12 DIURNA:** postazione in convenzione con solo personale volontario. Attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e viene utilizzata per le missioni a bassa criticità clinica.
- **PENNE:** la postazione medicalizzata viene implementata con la disponibilità di un'ambulanza di soccorso avanzato i cui requisiti sono descritti nel Paragrafo 3.6
- **L' AQUILA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **CHIETI:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **PESCARA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6





- **TERAMO:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6

4) *PO di ATRI*

- **CASTELNUOVO(CASTELLALTO) H24:** postazione medicalizzata
- **ROSETO H24:** postazione medicalizzata
- **ATRI:** la postazione medicalizzata viene implementata con la disponibilità di un'ambulanza di soccorso avanzato i cui requisiti sono descritti nel Paragrafo 3.6
- **L' AQUILA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **CHIETI:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **PESCARA:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6
- **TERAMO:** il PO ha in dotazione un'ambulanza con i requisiti specifici per il trasporto in sicurezza del neonato come definiti nel paragrafo 4.6



DECRETO 25.06.2015 n. 60

Recepimento e avvio del Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa di cui alla Delibera n. 9 del 3 febbraio 2015 dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che la gestione delle liste di attesa rappresenta in tutti i sistemi sanitari uno dei problemi maggiormente avvertiti dai cittadini, che l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN, che l'interazione di molteplici fattori (umani, tecnologici e strutturali) conferisce ai processi alla base di tale fenomeno un elevatissimo livello di complessità e che il governo di questi fattori incide virtuosamente sull'efficienza di tutto il sistema sanitario regionale;

VISTI gli atti adottati dalla Regione Abruzzo per il governo delle liste di attesa quali: la DGR n. 1585 del 07/12/2000 (con la quale sono stati dettati criteri e direttive per il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni e visite specialistiche ambulatoriali), la DGR n. 496 del 31/05/2005 (con la quale sono stati recepiti gli Accordi Stato Regione dell'11/07/2002 in materia di liste di attesa ed è stato condiviso il "Progetto Mattone" predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), la DGR 1050 del 24/10/2005 (con la quale sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali e esami strumentali, sono state individuate come aree prioritarie di accesso alle prestazioni sanitarie quella oncologica, cardiovascolare e di diagnostica per immagine e sono stati recepiti i percorsi diagnostici terapeutici relativi a diverse discipline), DGR n. 710 del 26/6/2007 modificata dalla la DGR 102 del 05/02/2007 (con le quali è stato approvato il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere);

VISTO il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010/2012 approvato dalla Conferenza per i rapporti tra lo Stato Regioni e province autonome in data 28/10/2010 prot. 189/CSR, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 23/11/2010 supplemento ordinario n.259 e in particolare il

relativo punto 2 che stabilisce che, entro 60 gg dall'emanazione delle linee guida da parte del comitato LEA di cui all'art 9 dello stesso, le regioni e le province autonome recepiscono l'intesa e adottano un piano regionale attuativo;

VISTA la Deliberazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale n.35 del 29/10/2010 con la quale è stato istituito presso la Agenzia Sanitaria Abruzzo (ASR) un gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e il superamento delle liste di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche;

ATTESO che in data 01/04/2011 il Ministero della Salute con nota prot. DGPROG 10134-P-25/03/2011 ha comunicato formalmente che il 25/2/2011 il comitato Lea di cui all'art 9 dello stesso Piano nazionale ha redatto il documento "Aggiornamento delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa di cui al punto 9 dell'intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010/2012";

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali". (SALUTE) Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010;

VISTA la DGR n. 575 dell'11 agosto 2011 con la quale la Giunta Regionale ha approvato il Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) di cui all'allegato "A" della medesima delibera;

VISTA la DGR n. 930/2011 con la quale è stato istituito il CoReCup (Coordinamento Regionale Cup) che non ha potuto dare continuità alla propria azione per la carenza di risorse umane necessarie, come individuato al p.to 4 della stessa DGR 930/2011;

ATTESO che il Programma Operativo 2013-2015, approvato con decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013 e integrato e modificato con decreto commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013, tra l'altro, prevede una specifica Azione (n.7) denominata "Piano Regionale di contenimento delle Liste d'Attesa" nell'ambito del relativo Intervento "Rete Territoriale" (n.3);

RILEVATO che il Decreto commissariale n. 35/2015 recante “Linee Negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di Prestazioni Erogate dalla Rete di Specialistica Ambulatoriale Privata Accreditata per l’Anno 2015” prevede, tra l’altro, per gli erogatori firmatari del “Contratto per l’Erogazione delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale anno 2015”, All. 2 del decreto citato, di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione su sistema CUP della ASL (artt.3,6,7,11,13);

ATTESO che le Delibere di Giunta Regionale per la Nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Avezzano - Sulmona - L’Aquila (DGR n. 23 del 18 gennaio 201), di Lanciano - Vasto - Chieti (DGR n. 24 del 18 gennaio 2013), di Pescara (DGR n. 46 del 30 gennaio 2012) e Teramo (593 del 23 settembre 2014) stabiliscono specifici adempimenti inerenti il Piano Regionale per il Governo delle Liste d’Attesa (DGR575/2011) nell’ambito degli “Obbiettivi di Salute”;

CONSIDERATO che il Decreto Commissariale n. 149 del 7 novembre 2014 recante “Indirizzi Programmatici per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali triennio 2015-17”, al punto “Contenimento delle Liste d’Attesa” individuando le AA.SS.LL. come principali attori del Sistema, elenca 5 azioni da porre in essere per la riduzione dei tempi d’attesa:

- Le ASL, anche con riferimento alle finalità dei gruppi di lavoro istituiti in ambito regionale che coinvolgono i referenti Aziendali per materia e per settore, devono attivare il monitoraggio costante e puntuale attraverso la corretta copertura dei campi di rilevazione per i flussi informativi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri;
- Le Asl sono tenute a porre in essere gli interventi strategici e correttivi per l’abbattimento dei tempi di attesa rendicontandoli trimestralmente all’Amministrazione regionale;
- Le Asl devono raggiungere e garantire la completa penetrabilità di tutta l’offerta di specialistica ambulatoriale (pubblica e privata) attraverso i gestionali CUP aziendali, imponendo alle strutture

private alla piena esposizione delle relative agende;

- Le Asl dovranno garantire la gestione elettronica della totalità delle prenotazioni dei ricoveri (pubblico e privato) attraverso la opportuni sistemi informatici e telematici.
- Le Asl dovranno garantire il rispetto dei tempi massimi delle prestazioni, attuare la corretta e appropriata prescrizione attraverso le classi di priorità e promuovere l’obbligatorietà dell’apposizione del quesito diagnostico su tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale;

RILEVATO che con i provvedimenti sottoelencati i direttori Generali delle singole AA.SS.LL. hanno adottato appositi Strumenti di Programmazione in aderenza a quanto disciplinato con il richiamato DCA n. 149/2014:

- ASL Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Deliberazione del Direttore Generale n. 2116 dell’1.1.2014 “Adozione ed approvazione del Piano Strategico 2015-2017, del Bilancio Pluriennale Previsione 2015-2017, del Bilancio Economico Preventivo Annuale 2015 della Asl 1 di Avezzano-Sulmona-L’Aquila”, integrata con Deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 26.01.2015 (richiesta di chiarimenti ed altri elementi integrativi di giudizio formalizzata con Determinazione DG22/18 del 31.03.2015 -Prot. 103692/DG22 del 20.04.2015);
- ASL Lanciano-Vasto-Chieti - Deliberazione del Direttore Generale n.1668 del 29.11.2014 “Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2015-2017: Piano Strategico, Bilancio Pluriennale 2015-2017 e Piano Programmatico di esercizio 2015” (richiesta di chiarimenti ed altri elementi integrativi di giudizio formalizzata con Determinazione DG22/20 del 17.04.2015 -Prot. 113261/DG22 del 28.04.2015);
- ASL Pescara - Deliberazione del Direttore Generale 1358 dell’1/12/2014 “Adozione Strumenti di Programmazione 2015-2017” (richiesta di chiarimenti ed altri elementi integrativi di giudizio formalizzata con Determinazione DG22/9 del 17.02.2015 -Prot. 044601/DG22 del 19.02.2015);

- ASL Teramo – Deliberazione del Direttore Generale 1485 del 02/12/2014 “Strumenti di Programmazione 2015-2017” (richiesta di chiarimenti e altri elementi integrativi di giudizio non ancora formalizzata dalla Regione);

CONSIDERATO che, nell’ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai fini dell’accesso alla cosiddetta quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie, è oggetto di valutazione e certificazione lo specifico adempimento “Liste d’Attesa” (“lettera H”);

RILEVATO che il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di Assistenza, congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, nell’ambito dello schema di certificazione LEA anno 2013 inviato dal Ministero tramite Sistema di Gestione Documentale SIVEAS – LEA con prot. n. 44 del 11 maggio 2015, ha valutato “ADEMPIENTE” l’Amministrazione Regionale in riferimento all’indicatore Liste d’attesa;

CONSIDERATO che nella richiamata certificazione di adempienza LEA 2013, è espressa la raccomandazione “si suggerisce alla Regione di monitorare sul territorio l’effettiva garanzia dei tempi di attesa” e che, pertanto, si impone uno sforzo strategico integrato finalizzato non solo alla sostenibilità ma anche al decisivo miglioramento dei risultati acquisiti;

VISTA la Delibera n. 9 del 3 febbraio 2015 dell’Agenzia Sanitaria Regionale, competente per il monitoraggio e il superamento delle liste d’attesa (L.R. n. 6 del 30 aprile 2009), che costituisce il Gruppo Tecnico di Lavoro per la predisposizione di un piano Articolato finalizzato al superamento delle Liste d’Attesa;

VISTA la nota prot. n. 138631 del 25 maggio 2015 con la quale il Direttore dell’Agenzia trasmette al Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo il “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d’Attesa” (ALL. A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, frutto del lavoro del Gruppo sopra richiamato;

CONSIDERATO che il citato Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d’Attesa” (ALL. A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si articola in 16 linee d’azione che specificano le procedure operative a supporto delle finalità sottese al governo delle Liste d’attesa, in consequenzialità ai provvedimenti regionali richiamati nella narrativa con particolare riferimento alla delibera n. 575/2011, dalla cui applicazione, è emersa la necessità di adottare ulteriori interventi finalizzati principalmente alla standardizzazione e all’integrazione strutturata dei processi, soprattutto in fase organizzativa, prescrittiva e informativa, e che ciascuna azione è riferibile a distinte competenze da individuare nei singoli domini organizzativi del Dipartimento per la Salute e il Welfare;

RILEVATO, altresì che alla Linea d’azione n. 16 è istituita la “Consulta Regionale Per il contenimento delle Liste d’Attesa” con specifici compiti da relazionare al Componente della Giunta Regionale con delega alla Salute;

RITENUTO di recepire i contenuti e le linee d’azione declinate nel “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d’Attesa” (ALL. A), parte integrante e sostanziale del presente decreto, e, in aderenza agli indirizzi e le indicazioni derivanti dai provvedimenti regionali indicati in narrativa, di attivare l’Agenzia Sanitaria Regionale d’intesa con il Dipartimento per la Salute e il Welfare a porre in essere ogni iniziativa tesa all’abbattimento delle Liste d’Attesa con particolare riferimento al monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005,

DECRETA

per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono qui integralmente riportate ed approvate

1. **di recepire** i contenuti e le linee d’azione declinate nel “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d’Attesa” (ALL. A), parte integrante e sostanziale del presente decreto fermi restando gli indirizzi e le disposizioni

- derivanti dai provvedimenti regionali e nazionali indicati in narrativa;
2. **di dare mandato** al Dipartimento per la Salute e il Welfare, affinché il medesimo provveda alla notifica del presente atto:
 - alle Aziende USL della Regione Abruzzo, all'ASR, alle Strutture Accreditate e contrattualizzate per la puntuale applicazione delle azioni previste;
 - alle Associazioni di Categoria per quanto di interesse e competenza;
 - al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanze per la successiva validazione;
 3. **di incaricare** il Direttore dell'ASR di porre in essere, d'intesa con il Dipartimento Regionale per la Salute e il Welfare, ogni utile iniziativa, anche a carattere economico, tesa alla

realizzazione del "Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa", rendicontandone gli sviluppi attuativi alla Struttura Commissariale, nonché all'abbattimento delle Liste d'Attesa con particolare riferimento al monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

4. **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (BURA).

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 654 Partenza

22/05/2015

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento per la Salute e il Welfare

Prot. RA 138631

25 MAG. 2015

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

ALLA

Pescara, 22 Maggio 2015

Al Commissario ad Acta Sanità
Dott. Luciano D'ALFONSO

All'Assessore alla Programmazione Sanitaria
Dott. Silvio PAOLUCCI

Al Sub Commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Al Direttore del Dipartimento della Salute e il Welfare
Dott. Angelo MURAGLIA

Oggetto : Trasmissione del "Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'Attesa".

Con la presente, si trasmette alle SS.VV. il documento integrale denominato "Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'attesa".

Il documento, frutto del lavoro di un Gruppo Tecnico formato da esperti multidisciplinari e multiprofessionali e dai rappresentanti delle Associazioni di categoria operanti nel territorio, ha la finalità di una messa a sistema di tutti gli interventi ordinari e straordinari, che possono sviluppare strategie operative di contrasto alle Liste di Attesa, improntate al rispetto dell'appropriatezza di tipo prescrittivo e organizzativo-erogativa, in ottemperanza ai provvedimenti normativi già adottati dalla Regione e in coerenza con il Programma Operativo 2013-2015 recepito con Decreto Commissariale n. 112/2013.

Si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti e si porgono distinti saluti.

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 60 del 25 GIU. 2015



Alfonso Mascitelli
Il Commissario Straordinario
Dott. Alfonso Mascitelli



Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'attesa

*Gruppo Tecnico di lavoro per il superamento delle
liste d'attesa*

IN COLLABORAZIONE CON:

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE,

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA, ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI, ASL PESCARA, ASL TERAMO,

ANAAO, ANPO, FP CGIL MEDICI, CIMO, CIPE, CISL, FIALS, FIMMG, FIMP, INTERSINDACALE

SANITARIA, SIMET, SMI, SNAMI, SUMAI, UIL EPL

CITTADINANZATTIVA, CODICI ABRUZZO

Sommario

OBIETTIVI E STRUMENTI : IL GOVERNO DELLE LISTE D’ATTESA.....	2
CONTESTO DI RIFERIMENTO	4
Linea di Azione 1: Piani Attuativi Aziendali.....	6
Linea di Azione 2: Rendicontazione trimestrale delle ASL. Redazione di un format uniforme	10
Linea di Azione 3: Applicazione delle Classi di Priorità	11
Linea di Azione 4: Riclassificazione della Classe Programmata P	13
Linea di Azione 5: Visite e prestazioni di controllo. CUP di Il livello	14
Linea di Azione 6: Prenotazione informatizzata	15
Linea di Azione 7: Implementazione del Contact Center.....	16
Linea di Azione 8: Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni.....	18
Linea di Azione 9: Attività in regime istituzionale aggiuntivo.....	20
Linea di Azione 10: Attività di monitoraggio. Monitoraggio ex post	21
Linea di Azione 11: Diritti e doveri dei cittadini. Diritto all’informazione	22
Linea di Azione 12: Percorsi Assistenziali.....	23
Linea di Azione 13: Percorsi di Tutela	25
Linea di Azione 14: Registro per gli interventi chirurgici	26
Linea di Azione 15: Accesso senza prescrizione. Accesso diretto	28
Linea di Azione 16: Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d’Attesa.....	29
TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE	30
Allegati al Piano.....	31
ALLEGATO A1 : FORMAT RENDICONTAZIONE TRIMESTRALE	32
ALLEGATO A2 : FORMAT AZIONI DI MIGLIORAMENTO	33
ALLEGATO A3 : FORMAT RE-CALL	34
ALLEGATO B: SCHEDA DI CONCORDANZA	35
ALLEGATO C : FORMAT EX POST	36
ALLEGATO D: ELENCO DELLE PRESTAZIONI TRACCIANTI	37
ALLEGATO E: DELIBERA ASR DI ISTITUZIONE DEL GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE D’ATTESA	38

OBIETTIVI E STRUMENTI : IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

La gestione delle liste d'attesa è una sfida complessa che coinvolge i diversi versanti della domanda e dell'offerta delle prestazioni, i modelli organizzativi, le aspettative dei cittadini e il divario sempre esistente tra fabbisogno e risorse a disposizione.

Al tempo stesso, l'erogazione delle prestazioni sanitarie entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura e alla patologia costituisce una componente strutturale dei LEA, come prescritto dal DPCM 29 Novembre 2001, Allegato 5, e dal DPCM 16 Aprile 2002.

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA e in ottemperanza a quanto definito dal D.Lvo. n.124 del 29 aprile 1998, art. 3 comma 12, spetta alle Regioni disciplinare, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte, con la responsabilità della messa in atto di tutti i processi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni, nei tempi corretti, in capo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali.

La rideterminazione degli obiettivi generali di un nuovo Piano Regionale, a garanzia e centralità dei bisogni del cittadino, dovrà essere perseguita con i seguenti strumenti:

1. Governo della domanda di prestazioni attraverso un ricorso appropriato alle attività del S.S.N., con una puntuale definizione dei criteri di priorità nell'accesso;
2. Pianificazione razionale dell'offerta in ambito aziendale;
3. Gestione del sistema dell'accesso alle prestazioni, in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, nonché di individuare e gestire i percorsi diagnostici-terapeutici prioritari;
4. Integrazione del ruolo del territorio e degli ospedali e al tempo stesso del pubblico e del privato.

Resta pertanto necessaria per la Regione Abruzzo una revisione del sistema, mettendo in atto strategie operative di contrasto alle Liste di Attesa improntate al rispetto dell'appropriatezza di tipo prescrittivo e organizzativo-erogativa, in applicazione di provvedimenti normativi già adottati dalla Regione negli ultimi anni (DGR n. 575/2011, DGR n. 741/2012, Decreto Commissariale n. 112/2013).

Una coordinata e definita revisione del sistema dovrà da un lato implementare azioni specifiche: azioni sull'appropriatezza prescrittiva e del consumo, azioni sull'efficienza di produzione nella sostenibilità delle risorse, azioni sulle modalità di gestione delle agende di prenotazione; e dall'altro elaborare una puntuale definizione dei rapporti tra le parti che interagiscono e mettere a regime procedure, meccanismi operativi e strumenti più dettagliati di monitoraggio delle attività e dei risultati nella gestione delle risorse.

Scopo di questo documento tecnico è la necessità di una attivazione e messa a regime , nella Regione Abruzzo, di un Piano Regionale Operativo e articolato per il contenimento delle Liste di Attesa, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che di diagnostica strumentale, di intesa con le Aziende Sanitarie, le Organizzazioni Professionali, Sindacali e di Categoria e le Associazioni di rappresentanza degli utenti, che operano sul territorio per la tutela dei diritti dei cittadini.

Si ringrazia il Gruppo di lavoro, istituito con Delibera della ASR n. 9 del 03.02.2015, per l'impegno e le competenze profuse.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Regione Abruzzo, recependo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, ha messo in atto una serie di monitoraggi atti a valutare nel tempo l'andamento delle liste di attesa per le 43 prestazioni traccianti previste (Allegato D).

Si è proceduto ad una analisi sintetica, mediante il monitoraggio *ex ante*, dell'utilizzo nelle Aziende Sanitarie Regionali delle classi di Priorità in riferimento alle prenotazioni effettuate.

In riferimento all'ultima rilevazione disponibile (settimana 6/10 ottobre 2014), si riporta nella Tabella 1, la percentuale di utilizzo delle classi di priorità per le prenotazioni delle 43 prestazioni traccianti previste:

Tabella 1 – Percentuale di utilizzo delle Classi di Priorità sul totale ASL delle prenotazioni

ASL	Urgente	Breve	Differibile	Programmata	Vuoto	Totale complessivo
201	0,1%	1,3%	0,4%	0,1%	98,1%	100,0%
202	0,2%	4,2%	2,4%	68,0%	25,2%	100,0%
203	0,6%	4,5%	1,2%	84,2%	9,5%	100,0%
204	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Nota: Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante si basa sulla rilevazione effettuata in due settimane indice, stabilite a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni indice. Il sistema Informativo finora utilizzato dalla ASL di Teramo non ha permesso la rilevazione delle Classi di Priorità.

In considerazione del fatto che, in conformità a quanto previsto anche dalla normativa regionale vigente, tutte le prescrizioni con il campo Classe di Priorità "vuoto" (ovvero non compilato) vengono automaticamente considerate Programmate, è utile sottolineare come lo scarso utilizzo delle Classi di Priorità implica un impatto particolarmente evidente per le prenotazioni in classe Breve e Differibile: la percentuale complessiva per tali prenotazioni raggiunge un valore di appena il 7% in una sola ASL regionale.

Con i limiti di rilevazione del monitoraggio ex ante e con la insufficiente implementazione del flusso informativo ex art. 50 L. 326/2003, si è tuttavia evidenziato che le prestazioni maggiormente richieste nelle Aziende Sanitarie risultano essere le seguenti:

- visita cardiologica
- visita oculistica
- visita dermatologica
- ecografia addome
- elettrocardiogramma
- mammografia
- ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici

Le maggiori criticità in termini assoluti di attesa si registrano in particolare per alcune prestazioni strumentali, tra cui la Mammografia e l'ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici

Per l'ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici si osservano particolari criticità per tre ASL regionali dove il 50% delle prenotazioni risulta avere tempi di attesa compresi tra i 133 ed i 229 giorni.

Anche per la Mammografia si osservano elevati tempi di attesa in tre ASL regionali: per il 50% delle prenotazioni, infatti, risultano essere compresi tra i 162 ed i 227 giorni, con valori che possono arrivare anche ad un massimo di 758 giorni.

Linea di Azione 1: Piani Attuativi Aziendali

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo prioritario di garantire le prestazioni secondo tempi previsti dal PRGLA, riservandosi comunque di verificarne l'appropriatezza. Le prestazioni traccianti per le quali si richiede il rispetto dei tempi di attesa sono le 43 già ricomprese nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012, recepito nella Regione Abruzzo con la DGR 575/2011 ed elencate nell'Allegato D.

La prenotazione di prime visite/prestazioni diagnostiche deve essere effettuata in base alla classe di priorità indicata nella prescrizione.

Le singole Aziende Sanitarie Regionali, per il tramite delle Direzioni Generali, devono provvedere all'approvazione e alla trasmissione, entro il termine perentorio di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento, di un nuovo Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il superamento delle Liste d'Attesa, che rientrerà negli obiettivi contrattuali dei Direttori Generali, con una specifica rilevanza nella valutazione degli stessi.

Il Piano Attuativo Aziendale deve essere redatto e aggiornato con cadenza annuale e deve indicare le azioni destinate ad agire sull'appropriatezza della prestazione, sull'efficienza del sistema, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono equità nell'accesso.

I contenuti inderogabili del PAA dovranno rispondere ai seguenti indicatori di struttura, di processo e di esito :

- Piano delle prestazioni erogabili: Definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, che ciascuna delle Aziende Sanitarie, incluse le strutture private accreditate che insistono all'interno del territorio di competenza, programmano di garantire in risposta ai fabbisogni previsti, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. In particolare, per ogni struttura pubblica erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione.
- Anagrafe delle Strutture: Indicazione delle sedi deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e delle strumentazioni a disposizione.
- Anagrafe Medici Prescrittori: Censimento dei Medici che prescrivono le prestazioni oggetto di prenotazione.
- Anagrafe Medici eroganti prestazioni: Ricognizione dettagliata delle risorse umane a disposizione anche in relazione alle specifiche competenze professionali che contribuisca a definire un quadro dettagliato dell'offerta.

- Azioni di rimodulazione dell'offerta a fronte di criticità: Individuazione di specifiche modalità organizzativo-gestionali che permettano di sopperire ad una eventuale carenza di offerta di prestazioni rilevate sulla scorta di periodici monitoraggi aziendali e sulla individuazione di eventi sentinella (rimodulazione orario di lavoro, Attività istituzionale aggiuntiva, Percorsi di Tutela, etc.).
- Modalità organizzative in caso di sospensioni delle Prestazioni: Definizione di modalità organizzative che permettano una immediata riorganizzazione dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità che determinano la sospensione dell'erogazione delle prestazioni.
- Comunicazione:
 - Modalità di promozione della comunicazione e dell'informazione al cittadino sui criteri di priorità delle prestazioni nonché sui diritti e doveri dell'utente, privilegiando la rete web ma tenendo anche conto delle fasce di popolazione che per vari motivi non accedono ad internet.
 - Esposizione sui siti web, in una apposita sezione denominata "Liste di Attesa", di un prospetto standard di monitoraggio dei tempi di attesa ex post, con aggiornamento almeno mensile, secondo la figura 1:

Figura 1: esempio di report

REGIONE ABRUZZO											
Azienda 13020 - I trimestre 2015											
Denominazione erogatore - cod STS 11 (+ cod HSP in caso di struttura protetta)											
PRESTAZIONE	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO GG	GENNAIO			FEBBRAIO			MARZO		
			N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg	N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg	N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg
89.13 VISITA NEUROLOGICA	B (entro 10 gg)	10	26	46,15%	18	37	51,35%	16	38	52,63%	14
	D (entro 30-60 gg)	30	30	53,33%	34	35	60,00%	27	15	46,67%	43
	P (entro 180 gg)	180	18	100%	22	19	100%	17	32	100%	28

- Verifica della corretta esposizione informativa nei siti web dei privati accreditati in aderenza all'art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33.

- CUP: Garanzia della completa prenotabilità dell'offerta specialistica pubblica e privata accreditata, differenziata per classi di priorità, attraverso il CUP aziendale (o CUP regionale quando attivato) per le prestazioni di prime visite/primi esami (CUP di I livello). Le attività legate alla presa in carico ed ai controlli dovranno prevedere l'attivazione e la messa a regime del CUP di II livello che dovrà fornire riscontro anche per la valutazione del fenomeno degli abbandoni rilevando mensilmente il numero degli abbandoni senza disdetta.
- CUP ON LINE: Sviluppo di un sistema on-line (applicativi web-based) dinamico ed aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi d'attesa relativi a visite o esami del SSR o della Libera professione intamuraria, secondo le disponibilità effettive. Il servizio CUP on line deve consentire all'utente di:
 - Consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna classe di priorità tramite un elenco "a tendina" predisposto sul portale web per la scelta della prestazione e della relativa classe di priorità, con le seguenti specifiche aggiuntive:
 - Area distrettuale;
 - Struttura
 - Ambulatorio
 - Indirizzo
 - Annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono attraverso i call center aziendali oppure tramite CUP on-line.
 - Cambiare uno o più appuntamenti prenotati effettuati agli sportelli, al telefono attraverso i call center aziendali oppure tramite CUP on-line.
 - Pagare il ticket e/o la tariffa delle visite o esami diagnostici con bancomat e/o carta di credito o presso gli Uffici Postali. A riguardo la Regione si impegna a dare seguito all'Accordo attuativo per il pagamento dei ticket sanitari presso gli uffici postali appartenenti alla rete "Sportello Amico", come da DGR n.798 del 21.11.2011. – Per il pagamento del ticket sarà necessario predisporre, entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto, aree specifiche per il codice fiscale dell'assistito nonché aree specifiche per il codice e il PIN dedicato alla prenotazione stessa.
 - Visualizzare gli appuntamenti prenotati presso una Azienda Sanitaria.
 - Ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

I Piani Attuativi Aziendali, aggiornati e trasmessi entro i termini perentori del primo mese di ogni annualità, vengono esaminati e valutati, nei successivi trenta giorni, dal Dipartimento della Salute e del Welfare, anche tramite l'attività e le funzioni del CO.RE.CUP, istituito con Delibera DGR n.930/2011. Copia dei Piani e degli atti ad essi connessi vengono contestualmente posti nella disponibilità della istituenda Consulta Regionale per i Tempi d'Attesa, la cui composizione e le cui funzioni sono determinate come da punto 16 delle linee d'azioni.

I Direttori Generali delle ASL hanno responsabilità diretta nella attuazione dei Piani Aziendali delle Liste d'Attesa, al fine di garantire una corretta gestione dei tempi e delle liste, nel rispetto delle azioni descritte nel presente documento e di quelle connesse al raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti dalla normativa regionale in tema di tempi di attesa.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di salute connessi all'adempimento LEA dei tempi d'attesa comporta, da parte della Regione, l'applicazione dell'art. 1 comma 567 della Legge 190 del 23.12.2014.

Linea di Azione 2: Rendicontazione trimestrale delle ASL. Redazione di un format uniforme

I Direttori Generali delle ASL sono responsabili dell'invio alla ASR Abruzzo a mezzo posta elettronica certificata (info@pec.asrabruzzo.it) della rendicontazione, a cadenza trimestrale, di tutti gli interventi correttivi e migliorativi per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa, relativi alle 43 prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA recepito con DGR 575/2011.

Le suddette rendicontazioni dovranno pervenire entro e non oltre i 30 giorni successivi al trimestre di competenza, con l'inclusione per completezza e conformità dei dati informativi, della redazione dei format previsti dagli allegati A1, A2 e A3, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente documento.

<i>OBIETTIVO: Valutazione di tutti gli interventi adottati dalle ASL per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa relativi alle 43 prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA recepito con DGR 575/2011</i>
<i>INDICATORE: Compilazione ed invio dei Format delle rendicontazioni da parte delle ASL</i>
<i>MODALITA' DI VERIFICA: 1) tempistica di invio dei dati (entro il mese successivo al trimestre di riferimento); 2) completezza e conformità al 100% dei campi previsti dal tracciato stesso</i>
<i>MONITORAGGIO': Trimestrale</i>

Linea di Azione 3: Applicazione delle Classi di Priorità

Il medico prescrittore ha l'obbligo di assegnare ad ogni prescrizione, intesa come prima visita/prima prestazione diagnostica, la Classe di Priorità ed il quesito diagnostico ritenuti coerenti con le condizioni di erogabilità definite dalle disposizioni regionali vigenti in materia (43 prestazioni traccianti della DGR 575/2011 e s.m.i.).

Il Direttore Generale della ASL ha la responsabilità nei confronti dei medici prescrittori dipendenti di garantire la piena applicazione delle prescrizioni delle classi di priorità e di promuovere presso i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta l'applicazione delle stesse anche mediante l'aggiornamento dei software/applicativi in uso sulla base delle specifiche tecniche fornite dalla Regione.

Al fine di semplificare, in fase di avvio, il processo di attuazione delle classi di priorità da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, l'ASR Abruzzo mette a disposizione un file in formato Excel per aggiornare gli applicativi già in uso al fine di semplificare e velocizzare la funzione di ricerca delle voci di interesse.

I MMG e i PLS che avranno provveduto ad aggiornare i propri software/applicativi dovranno darne comunicazione all'ASR Abruzzo all'indirizzo di posta elettronica: direzionegenerale@asrabruzzo.it, ai fini di attività di reportistica della stessa ASR.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente atto, nel caso in cui la prescrizione relativa alla prima visita/prestazione diagnostica non riporti nessuna indicazione della classe di priorità per le richieste di prime visite e prime prestazioni diagnostiche, la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, da eseguirsi entro 180 giorni. Al fine di una corretta informazione, al cittadino utente sarà rilasciata da parte dell'Operatore CUP una nota informativa contenente la seguente dicitura: *“Per la tutela del diritto di esecuzione della prestazione secondo tempi congrui con la propria condizione clinica, la prescrizione stessa deve specificare la classe di priorità nell'obbligo della normativa vigente. A causa della mancata specifica della Classe di Priorità la prestazione viene attribuita secondo la tempistica della Classe Programmata”*. Tale indicazione sarà valida per le prestazioni indicate dalla DGR n.575/2011.

Le impegnative relative agli esami/prestazioni in Classe P saranno valide per un periodo massimo di 180 giorni a partire dalla data di compilazione da parte del medico prescrittore.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per esami/prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

L'Agenzia Sanitaria Regionale e la Commissione Regionale ECM individuano tra gli obiettivi formativi prioritari e di interesse strategico per la Regione Abruzzo: "la garanzia della corretta e sistematica applicazione delle Classi di Priorità e il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali". Tale obiettivo inserito nel Piano Formativo Regionale 2015, mira a garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dei servizi prestati nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale ha responsabilità, con le modalità organizzative autonomamente definite, di garantire il monitoraggio: 1) delle prestazioni offerte dall'Azienda rispetto alla domanda; 2) delle anomalie prescrittive e dei casi critici; 3) dello scostamento dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti.

<i>OBIETTIVO: Valutazione dell'applicazione delle classi di priorità per le prestazioni traccianti individuate dalla normativa vigente</i>
<i>INDICATORE: Percentuale di applicazione delle classi di priorità per le prime visite prescritte</i>
<i>MODALITA' DI VERIFICA: Raggiungimento di una percentuale minima di prescrizioni in classe di priorità del 50% nei primi dodici mesi da incrementare del 10% a cadenza annuale</i>
<i>MONITORAGGIO': Semestrale</i>

Linea di Azione 4: Riclassificazione della Classe Programmata P

Nella prescrizione qualora la classe di priorità P definisca un primo accesso, la prestazione deve avvenire entro 180 giorni, così come già definito nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002.

In considerazione della necessità di considerare la classe P come residuale rispetto alle altre (Urgente, Breve, Differita) si rende necessaria la rimodulazione delle agende di prenotazione, riconvertendo le disponibilità della priorità "P" nelle altre classi di priorità con la domanda più alta per prestazione specialistica e di diagnostica strumentale, così come desumibile dai monitoraggi periodici effettuati dall'Azienda Sanitaria.

Le Agende Aziendali per le prenotazioni vengono autonomamente definite secondo una ripartizione che comunque deve tener conto che il volume per la classe P non deve, tendenzialmente, superare la soglia del 40% del totale delle prenotazioni in classe di priorità.

La classificazione utilizzata dalla Regione Abruzzo viene di conseguenza articolata nelle seguenti quattro classi:

- ✓ U = urgente; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;
- ✓ B = breve; prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- ✓ D = differita; prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- ✓ P = programmata; prestazione da eseguire entro 180 giorni.

OBIETTIVO: <i>Valutazione della periodica rimodulazione delle Agende di Prenotazione</i>
INDICATORI: 1) <i>Numero totale di prenotazioni in agenda con classe di priorità</i> 2) <i>Percentuale di prenotazioni in agenda in ciascuna classe di priorità</i>
MODALITA' DI VERIFICA: 1) <i>Incremento mensile delle prenotazioni in agenda rispetto al mese precedente</i> 2) <i>Soglia massima per la classe P del 40% sul totale delle prestazioni</i>
MONITORAGGIO: <i>Trimestrale</i>

Linea di Azione 5: Visite e prestazioni di controllo. CUP di II livello

Al fine di gestire in modo separato le prestazioni di controllo, si deve programmare in via prioritaria di istituire apposite agende dedicate per le prestazioni di follow up intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente anche mediante l'istituzione di CUP di II livello. L'attivazione dei CUP di II livello, presso gli ambulatori delle Unità Operative Ospedaliere e delle sedi distrettuali, deve avviarsi entro il termine dei 90 giorni successivi all'entrata in vigore del presente documento. La programmazione, pertanto, richiede il completamento del processo di informatizzazione degli ambulatori aziendali, ospedalieri e territoriali

Nello specifico il CUP di II livello deve essere in grado di gestire le agende appositamente costituite attraverso una rete intranet che collega i terminali (client) dai quali gli utilizzatori dei reparti ospedalieri, dei distretti sanitari di base e delle strutture convenzionate, interagiscono mediante interfaccia informatica per le prenotazioni di prestazioni di follow up.

La prenotazione di visite e prestazioni di controllo, qualora necessaria, deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della prima visita/prestazione da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale.

Il processo di implementazione e messa a regime dei CUP di II livello sarà oggetto di valutazione dell'attività dei Direttori Generali.

<i>OBIETTIVO: Valutazione della realizzazione dei CUP di II livello secondo la tempistica indicata</i>
<i>INDICATORE: Atti formali di istituzione dei CUP di II livello</i>
<i>MODALITA' DI VERIFICA: Raggiungimento della realizzazione di almeno il 60% dei CUP di II livello nel primo semestre da incrementare del 10% a cadenza semestrale</i>
<i>MONITORAGGIO': Semestrale</i>

Linea di Azione 6: Prenotazione informatizzata

Il CUP Aziendale deve consentire la gestione della prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale presso i diversi punti di prenotazione, abilitati a prenotare sulle medesime agende dell'offerta disponibile a CUP.

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale deve essere programmata la possibilità anche per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, di accedere alla prenotazione delle visite/prestazioni per i propri assistiti, sia per gli studi medici singoli che nell'ambito delle Medicine di Gruppo e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, mediante sistema informatizzato di prenotazione collegato al CUP Aziendale.

La Regione, con specifico accordo quadro, si impegna a semplificare le modalità di accesso alla prenotazione diffondendo i punti di prenotazione preferibilmente presso le Farmacie territoriali convenzionate, in conformità con la normativa vigente in materia.

Linea di Azione 7: Implementazione del Contact Center

Al fine di governare in modo efficace il fenomeno dell'*abbandono*, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, e di assegnare tali prestazioni ad altri utenti secondo l'ordine della lista (con data di prenotazione oltre i tempi standard), deve essere programmata nei Piani Attuativi Aziendali e attivata nei sei mesi successivi all'approvazione del seguente documento, l'implementazione del servizio di contact center, attraverso un apparato di connessioni telematiche (recalling, sms remind, altro) finalizzate alla verifica dell'effettiva disponibilità dell'utente all'accesso alla prestazione prenotata.

Rientra nelle competenze delle singole Aziende Sanitarie l'istituzione di un numero unico con la finalità di disdetta delle prestazioni sanitarie.

A tal fine è necessario che durante la fase di prenotazione sia prevista l'acquisizione dei recapiti telefonici e che le procedure operative per l'esecuzione dell'attività di recall siano omogenee a livello regionale.

Il servizio di recall deve prevedere attività di "aggiornamento delle liste di prenotazione" avvisando telefonicamente gli utenti prenotati per conferma, modifica o disdetta di una prenotazione, in un tempo non superiore a dieci giorni e non inferiore a tre giorni rispetto alla data stessa di prenotazione e con un numero minimo di richiamate non inferiore a tre in fasce orarie diverse. Il monitoraggio e gli indicatori di risultato di tale attività faranno parte della rendicontazione trimestrale delle ASL secondo l'Allegato A3.

E' richiesta l'attivazione in ogni Azienda di sistemi automatici che tramite il contatto telefonico e/o l'invio di sms ai numeri di cellulare (segnalato all'atto della prenotazione) e/o l'invio di messaggi di posta elettronica alla casella indicata all'atto della prenotazione, rammentino l'appuntamento e sollecitino l'eventuale disdetta indicandone con precisione le modalità.

OBIETTIVO: <i>Valutazione della messa a regime del sistema re-call</i>
INDICATORI: 1) <i>Numero di prenotati richiamati tramite re-call rispetto al numero totale di prenotazioni</i> 2) <i>Numero di posti recuperati rispetto alle richiamate effettuate tramite re-call.</i>
MODALITA' DI VERIFICA: <i>1) valore atteso: almeno il 40% da incrementare del 10% a cadenza semestrale</i>
MONITORAGGIO': <i>Trimestrale</i>

Linea di Azione 8: Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni

Ciascun Direttore Generale ha la responsabilità di consentire la corretta organizzazione e gestione dell'attivazione delle prenotazioni differenziate per classi di priorità mediante l'adozione di appositi strumenti organizzativo-tecnologici.

Ogni ASL è tenuta a coordinare il processo di verifica di adesione e concordanza alle classi di priorità definite dalla normativa regionale vigente in materia.

La Gestione del processo di verifica di adesione e concordanza alle classi di priorità dovrà avvenire secondo la seguente modalità operativa, articolata per specifiche competenze:

1. Centro Unico di Prenotazione:

- Il sistema informatico procederà automaticamente, all'atto della prenotazione e regolarizzazione dell'impegnativa, ad emettere la stampa di una apposita scheda di concordanza (Allegato B) della prescrizione in classe di priorità ;
- La scheda di concordanza dovrà essere allegata all'impegnativa e consegnata all'Utente che la presenterà allo Specialista esecutore dell'esame. Laddove sono presenti postazioni CUP di II livello, sarà possibile, per lo specialista, visualizzare la scheda di concordanza direttamente on-line sull'applicativo di gestione delle prenotazioni.
- In assenza di presentazione della scheda di concordanza da parte dell'utente, il medico erogatore può integrarla con una scheda tipo (Allegato B).

2. Strutture erogatrici

- Il medico specialista che effettua la prestazione è tenuto a verificare la concordanza con la classe di priorità presente nella prescrizione, limitandosi esclusivamente alla valutazione clinico anamnestica, mediante la compilazione della relativa scheda di concordanza.

3. Analisi della concordanza

- Ogni ASL è tenuta all'analisi delle schede di concordanza compilate dai Medici erogatori, finalizzata esclusivamente alla :
 - predisposizione di apposita reportistica da inviare, nel rispetto dei dati sensibili, ai medici prescrittori;
 - attivazione audit trimestrali con medici prescrittori e medici erogatori;
 - promozione di una adeguata informazione e sensibilizzazione.

Nella prima fase di avvio per un periodo di sei mesi, l'attività di analisi di adesione e concordanza alle classi di priorità per tutte le prestazioni traccianti è svolta esclusivamente con riferimento alla tipologia della categoria professionale del medico prescrittore; decorso tale periodo la scheda di concordanza annoterà nell'apposito riquadro la sola indicazione del codice regionale del medico prescrittore.

<i>OBIETTIVO: Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni.</i>
<i>INDICATORE: Percentuale di concordanza delle prestazioni prenotate in ciascuna classe di priorità</i>
<i>MODALITA' DI VERIFICA: valore atteso: almeno il 70% nella prima annualità.</i>
<i>MONITORAGGIO*: Semestrale</i>

Linea di Azione 9: Attività in regime istituzionale aggiuntivo

Le Aziende Sanitarie possono ricorrere, in via eccezionale e temporanea, all'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 e art. 31 comma 4 ACN 09/03/2010) prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa e secondo programmi predisposti dalle Aziende stesse.

Pertanto gli ambiti di intervento, ovvero l'individuazione delle criticità erogative, saranno definiti da parte di ciascuna Azienda Sanitaria sulla base della rilevazione dei monitoraggi dei tempi di attesa.

La committenza di produzione integrativa di prestazioni specialistiche ambulatoriali è utilizzata solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati ed è attivata su formale richiesta dell'Azienda, che provvederà a definire appositi contratti previa negoziazione con gli specialisti interessati dei volumi delle prestazioni, delle modalità organizzative, degli orari di lavoro e dei compensi dovuti.

Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale.

Il tempario delle prestazioni rese in regime di libera professione di supporto dovrà essere allineato a quello delle prestazioni rese in regime istituzionale.

L'attribuzione dei relativi compensi ai Medici Specialisti interessati e al personale che presta la propria collaborazione dovrà avvenire a seguito di verifica e controllo da parte della stessa Azienda Sanitaria.

Restano altresì valide le norme nazionali e regionali che disciplinano l'attività libero-professionale intramuraria.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta di accertamenti necessari ulteriori tesi a definire il quadro patologico.

Le prenotazioni e le operazioni di cassa delle prestazioni saranno gestite dal CUP aziendale.

Gli utenti potranno usufruire, previo pagamento del solo ticket se dovuto, delle suddette prestazioni e previa presentazione al CUP dell'impegnativa debitamente compilata da parte del medico prescrittore (con particolare riguardo alla classe di priorità e al quesito diagnostico) in riferimento ai primi accessi per le 43 prestazioni traccianti previste dal PNGLA.

Al fine di migliorare operativamente la gestione delle liste d'attesa, l'attività istituzionale professionale aggiuntiva, potrà essere oggetto di specifici progetti, approvati e finanziati con risorse vincolate della Regione, con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della tecnologia e delle risorse disponibili.

Linea di Azione 10: Attività di monitoraggio. Monitoraggio ex post

Scopo di un monitoraggio sistematico dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali è quello di porre in atto, nel caso di significativi squilibri, azioni correttive tese a sviluppare performance organizzative migliori ed a ripristinare condizioni di accesso coerenti con gli standard regionali attesi.

Le Direzioni Generali garantiscono una regolare, puntuale e completa attività di monitoraggio secondo quanto previsto dalle indicazioni della Regione ed in particolare dalla DGR 575/2011 e dal Programma Operativo 2013/2015. Tali monitoraggi prevedono l'invio di informazioni secondo tracciati record standardizzati e relativi a:

- monitoraggio ex post
- monitoraggio ex ante
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- monitoraggio siti web
- monitoraggio ALPI
- monitoraggio PDT
- rendicontazione da parte delle ASL, con l'inclusione di un format predefinito ed uniforme a cadenza vincolante trimestrale, di tutti gli interventi strategici e correttivi per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa relativi alle 43 prestazioni traccianti.

Atteso che lo strumento informativo *flusso ex art. 50 L. 326/2003* costituisce dispositivo cardine per il monitoraggio ex post dei tempi di attesa secondo quanto stabilito dalla DGR 575/2011 e ribadito dal PO 2013-2015 (Punto 3.3.7. AZIONE 7. Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa), in considerazione delle procedure di allineamento già messe in campo dalle Aziende Sanitarie, nelle more della prevista revisione del tracciato nazionale in merito all'obbligatorietà di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio suddetto (vedi campi facoltativi), e, stante l'estesa difficoltà delle regioni nell'alimentare il monitoraggio con tutte le informazioni previste, la Regione Abruzzo, relativamente al monitoraggio *ex post*, richiede alle Aziende Sanitarie la trasmissione al Dipartimento per la Salute e il Welfare di un report semestrale (entro luglio corrente anno) e annuale (entro gennaio anno successivo) in formato excel (Allegato C) riepilogativo dell'andamento aziendale delle prenotazioni e dei relativi tempi di attesa articolato in tre prospetti uno per ogni classe di priorità (B-D-P) di priorità.

Restano valide anche le modalità di monitoraggio ex post determinate nella DGR 575/2011.

Linea di Azione 11: Diritti e doveri dei cittadini. Diritto all'informazione

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non renda disponibile la prestazione in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti residenti, verificata l'appropriatezza dell'indicazione della classe di priorità di accesso, la stessa ha l'obbligo, con autonome modalità organizzative, di garantire forme alternative di accesso alla prestazione. A tal fine:

1. viene comunque assicurata la prestazione all'utente mediante le diverse modalità erogative: attività istituzionale aggiuntiva o percorsi di tutela;
2. fatte salve e prioritarie le attivazioni delle misure di cui al punto 1), trascorsi sei mesi dall'adozione del presente documento, deve essere riconosciuto all'utente un risarcimento pari al costo della prestazione così come valorizzata dal Nomenclatore Tariffario Regionale.

Il rifiuto della prenotazione proposta entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere nei confronti dell'utente. Il computo effettivo della prima disponibilità dovrà essere effettuato a partire dalle 24 ore successive a quello della prenotazione. Al fine di garantire una costante e continua apertura delle Agende di prenotazioni, sarà comunque possibile proporre eventuali disponibilità antecedenti alle 24 ore dal momento in cui viene prenotata la prestazione: in tal caso, un eventuale diniego da parte dell'utente non verrà considerato come rifiuto.

L'utente che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale decida di non presentarsi all'appuntamento, dovrà comunicarlo almeno 48 ore prima della data prenotata al CUP che a sua volta dovrà fornire riscontro formale (mediante sms o posta elettronica) dell'avvenuta disdetta.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente atto, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D.Lgs. 124/1998 *"l'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione"*.

Per quanto concerne il sistema delle garanzie, deve essere predisposta apposita informazione ai cittadini (cartellonistica o altro), che riassume le modalità di accesso delle prestazioni ambulatoriali, e che sarà collocata nei punti di prenotazione ed erogazione aziendali (pubblici e privati accreditati).

Allo stesso modo, presso i punti di prenotazione ed erogazione saranno affissi cartelli informativi circa il dovere del cittadino alla disdetta della prenotazione, qualora non gli sia possibile recarsi all'appuntamento.

Linea di Azione 12: Percorsi Assistenziali

I Percorsi Assistenziali (P.A.), intesi come modelli organizzativi multidisciplinari e multiprofessionali relativi ad una specifica condizione patologica riferita ad uno specifico contesto locale, rappresentano modalità operative utili a regolamentare l'accesso dell'utenza e la gestione delle attività sanitarie in relazione ai bisogni accertati.

In particolare, devono rappresentare un utile strumento di gestione del paziente cronico e complesso, specie le per le patologie per le quali si registrano, all'interno di ciascuna Azienda, le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni. In tal senso, considerando le problematiche assistenziali legate alla popolazione anziana e al maggior carico assistenziale collegato a questa fascia di popolazione, si rende necessario, in via prioritaria, l'attivazione di specifici P.A. che focalizzino l'attenzione sull'utilizzo degli esami strumentali maggiormente richiesti da questa fascia di popolazione ed in particolare: ecografie, elettrocardiogrammi e ecocolordoppler.

I percorsi assistenziali dovranno essere adottati con provvedimento formale dal Direttore Generale di ciascuna ASL e dovranno prevedere, in modo dettagliato, le modalità di relazione fra MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali e singole Unità Operative nonché un Professionista responsabile dell'attuazione e delle revisioni periodiche anche alla luce delle migliori evidenze scientifiche disponibili e del contesto di riferimento.

Nell'ambito dei P.A. andrà comunque posta particolare attenzione ai Percorsi Diagnostico Terapeutici oggetto di linee guida nazionali nonché di indicazioni regionali. A tal fine l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo (ASR Abruzzo) provvederà, entro 120 giorni dall'approvazione del presente atto, alla elaborazione dei seguenti PDTA dell'area oncologica:

- carcinoma del colon retto
- carcinoma del polmone
- carcinoma della mammella

Successivamente all'emanazione dei suddetti PDT Regionali ciascuna ASL dovrà recepirli entro 30 giorni al fine di renderli attuativi.

OBIETTIVO: <i>Realizzazione dei PA aziendali</i>
INDICATORE: <i>Numero di PA formalizzati</i>
MODALITA' DI VERIFICA: <i>soglia minima: 2 PA formalizzati in un arco di tempo annuale</i>
MONITORAGGIO': <i>Annuale</i>

Linea di Azione 13: Percorsi di Tutela

Le Aziende Sanitarie possono prevedere specifici Percorsi di Tutela della priorità clinica, ovvero percorsi che vengano attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa regionale vigente in materia.

Si tratta di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche che prevedono che, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello aziendale, può essere attivata una specifica procedura che permetta di offrire all'utente la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, individuato dalla ASL di appartenenza, per ottenerla, in relazione alla priorità di accesso richiesta, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Il Percorso di Tutela può essere attuato esclusivamente per i pazienti residenti e per le richieste di prime prestazioni, ad esclusione dei controlli, che presentano espressamente sia la Classe di priorità che il quesito diagnostico così come previsto dalle normative regionali vigenti.

L'accettazione da parte dell'utente del Percorso di Tutela comporta il rilascio da parte dell'operatore CUP di un foglio di autorizzazione in cui viene indicata la struttura prescelta con data ed orario della prestazione

Le prestazioni individuate nell'ambito del Percorso di Tutela dovranno essere preventivamente comunicate al servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare e devono essere fatturate separatamente dagli erogatori privati. Le Direzioni Generali Aziendali, nell'ambito delle risorse economiche destinate e specificamente vincolate a tal fine dalla Regione, sono autorizzate a sottoscrivere contratti aggiuntivi con gli erogatori privati, in regola con le disposizioni previste relative alla prenotabilità dell'offerta specialistica afferente ai privati accreditati attraverso il gestionale CUP aziendale.

Le prestazioni per le quali sarà possibile stabilire i percorsi di tutela dovranno essere individuati dalle Direzioni Generali Aziendali sulla base delle criticità emerse dai flussi informativi a disposizione.

E' possibile, semestralmente, rivalutare le prestazioni critiche e modificare pertanto le prestazioni da inserire nei suddetti Percorsi di Tutela.

Linea di Azione 14: Registro per gli interventi chirurgici

Il monitoraggio e la gestione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici (sia in regime ordinario che day surgery) deve avvenire attraverso un registro unico, possibilmente informatizzato. L'implementazione del suddetto registro deve prevedere il seguente iter:

1. il medico specialista prescrittore in una branca chirurgica dopo aver effettuato la visita, dovrà compilare una scheda (proposta intervento) contenente tutte le informazioni necessarie circa la procedura terapeutica e la data prevista per il ricovero, compresa l'indicazione del codice di priorità (Tabella 2);
2. le proposte di intervento dovranno essere consegnate ad uno specifico Ufficio di supporto individuato dalla Direzione Sanitaria. L'Ufficio così individuato avrà il compito di inserire la proposta della tipologia di intervento e la data presunta dell'intervento stesso nel registro unico di prenotazione nonché di rilasciare su richiesta del paziente l'attestazione di avvenuta iscrizione in lista.

Sul registro di prenotazione, per ogni paziente, vengono riportate le seguenti informazioni di base:

Informazioni inerenti al paziente

- 1) Nome cognome
- 2) Codice fiscale
- 3) Sesso
- 4) Data di nascita
- 5) Residenza
- 6) Numero telefono
- 7) Persona da informare (nome e telefono)
- 8) Diagnosi o sospetto diagnostico
- 9) Classe di priorità di accesso

Informazioni gestionali

- 1) Nome del medico prescrittore
- 2) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione
- 3) Data prevista per il ricovero
- 4) Data reale del ricovero, se già presente
- 5) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista

Sarà cura delle Direzioni Sanitarie Aziendali adottare, entro 60 giorni dall'emanazione del presente atto, un regolamento per la corretta compilazione e tenuta del registro che potrà essere visionato oltre che dai servizi competenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare, dagli incaricati della ASR (DPCM19/05/95).

Si ribadisce che anche per i ricoveri, le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e nel PNGLA 2010-2012.

Tabella 2 Classi di Priorità per i Ricoveri Ospedalieri

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Ai fini del monitoraggio dei ricoveri ospedalieri restano ferme le indicazioni della DGR. 575/2011.

Linea di Azione 15: Accesso senza prescrizione. Accesso diretto

La normativa vigente prevede l'accesso diretto, senza l'impegnativa del medico prescrittore, da parte dell'assistito solo per le seguenti specialità,

1. odontoiatria;
2. ginecologia;
3. pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base);
4. psichiatria e neuropsichiatria infantile;
5. oculistica, limitatamente alle sole prestazioni optometriche;
6. attività dei servizi di prevenzione e consultoriali;
7. diabetologia

L'accesso diretto è consentito esclusivamente per le suddette visite specialistiche

In caso di accesso diretto, il medico della struttura erogatrice che effettua la prestazione prescrive, direttamente su proprio ricettario regionale, la prestazione eseguita per le suddette specialità. L'accesso diretto alle suddette visite specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente dalla verifica della disponibilità alla prestazione e dal pagamento del ticket, fatte salve le eventuali esenzioni. Per ulteriori prestazioni conseguenti all'accesso diretto, lo specialista provvede direttamente alla relativa prescrizione, utilizzando il ricettario regionale. Nelle situazioni descritte, l'utente dovrà verificare la disponibilità telefonicamente o recarsi direttamente presso gli sportelli CUP delle ASL. Sarà cura delle singole ASL definire le modalità organizzative per consentire la prenotazione al CUP delle prestazioni summenzionate.

Al fine di uniformarsi ad esperienze già attivate in specifici ambiti aziendali, va previsto in sede di programmazione aziendale, inoltre, l'accesso diretto con impegnativa del medico prescrittore (MMG, PLS, Specialista) e con fruizione del servizio "senza prenotazione" per le attività di Laboratorio Analisi. Le suddette erogazioni vanno attivate, in una prima fase, secondo le disponibilità organizzative dei Servizi aziendali interessati, e potranno, in sede di implementazione del servizio, essere estese alle prestazioni di Elettrocardiogramma ed esame radiografico del torace.

La Regione, per il tramite dell'ASR Abruzzo, al fine di procedere ad una semplificazione prescrittiva, provvederà entro sei mesi dall'adozione del presente provvedimento, all'emanazione di un regolamento per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Linea di Azione 16: Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa

E' istituita la "Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa" con compiti di valutazione e monitoraggio nel governo delle liste d'attesa.

La Consulta è composta dal Direttore della ASR, con funzione di coordinamento, dai Direttori Sanitari aziendali delle ASL, da due rappresentanti del Dipartimento della Salute e del Welfare designati dal Direttore del Dipartimento, da due esperti della ASR, dai Presidenti dei Comitati Ristretti dei Sindaci delle ASL, da un rappresentante per ciascuna categoria dei MMG, PLS, medici dipendenti e convenzionati, indicato a rotazione dalle rispettive associazioni sindacali più rappresentative, da un rappresentante delle professioni sanitarie indicato, come sopra, dalle stesse associazioni sindacali e da due rappresentanti delle associazioni di volontariato a tutela dei diritti del cittadino e del malato.

I compiti della Consulta, che adotta in sede di prima riunione un regolamento interno, sono i seguenti :

- favorire a livello regionale e delle aziende sanitarie il monitoraggio e l'evoluzione del sistema nei termini di quantità dei dati, di qualità delle informazioni e della relativa reportistica, compresa la sua pubblicizzazione in maniera omogenea, di facile comprensione e accessibilità ai cittadini;
- esprimere valutazioni sui PAA e sulle rendicontazioni trimestrali delle direzioni aziendali, vigilando altresì sulla applicazione dei piani stessi;
- avanzare proposte di interventi correttivi e di miglioramento sul governo delle liste d'attesa, inclusa l'individuazione di specifici indicatori di risultato per la valutazione delle attività delle direzioni aziendali, da sottoporre agli organi decisori;
- istituire gruppi di lavoro dedicati per specifiche questioni, anche su ambito aziendale, inerenti le problematiche di superamento delle liste d'attesa;
- esprimere valutazioni sugli specifici Percorsi di Tutela della priorità clinica attivati dalle Aziende Sanitarie con gli erogatori privati accreditati e verificare le modalità attraverso cui possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa regionale vigente in materia, direttamente dall'operatore pubblico.

La Consulta, i cui componenti non hanno diritto ad alcuna indennità, si riunisce con cadenza bimestrale e invia semestralmente una relazione delle attività al Componente della Giunta Regionale con delega alla Salute.

TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE

Il Piano Operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa, soggetto nel tempo a integrazioni e modifiche, raccoglie in maniera organica e correlata le azioni da intraprendere sui vari fronti, secondo l'evoluzione del bisogno dei cittadini e della normativa nazionale e regionale.

LINEA D'AZIONE	AZIONE PROGRAMMATA	TEMPI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE
1	Piano Attuativo Aziendale (PAA)	60 giorni dall'approvazione del documento
1	Aggiornamento PAA	annuale
1	Area web dedicata al pagamento ticket	90 giorni dall'approvazione del documento
2	Trasmissione Format rendicontazione trimestrale	30 giorni successivi al trimestre di competenza
5	Attivazione CUP di II livello	90 giorni dall'approvazione del documento
7	Implementazione Contact Center	180 giorni dall'approvazione del documento
10	Monitoraggi istituzionali	come da indicazioni ministeriali
11	Disdetta prenotazione	entro 48 ore dalla data prenotata
12	Elaborazione PDTA Area oncologica	120 giorni dall'approvazione del documento
14	Registro per gli interventi chirurgici	60 giorni dall'approvazione del documento
15	Regolamento prescrizione prestazioni di spec.amb.	180 giorni dall'approvazione del documento
16	Riunioni Consulta Regionale	60 giorni dall'approvazione del documento

Allegati al Piano

ALLEGATO A1 : FORMAT RENDICONTAZIONE TRIMESTRALE

Prestazione	DESCRIZIONE	CODICE DI ABBONAMENTO	ATTIVITA' ISTITUZIONALE										A.L.P.I.				
			PUBBLICA					PRIVATA ACCREDITATA					Numero di prestazioni erogate	Numero di prestazioni prenotate tramite CUP	Ore complessive di erogazione		
			Presidi Ospedalieri		Territorio			Numero di erogati		Numero di prestazioni erogate							
Numero di erogati attiv.	Numero prestazioni erogate	Numero prestazioni prenotate tramite CUP azienda	Ore complessive di erogazione	Numero di erogati attiv.	Numero prestazioni erogate	Numero prestazioni prenotate tramite CUP aziendale	Ore complessive di erogazione	Numero di erogati	Numero di prestazioni erogate	Numero di prestazioni prenotate tramite CUP azienda							
1	Visita cardiologia	09.7															
2	visita cardiologia vascolare	09.7															
3	visita e nefrologica	09.7															
4	visita neurologica	09.13															
5	visita oculistica	09.02															
6	visita ortopedica	09.7															
7	visita ginecologica	09.28															
8	Visita cardiologia diabetica	09.7															
9	visita urologica	09.7															
10	visita dermatologica	09.7															
11	visita fistolosa	09.7															
12	visita gastroenterologica	09.7															
13	visita otorinolaringoiatra	09.7															
14	visita pneumologica	09.7															
15	Mammografia	07.21.1 - 07.27.2															
16	TC torace e con contrasto	07.41 - 07.41.1															
17	TC torace e con contrasto	08.01.2 - 08.01.3															
18	TC torace e con contrasto	08.01.4 - 08.01.3															
19	TC torace e con contrasto	08.01.5 - 08.01.5															
20	TC torace e con contrasto	07.03 - 07.03.1															
21	TC torace e con contrasto	08.18.3 - 08.18.1															
22	TC torace e con contrasto	08.18.5															
23	MAOI Cervello e tronco	08.91.1 - 08.91.2															
24	MAOI Rima, Frontale e	08.95.4 - 08.95.5															
25	MAOI Muscolo Scheletrici	08.94.1 - 08.94.2															
26	MAOI Colonna vertebrale	08.93 - 08.93.1															
27	Ecografia Capo e Collo	08.71.6															
28	Ecocardioplei cardiaca	08.72.3															
29	Ecocardioplei del	08.72.5															
30	Ecocardioplei del	08.72.2															
31	Ecografia Addome	08.73.1 - 08.73.1															
32	Ecografia Mammella	08.73.1 - 08.73.2															
33	Ecografia Ombelico -	08.76 - 08.76.2															
34	Colonscopia	08.23 - 08.23 -															
35	Diagnostica non	08.16															
36	Endoscopia	08.12 - 08.16															
37	Endoscopia	08.52															
38	Endoscopia	08.50															
39	Endoscopia	08.43 - 08.43															
40	Endoscopia	08.41															
41	Salmonella	08.92.3 - 08.92.2															
42	Fondo Oculare	08.02															
43	Oftalmologia	08.02															

ALLEGATO A2 : FORMAT AZIONI DI MIGLIORAMENTO

RISORSE UMANE AGGIUNTIVE (SPECIFICARE IL PERSONALE)		
Tipologia di Personale	Numero di risorse umane aggiuntive - dato Storico (trimestre precedente)	Numero di risorse umane aggiuntive - dato Attuale (trimestre di riferimento)
ORE AGGIUNTIVE (SPECIFICARE IL PERSONALE)		
Tipologia di Personale	Numero di ore aggiuntive - dato storico (trimestre precedente)	Numero di ore aggiuntive - dato Attuale (trimestre di riferimento)
RISORSE TECNOLOGICHE - NUOVE ATTIVAZIONI		Numero
Tipologia di risorsa tecnologica attivata		Numero

ALLEGATO A3 : FORMAT RE-CALL

MESE	Numero di Chiamate	Numero di Conferme	Numero di NON Risposte	Numero di Posti Recuperati	Numero di Prestazioni Spostate
1					
2					
3					

ALLEGATO B: SCHEDA DI CONCORDANZA

PER CLASSI PRIORITA' U*, B*, D*, P*

*Classe Urgente (U): entro 72 ore; *Classe Breve (B): entro 10gg.

*Classe Differita (D) entro 30 gg per le visite, 60 gg per le prestazioni strumentali; *Classe Programmata (P) entro 180 giorni.

Cognome Nome Paziente:		
Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/>	Data Richiesta:

A) Codice identificativo regionale del medico che ha prescritto la prestazione: _____			
Specialista Territoriale	<input type="checkbox"/>	MMG	<input type="checkbox"/>
Specialista Ospedaliero	<input type="checkbox"/>	PLS	<input type="checkbox"/>
		SUGG.	<input type="checkbox"/>

E' stata prenotata la prestazione..... in data

Presso:

Per il giorno: alle ore:

B) E' specificato il quesito diagnostico per la richiesta:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Classe di Priorità richiesta.....			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

CONCORDANZA SI NO

Data Erogazione

Note _____

Firma Medico Erogatore _____

Legenda:

All'atto della compilazione del terzo riquadro andranno specificate sia la classe di Priorità che le relative condizioni cliniche previste dalla DGR 575/2011, prevedendo la biffatura di quella riportata nell'impegnativa

ALLEGATO C : FORMAT EX POST

Codice prestazione	Codice disciplina	Numero totale di prestazioni prenotate ed erogate	Numero totale di prestazioni erogate da garantire	Numero totale di prestazioni da garantire erogate da pubblico	Numero totale di prestazioni da garantire erogate da privato accreditato	Numero di prestazioni erogate garantite entro i tempi	% di garanzia entro i tempi della rispettiva classe di priorità	Tempo medio di attesa
89.7	8							
89.7	14							
89.7	19							
89.13	32							
95.02	34							
89.7	36							
89.26	37							
89.7	38							
89.7	45							
89.7	52							
89.7	56							
89.7	58							
89.7	64							
89.7	68							
87.37.1 - 87.37.2								
87.41 - 87.41.1								
88.01.2 - 88.01.1								
88.01.4 - 88.01.3								
88.01.6 - 88.01.5								
87.03 - 87.03.1								
88.38.2 - 88.38.1								
88.38.5								
88.91.1 - 88.91.2								
88.95.4 - 88.95.5								
88.94.1 - 88.94.2								
88.93 - 88.93.1								
88.71.4								
88.72.3								
88.73.5								
88.77.2								
88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1								
88.73.1 - 88.73.2								
88.78 - 88.78.2								
45.23 - 45.25 - 45.42								
45.24								
45.13 - 45.15								
89.52								
89.50								
89.41 - 89.43								
95.41.1								
89.37.1 - 89.37.2								
95.08.1								
93.08								

ALLEGATO D: ELENCO DELLE PRESTAZIONI TRACCIANTI

Prestazione	DESCRIZIONE	CODICI DI RIFERIMENTO
1	Visita cardiologia	89.7
2	Visita chirurgia vascolare	89.7
3	Visita endocrinologica	89.7
4	Visita neurologica	89.13
5	Visita oculistica	95.02
6	Visita ortopedica	89.7
7	Visita ginecologica	89.26
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7
9	Visita urologica	89.7
10	Visita dermatologica	89.7
11	Visita fisiatrica	89.7
12	Visita gastroenterologica	89.7
13	Visita oncologica	89.7
14	Visita pneumologica	89.7
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.5 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e Speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacno	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, Prostata e Vesdica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscolo Scheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e Collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09
43	Elettromiografia	93.08

ALLEGATO E: DELIBERA ASR DI ISTITUZIONE DEL GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER
IL SUPERAMENTO DELLE LISTE D'ATTESA



DELIBERA N. 9 DEL 03.02.2015

OGGETTO: ISTITUZIONE DI UN GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER IL
SUPERAMENTO DELLE LISTE D'ATTESA.

Il Commissario Straordinario

Vista

- la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 986 del 10 ottobre 2005 con la quale viene istituita l'Agenzia Sanitaria Regionale "ASR - Abruzzo", con sede in Pescara in via Attilio Monti n. 9, con decorrenza 1° gennaio 2006;
- la L.R. 21 marzo 2008, n. 5, come modificata e sostituita dall'art. 25 L.R. n. 6 del 30/04/2009, la quale ha definito finalità, compiti, organi, organizzazione e risorse finanziarie dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 892 del 29.12.2014, con la quale:

- il Dott. Alfonso Mascitelli è stato nominato Commissario Straordinario dell'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo, a decorrere dal 29.12.2014 e fino all'immissione nelle relative funzioni del nominando Direttore dell'Agenzia stessa;
- al Commissario Straordinario sono attribuite tutte le funzioni che la richiamata normativa regionale assegna al Direttore dell'Agenzia;

Vista

- la L.R. n.5 del 21/03/2008 del Piano Sanitario Regionale che al Capitolo 5.5.4 individua le azioni programmatiche in tema di "controllo delle liste d'attesa";
- la L.R. n.6 del 30/04/2009 che all'art.25 "modifiche ed integrazioni alla L.R. 21 marzo 2008, n.5", annovera tra i compiti dell'Agenzia Sanitaria Regionale il monitoraggio e il superamento delle liste d'attesa nelle strutture sanitarie pubbliche;
- la DGR n. 575/2011 "Approvazione Piano Regionale del governo delle liste d'attesa" che recepisce il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012;
- la DGR n.930/2011 di istituzione del CORECUP con la quale vengono stabiliti i componenti e le funzioni del CORECUP;
- il Decreto Commissariale n.112/2013 contenente il Programma Operativo 2013/2015 che al punto 3.3.7, azione 7 -Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa- stabilisce gli obiettivi programmati nel triennio 2013-2015 in tema di governo delle liste d'attesa con i

quali la Regione intende proseguire le attività di monitoraggio delle liste d'attesa attraverso il miglioramento continuo della qualità e della completezza dei dati al fine di evidenziare eventuali criticità e permettere a tutti gli attori del sistema di porre in essere iniziative correttive finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa;

Rilevato che la gestione delle liste d'attesa risulta essere, in termini di efficienza, una delle maggiori criticità nella organizzazione dei servizi sanitari e che tale problematica va necessariamente inquadrata nella riorganizzazione complessiva e organica dell'appropriatezza sia clinico-prescrittiva che organizzativa-erogativa;

Ritenuto necessario dare una risposta strategica al persistere delle problematiche sopra esplicitate attraverso la predisposizione di una proposta di un documento operativo finalizzato al superamento delle liste d'attesa da sottoporre alle valutazioni di competenza del Commissario ad Acta e della Giunta Regionale;

Ritenuto a tal fine, di costituire un apposito Gruppo Tecnico di Lavoro formato da esperti multidisciplinari e multiprofessionali e dai rappresentanti delle Associazioni di categoria operanti nel territorio, con il compito di pervenire all'elaborazione della precitata proposta articolata di documento operativo di superamento delle liste d'attesa;

DELIBERA

*per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa
che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate*

1. di costituire il seguente Gruppo Tecnico di Lavoro per la predisposizione di un piano articolato finalizzato al superamento delle liste d'attesa:

ASR Abruzzo: Dott. Alfonso Mascitelli, coordinatore del Gruppo Tecnico, Dott. Guido Angeli, Dott. Vito Di Candia, Dott.ssa Stefania Di Zio

Dipartimento Salute e Welfare: Dott. Adriano Murgano, Ing. Camillo Odio

Segreteria Assessorato alla Programmazione Sanitaria : Dott. Francesco Menna

ASL Avezzano Sulmona L'Aquila: Dott. Quirino Biscogna

ASL Lanciano Vasto Chieti: Dott.ssa Mariangela Galante

ASL Pescara: Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli

ASL Teramo: Dott. Bruno Cipollone

Ex Direttore Generale ASL: Dott. Paolo Menduni

Ex Direttore Generale ASL: Dott. Roberto Marzetti

CITTADINANZATTIVA: Dott. Aldo Cerulli

CODICI ABRUZZO: Dott.ssa Nelda Orsini



FIMMG: Dott. Giancarlo Rossetti

SNAMI: Dott. Nicola Grimaldi

SMI: Dott. Silvio Basile

SIMET: Dott. Giuseppe Quinzii

FIMP: Dott. Piero Di Saverio

CIPe: Dott. Umberto Muzii

SUMAI: Dott. Franco Longhi

FIALS: Dott. Fernando Zuccarini

ANAAO: Dott. Filippo Gianfelice

ANPO: Dott. Alessandro Di Felice

CIMO: Dott.ssa Itala Corti

CISL: Dott. Luigi Leonzio

UIL: Dott. Raffaele Di Nardo

CGIL: Dott.ssa Maria Piccone

INTERSINDACALE SANITARIA: Dott. Walter Palumbo

2. di precisare che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro, data la multidisciplinarietà delle competenze, potrà avvalersi, senza oneri di spesa per l'Agenzia Sanitaria Regionale, del contributo occasionale di altre figure professionali di cui si rendesse necessaria la collaborazione;
3. di definire che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro dovrà, entro un periodo di tempo definito preliminarmente in 90 giorni e condiviso nella prima riunione utile del gruppo di lavoro, pervenire all'elaborazione della proposta del documento operativo per il superamento delle liste d'attesa;
4. di precisare che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro svolgerà la propria funzione a titolo gratuito senza alcun onere a carico dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul sito web dell'Agenzia Sanitaria Regionale www.asrabruzzo.it sezione Albo Pretorio;
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile data l'urgenza di regolamentare al più presto l'accesso alle prestazioni sanitarie.



Il Commissario Straordinario
Dott. Alfonso Mascitelli

DECRETO 29.06.2015 n. 62

Autorizzazione ed Accreditoamento Istituzionale del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

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 dott. Luciano D'Alfonso 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 all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 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 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditoamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditoamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditoamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di "ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditoamento";

VISTA la L.R. n. 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 "Linee guide per la stesura del manuale di accreditoamento" e 2.3 "Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditoamento (O.R.A.)", le quali definiscono le funzioni dell'O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditoamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditoamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditoamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditoamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditoamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditoamento (G.E.R.A.);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 73/2013, recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accreditoamento delle strutture trasfusionali, delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative Procedure. Modifica

Deliberazione di Giunta Regionale n°591/P del 01.07.2008 : sostituzione Allegato n. 3) ed Allegato n. 4)", così come modificato ed integrato dal Decreto del Commissario ad Acta numero 122/2014 del 15 ottobre 2014, che definisce le procedure di autorizzazione ed accreditamento per tale tipologia di strutture, integrando a tal fine, tra l'altro, la composizione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento con il Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Regione Abruzzo e con il Direttore del Centro Regionale Sangue;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 96/2013 del 28 novembre 2013, recante "Organizzazione e funzioni della Rete Trasfusionale Regionale";

VISTA la circolare prot. n. RA/174245/DG19 del 30 giugno 2014, con la quale le strutture trasfusionali e le unità di raccolta sono stata invitate a presentare le proprie istanze di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

VISTA la domanda di autorizzazione ed accreditamento, ai sensi del Decreto 73/2013 e della suddetta nota, presentata dal Direttore Generale dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, acquisita al Prot. n. RA/258650 del 02.10.2014, relativamente alla Struttura Trasfusionale denominata "Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale", con sede presso il PO di L'Aquila, P.le P. Stefanini, Coppito - L'Aquila e delle relative articolazioni organizzative denominate:

- Servizio Medicina Trasfusionale del PO di Avezzano;
- Servizio Medicina Trasfusionale del PO di Sulmona;
- Unità di raccolta fissa del PO di Castel di Sangro;

VISTA la nota prot. n. RA/244113/DG19 del 18 settembre 2014, con la quale il Servizio Programmazione Sanitaria, a seguito dell'istruttoria di propria competenza, ha trasmesso le domande al Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento;

VISTA la nota prot. 2287 Partenza del 29 dicembre 2014 (All. 1), acquisita al protocollo regionale il 31 dicembre 2014 con numero

RA/344941 , con la quale l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 23 dicembre 2014, ha trasmesso al servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Politiche della Salute la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'autorizzazione ed accreditamento Istituzionale del "Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale" dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona.L'Aquila;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale, allegato 1 al presente provvedimento, con la quale il CCRA ha proposto:

- il rilascio del provvedimento unico di autorizzazione ed accreditamento del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale aziendale della Azienda USL 01, limitatamente alla sede del Servizio presso il PO di L'Aquila, P.le P. Stefanini, Coppito - L'Aquila ed all'Unità di Raccolta fissa del PO di Castel di Sangro, con le prescrizioni ed i tempi di adeguamento così come indicati nella stessa, conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale;
- Il diniego dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale delle articolazioni organizzative del citato Servizio, localizzate nel PO di Avezzano e nel PO di Sulmona;

VISTA la nota prot. n. 31581 del 26.03.2015, avente ad oggetto "Procedimento di autorizzazione/AccREDITAMENTO Strutture Trasfusionali PP.OO. di Avezzano e Sulmona", con la quale la Direzione Generale della Azienda USL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila chiedeva la sospensione del procedimento di autorizzazione/accREDITAMENTO delle Strutture trasfusionali dei Presidi Ospedalieri di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, in considerazione del fatto che erano in avvio lavori di adeguamento e messa a norma delle stesse nell'ambito del più generale processo di riorganizzazione dell'Azienda;

VISTA la nota prot. n. 70131 del 23.06.2015, con la quale, a seguito della richiesta sopra citata, nel trasmettere la propria deliberazione N. 1048 DEL 23.06.2015 avente ad oggetto

“Lavori di ristrutturazione e adeguamento a norma del Centro trasfusionale del Presidio Ospedaliero di Avezzano”, la Direzione Generale della ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila chiede l'autorizzazione/accreditamento limitatamente alla raccolta del sangue e degli emocomponenti e di assegnazione delle unità trasfusionali, comunicando che per le medesime sta predisponendo una nuova domanda di autorizzazione ed accreditamento;

VISTO il verbale n. 7/2015 della seduta del 25 giugno 2015 del Comitato Regionale per l'Accreditamento (CCRA), trasmesso dalla Segreteria Tecnica dell'organismo Regionale per l'Accreditamento (ORA) con nota prot. n. 145 Partenza del 25.06.2015, nel quale, a conclusione della discussione sulla richiesta sopra citata, “il CCCRA conferma le determinazioni in merito alla rete trasfusionale della ASL 01 in sede di CCRA con verbale n. 15 del 24 dicembre 2014, considerato che non è possibile alcuna ipotesi di ulteriore sospensione del procedimento visto quanto disposto dal Decreto Legge 31 dicembre 2014, n. 192 convertito con modificazioni dalla Legge 27 febbraio 2015, n. 11, che fissa inderogabilmente la chiusura del procedimento per l'autorizzazione-accreditamento delle strutture trasfusionali al 30 giugno 2015”;

RITENUTO, per quanto sopra, di procedere all'autorizzazione ed accreditamento Istituzionale del “Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale” dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, nelle modalità e nei termini contenuti nella proposta motivata di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto;

PRECISATO che, ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale ha durata quinquennale, salvo la verifica del mancato adempimento delle prescrizioni e dei tempi di adeguamento previsti, ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

PRESO ATTO che, secondo quanto disposto dall'art.9 del Manuale di autorizzazione delle

strutture trasfusionali allegato 2 al Decreto commissariale n.73/2013, l'attività di vigilanza sul possesso e mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento viene effettuata secondo le disposizioni di cui all'art.7 della L.R. n.32/2007 e s.m.i. e del D. Lgs. n.261/2001, nel rispetto dei tempi e delle modalità previsti nello stesso articolo;

PRECISATO che l'art. 7 L.R. 32/2007 attribuisce alla Direzione Sanità Regionale la facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO;

PRESO ATTO della necessità, rappresentata in occasione della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 17 e 22 aprile 2014, di “non inviare i singoli decreti di accREDITAMENTO istituzionale” e di procedere, pertanto, alla trasmissione del report riepilogativo sullo stato di avanzamento del processo;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di rilasciare** il provvedimento unico di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale della Struttura Trasfusionale dell'Azienda USL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, denominata “Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale”, con sede principale presso il PO di L'Aquila, P.le P. Stefanini, Coppito - L'Aquila ed Unità di raccolta fissa del PO di Castel di Sangro, con le prescrizioni ed i tempi di adeguamento espressamente indicati nella scheda di valutazione Allegato 1 al presente provvedimento;
- **di disporre** il diniego dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale delle articolazioni organizzative del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale aziendale del PO di Avezzano e del PO di Sulmona;
- **di stabilire** che l'accREDITAMENTO istituzionale avrà durata quinquennale, salvo la verifica del mancato adempimento delle prescrizioni e dei

tempi di adeguamento previsti nella suddetta scheda e salvo che intervengano modifiche rilevanti delle attività della struttura, anche a seguito dei processi di riorganizzazione della rete trasfusionale regionale così come previsti dal DCA n.96/2013;

- **di stabilire** che il presente decreto ha efficacia immediata e che sarà pubblicato sul BURA per finalità notiziali;
- **di notificare** il presente decreto al legale rappresentante dell'Azienda ASL 01 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, ai

competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute ed al Direttore del Centro Regionale Sangue;

- **di precisare** che ai sensi dell'art. 7 L.R. 32/2007 la Direzione Sanità Regionale ha facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accreditamento.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

Allegato 1

Comm. Provinciale D.G. 19
31.11.2014



Alle ... del Commissario
ad ...

n. 62 del 29 GIU. 2015



Pescara, 24 Dicembre 2014

Al Commissario Ad Acta

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 2287 Partenza
29/12/2014

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DEL SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E
MEDICINA TRASFUSIONALE AZIENDALE ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA. Trasmissione Valutazione
Finale del CCRA (Art.4.7 delle Procedure di Autorizzazione/Accreditamento DCA n. 122 del 15 Ottobre 2014)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 24 Dicembre 2014 con verbaie n.15/2014, si trasmette in
allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante
AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DEL SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
AZIENDALE ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE

Dott. Amedeo Budassi

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 24 Dicembre 2014, vista la tipologia di proposta motivata dall'Agenzia Sanitaria Regionale in ordine all' **AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DEL SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE AZIENDALE** **ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA**, ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di autorizzazione e accreditamento e conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta e ritiene di poter rilasciare

1) **L'AUTORIZZAZIONE e l'ACCREDITAMENTO** del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale costituito da:

- Sede principale della struttura-PO di L'Aquila
- Articolazioni organizzative
 - ✓ unità di raccolta fissa del PO di Castel di Sangro

con **PRESCRIZIONE** secondo i seguenti tempi di adeguamento:

- per il PO di L'Aquila
 - Requisiti T.10, T.14: 6 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti T.19: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti O.3, O.10, O.69, O.70, O.71, O.72, O.73,: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti O.7, O.12, O.63, O.76, O.79, O.80: 6 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;

**CORIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



[Handwritten signature]

- per il PO di Castel di Sangro
 - Requisiti US.1, US.1.1, US.3.3, S.3.5, US 3.7; 24 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti UT.9: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti UO.3, UO.9, UO.10, UO.13, UO.18, UO.19, UO.20, UO.42, UO.42.1, UO.44, UO.45: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;

2) Il DINIEGO dell' "AUTORIZZAZIONE e dell' ACCREDITAMENTO" delle Articolazioni organizzative del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale di :

- ✓ Medicina trasfusionale del PO di Avezzano
- ✓ Medicina trasfusionale del PO di Sulmona

COPIA CONFORME
ALL' ORIGINALE



Letto confermato e sottoscritto:

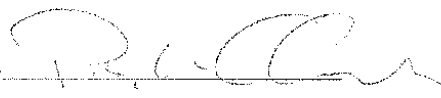
Il Direttore dell' ASR Abruzzo _____

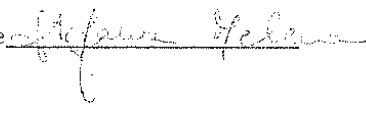
Il Direttore della Direzione Politiche della Salute _____

Il Dirigente del Servizio Programmazione _____

Il Dirigente del Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità _____

Handwritten mark

Il Direttore del Centro Regionale Sangue Regione Abruzzo 

Il Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica Trasfusionale 

**Copia conforme
all'originale**





**AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DEL
SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA
TRASFUSIONALE AZIENDALE
ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA**

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale - ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

Richiesta: Prot. n. RA 258650 del 2 ottobre 2014

Autorizzazione/Accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle organizzazioni di donatori: Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.73/2013 e DCA n.122/2014

Gruppo di Esperti Regionali per l'Autorizzazione e l'Accreditamento formalizzato con verbale del CCRA n. 13 del 30 ottobre 2014

- Tiziana Bonfini, Responsabile del gruppo visita - Membro elenco nazionale
- Giuseppe Matricardi - Dipartimento di Prevenzione
- Bruno Ciuca
- Itala Corti
- Liana Di Filippo

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**





Premessa:

Con il Prot. RA 261196/DG19 del 6 ottobre è stata trasmessa dal Servizio Programmazione Sanitaria la risultanza istruttoria del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale aziendale della ASL di Avezzano- Sulmona L'Aquila finalizzata all'autorizzazione/accreditamento.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta

- Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale aziendale nel Presidio Ospedaliero (PO) di L'Aquila
- Articolazioni organizzative:
 - PO di Avezzano
 - PO di Sulmona
 - PO di Castel di Sangro

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

- Servizio trasfusionale per il PO di L'Aquila
- Servizio trasfusionale per il PO di Avezzano
- Servizio trasfusionale per il PO di Sulmona
- Unità di Raccolta Fissa per il PO di Castel di Sangro

Premesso altresì che, l'Allegato 2 del Decreto del Commissario ad Acta n.96 del 28 novembre 2013 prevede per la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila la seguente organizzazione delle Attività trasfusionali a livello aziendale:

~~COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



Copia conforme
all'originale

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE



ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila	Strutture trasfusionali a valenza aziendale	Articolazioni organizzative	
	Servizio trasfusionale aziendale	Medicina trasfusionale PO Avezzano	U.R. Pescara
		Medicina trasfusionale PO Sulmona	U.R. Tagliacozzo
			U.R. Castel di Sangro
	Unità di raccolta gestite dalle organizzazioni di donatori di sangue o dalla CRI		U.R. CRI L'Aquila
			U.R. VAS L'Aquila

Organizzazione delle attività trasfusionali a livello regionale

ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila	Strutture trasfusionali a valenza aziendale	Articolazioni organizzative	
	Centro Regionale di Immunematologia e Tipizzazione Tessutale	Registri Regionale dei donatori di midollo osseo	Banca Regionale del DNA dei cordoni ombelicali e delle madri donatrici

In data 30 ottobre 2014 il CCRA formalizzava il Gruppo di Esperti regionali per la verifica della sussistenza dei requisiti dell'autorizzazione/accreditamento delle strutture suddette.

In data 22 dicembre 2014 il Gruppo faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva delle relazioni finali specifiche per ciascuna domanda.

In data 23 dicembre 2014 la Responsabile del Gruppo, dott.ssa Tiziana Bonfini, faceva pervenire una nota di chiarimento nella quale specificava "l'indicazione non applicabile (N.A) sta a significare che quella specifica attività non viene effettuata".

Nelle relazioni finali il Gruppo esprimeva:

- per i PP.OO. di L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro "...una valutazione positiva al rilascio dell'autorizzazione/accreditamento, limitatamente ai requisiti specifici della struttura con le prescrizioni sopra notificate e verifica ad interim tra 12, se ritenuto opportuno".

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle organizzazioni di donatori (Allegato al DCA n.122/14) evidenziando:

- presenza di alcuni requisiti "Non Applicabili" in quanto trattasi di attività non previste presso il Servizio specifico;



- presenza dei requisiti di “non conformità” la cui valutazione è stata effettuata sulla base dei criteri di seguito codificati:
 - Non Conformità Critica (C): non conformità grave con potenziale impatto negativo sulla sicurezza del donatore o del paziente.
 - Non Conformità Maggiore (M): non conformità grave ma senza potenziale impatto negativo sulla sicurezza del donatore o del paziente.
 - Altre Non Conformità (A): non conformità significative ma non classificabili come critiche o maggiori (Non Conformità Minori).

Di seguito vengono riportate le NON CONFORMITA' rappresentate dal Gruppo:

Per il PO di L'Aquila

- Requisito T.10 “*Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite.*”. Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito T.14 “*Per l'assemblaggio di emocomponenti con interruzione del circuito chiuso deve essere disponibile almeno un sistema di connessione sterile. Le procedure di connessione sterile devono essere convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, in relazione alla capacità del sistema di garantire il corretto allineamento dei segmenti saldati, la tenuta delle saldature ed il mantenimento della sterilità degli emocomponenti assemblati.*”. Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito T.19 “*Esiste un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria), per la pulizia e la sanificazione delle apparecchiature biomediche, compresa l'esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica e viene documentata l'evidenza dell'esecuzione di queste attività.*” Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito O.3 “*Le procedure che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche (lavorazione, conservazione, assegnazione, distribuzione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti; procedure analitiche di laboratorio) devono essere convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.*” Nota A. **Livello di Criticità M**



COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE



- Requisito O.7 *“La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate. In particolare deve essere sufficiente a garantire il regolare svolgimento dei turni di lavoro, nella misura e secondo le modalità previste dai vigenti accordi contrattuali, e in relazione ai carichi di lavoro predisposti dal Direttore della Struttura Trasfusionale.”* Nota A. **Livello di Criticità A**
- Requisito O.10 *“Le apparecchiature che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti.”* Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito O.12 *“I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati per l'erogazione del servizio devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli regolari di affidabilità ed essere periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti.”* Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito O.63 *“Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti.”* Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito O.69 *“Al fine di garantire un elevato livello di sicurezza trasfusionale per quanto concerne la univoca tracciabilità e identificazione di ogni singolo emocomponente, devono essere predisposte ed applicate specifiche procedure che prevedano:*
- *l'obbligo di verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione quale pre-requisito per qualsivoglia utilizzo delle unità ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;*
 - *l'assegnazione della funzione di duplicazione delle etichette di validazione a personale all'uopo specificamente autorizzato, la documentazione del motivo per cui si effettua la duplicazione, nonché l'obbligo di ripetere la verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione ed il blocco delle unità che non superano tale controllo.*



**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



▪ *la gestione delle unità provenienti da altra struttura mediante l'esclusivo utilizzo del codice identificativo originario, al fine di evitare la rietichettatura delle unità.* Nota A. Livello di Criticità M

- Requisito O.70 *"L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE deve essere conforme alle prescrizioni della normativa vigente."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.71 *"L'etichettatura dei campioni biologici per i test ancillitici sui donatori deve essere effettuata in modo da garantire l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.72 *"Le etichette utilizzate devono essere idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.73 *"L'etichettatura deve essere effettuata con modalità ed in ambienti atti a minimizzare il rischio di scambi ed errori. Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.76 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.79 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.80 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti a qualunque uso siano destinati, atte a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la*

COPIA
 RESPONSABILE
 ALLE
 REGIONALE





tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente." Nota A. Livello di Criticità M

- Requisito O.90 "I medici operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support)".
Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.91 "Gli infermieri operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support)".
Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.93 "I medici operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.94 "Gli infermieri operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.101.1 "I criteri di gestione sono basati su una documentata analisi del rischio e del rapporto costo-beneficio dei volumi di attività svolti e della distanza fra le sedi di raccolta (Sono raccomandati volumi di attività non inferiori a 20 (venti) donazioni per seduta e una distanza fra le sedi di raccolta non inferiore a 10 Km).
Nota C. Livello di Criticità A
- Requisito O.102 "Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguati e razionali volumi di attività" Nota C. Livello di Criticità A
- Requisito O.102.1 "Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscono la lavorazione di almeno 40.000 donazioni di sangue intero all'anno" Nota D. Livello di Criticità A
- Requisito O.103.1 "Le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni sono concentrate in strutture trasfusionali che eseguano la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all'anno" Nota D. Livello di Criticità A

COPIA
 ALL'ORIGINALE

Per il PO di Avezzano



- Requisito S.1 "Il Servizio Trasfusionale dispone di locali atti a garantire l'doneità all'uso previsto, con specifico riferimento all'esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché



operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni". Nota A. Livello di Criticità C

- Requisito S.1.1 "Deve essere garantita l'idoneità dei locali prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.". Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito S.2 "I locali e gli spazi devono essere commisurati alle tipologie ed ai volumi delle prestazioni erogate." Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito S.3.7 "un'area destinata esclusivamente alla lavorazione del sangue e degli emocomponenti in circuito chiuso, accessibile solo a personale autorizzato; in tale area deve essere periodicamente monitorata la contaminazione microbica delle attrezzature, delle superfici e dell'ambiente;" Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito T.9 "Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere dotate:
 - di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite;
 - di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale del Servizio o da altro personale a ciò deputato. Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito T.10 "Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite.". Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito T.14 "Per l'assemblaggio di emocomponenti con interruzione del circuito chiuso deve essere disponibile almeno un sistema di connessione sterile. Le procedure di connessione sterile devono essere convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, in relazione alla capacità del sistema di garantire il corretto allineamento dei segmenti saldati, la tenuta delle saldature ed il mantenimento della sterilità degli emocomponenti assemblati.". Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito T.19 "Esiste un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria), per la pulizia e la sanificazione delle apparecchiature biomediche, compresa l'esecuzione



COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE



delle verifiche di sicurezza elettrica e viene documentata l'evidenza dell'esecuzione di queste attività." Nota A. Livello di Criticità M

- Requisito O.3 "Le procedure che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche (lavorazione, conservazione, assegnazione, distribuzione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti; procedure analitiche di laboratorio) devono essere convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.7 "La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate. In particolare deve essere sufficiente a garantire il regolare svolgimento dei turni di lavoro, nella misura e secondo le modalità previste dai vigenti accordi contrattuali, e in relazione ai carichi di lavoro predisposti dal Direttore della Struttura Trasfusionale." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito O.10 "Le apparecchiature che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.12 "I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati per l'erogazione del servizio devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli regolari di affidabilità ed essere periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.18 "Sono disponibili procedure scritte per le attività di:
 - verifica di conformità dei materiali e reagenti che influiscono sulla qualità e la sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate;
 - segregazione in aree dedicate dei materiali/reagenti difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
 - registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali e reagenti critici.." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito O.19 "I materiali ed i reagenti impiegati devono essere conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative.." Nota A. Livello di Criticità M



COPIA COORDINATA
 ALL'ORIGINALE



➤ Requisito O.69 "Al fine di garantire un elevato livello di sicurezza trasfusionale per quanto concerne la univoca tracciabilità e identificazione di ogni singolo emocomponente, devono essere predisposte ed applicate specifiche procedure che prevedano:

- l'obbligo di verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione quale pre-requisito per qualsivoglia utilizzo delle unità ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
- l'assegnazione della funzione di duplicazione delle etichette di validazione a personale all'uopo specificamente autorizzato, la documentazione del motivo per cui si effettua la duplicazione, nonché l'obbligo di ripetere la verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
- la gestione delle unità provenienti da altra struttura mediante l'esclusivo utilizzo del codice identificativo originario, al fine di evitare la rietichettatura delle unità." Nota A. Livello di Criticità M



➤ Requisito O.70 "L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE deve essere conforme alle prescrizioni della normativa vigente." Nota A. Livello di Criticità M

➤ Requisito O.71 "L'etichettatura dei campioni biologici per i test analitici sui donatori deve essere effettuata in modo da garantire l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati." Nota A. Livello di Criticità M

➤ Requisito O.72 "Le etichette utilizzate devono essere idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente." Nota A. Livello di Criticità M

➤ Requisito O.73 "L'etichettatura deve essere effettuata con modalità ed in ambienti atti a minimizzare il rischio di scambi ed errori. Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M

COPIA ~~DE~~ ~~LA~~ ~~REDAZIONE~~
 EMERGENZA
 ALLEGATA



- Requisito O.76 "Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.79 "Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.80 "Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti a qualunque uso siano destinati, atte a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.90 "I medici operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono, in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support")." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.91 "Gli infermieri operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support")." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.93 "I medici operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.94 "Gli infermieri operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.101.1 "I criteri di gestione sono basati su una documentata analisi del rischio e del rapporto costo-beneficio dei volumi di attività svolti e della distanza fra le sedi di raccolta (Sono raccomandati volumi di attività non inferiori a 20 (venti) donazioni per seduta e una distanza fra le sedi di raccolta non inferiore a 10 Km). Nota C. Livello di Criticità A
- Requisito O.102 "Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguati e razionali volumi di attività" Nota C. Livello di Criticità A



COPIA AUTENTICA
 ALLEGATA



- Requisito O.102.1 *“Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscono la lavorazione di almeno 40.000 donazioni di sangue intero all’anno”* Nota D. Livello di Criticità A
- Requisito O.103.1 *“Le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni sono concentrate in strutture trasfusionali che eseguono la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all’anno”* Nota D. Livello di Criticità A

Per il PO di Sulmona

- Requisito S.1 *“Il Servizio Trasfusionale dispone di locali atti a garantire l’idoneità all’uso previsto, con specifico riferimento all’esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.”* Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito S.1.1 *“Deve essere garantita l’idoneità dei locali prima dell’utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.”* Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito S.2 *“I locali e gli spazi devono essere commisurati alle tipologie ed ai volumi delle prestazioni erogate.”* Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito S.3.7 *“un’area destinata esclusivamente alla lavorazione del sangue e degli emocomponenti in circuito chiuso, accessibile solo a personale autorizzato; in tale area deve essere periodicamente monitorata la contaminazione microbica delle attrezzature, delle superfici e dell’ambiente;”* Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito T.9 *“Le apparecchiature destinate alla conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere dotate:*
 - *di un sistema di controllo e di registrazione della temperatura, nonché di allarme acustico e visivo in caso di escursioni anomale rispetto alle temperature di esercizio definite;*
 - *di dispositivi di allarme remotizzato sia acustici che visivi o di equivalenti strumenti di allerta qualora esse siano ubicate in locali o zone non costantemente presidiate da personale del Servizio o da altro personale a ciò deputato.* Nota A. Livello di Criticità C
- Requisito T.10 *“Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l’integrità e la preservazione delle proprietà*



~~COPIA AUTOGRAFICA
ALL'OGGIALE~~



biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di garantire le temperature di esercizio definite." Nota A. Livello di Criticità M

- Requisito T.14 "Per l'assemblaggio di emocomponenti con interruzione del circuito chiuso deve essere disponibile almeno un sistema di connessione sterile. Le procedure di connessione sterile devono essere convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, in relazione alla capacità del sistema di garantire il corretto allineamento dei segmenti saldati, la tenuta delle saldature ed il mantenimento della sterilità degli emocomponenti assemblati." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito T.19 "Esiste un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria), per la pulizia e la sanificazione delle apparecchiature biomediche, compresa l'esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica e viene documentata l'evidenza dell'esecuzione di queste attività." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.3 "Le procedure che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche (lavorazione, conservazione, assegnazione, distribuzione e trasporto del sangue intero e degli emocomponenti; procedure analitiche di laboratorio) devono essere convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.7 "La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate. In particolare deve essere sufficiente a garantire il regolare svolgimento dei turni di lavoro, nella misura e secondo le modalità previste dai vigenti accordi contrattuali, e in relazione ai carichi di lavoro predisposti dal Direttore della Struttura Trasfusionale." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito O.10 "Le apparecchiature che influiscono sulla qualità e sulla sicurezza del sangue, degli emocomponenti e, ove applicabile, delle cellule staminali emopoietiche, devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.12 "I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati per l'erogazione del servizio devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli regolari di affidabilità ed essere periodicamente



COPIA CONFESSIONE
 ALL'ORIGINALE



sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti." Nota A. Livello di Criticità M

- Requisito O.18 "Sono disponibili procedure scritte per le attività di:
- verifica di conformità dei materiali e reagenti che influiscono sulla qualità e la sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate;
 - segregazione in aree dedicate dei materiali/reagenti difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
 - registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali e reagenti critici.." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito O.19 "I materiali ed i reagenti impiegati devono essere conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative.." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.63 "Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.69 "Al fine di garantire un elevato livello di sicurezza trasfusionale per quanto concerne la univoca tracciabilità e identificazione di ogni singolo emocomponente, devono essere predisposte ed applicate specifiche procedure che prevedano:
- l'obbligo di verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione quale pre-requisito per qualsivoglia utilizzo delle unità ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
 - l'assegnazione della funzione di duplicazione delle etichette di validazione a personale all'uopo specificamente autorizzato, la documentazione del motivo per cui si effettua la duplicazione, nonché l'obbligo di ripetere la verifica informatizzata della corrispondenza fra etichetta di prelievo ed etichetta di validazione ed il blocco delle unità che non superano tale controllo;
 - la gestione delle unità provenienti da altra struttura mediante l'esclusivo utilizzo del codice identificativo originario, al fine di evitare la rietichettatura delle unità." Nota A. Livello di Criticità M

COPIA AUTENTICA
 ALLEGATO N. 1





- Requisito O.70 *"L'etichettatura delle unità autologhe di sangue, emocomponenti e CSE deve essere conforme alle prescrizioni della normativa vigente."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.71 *"L'etichettatura dei campioni biologici per i test analitici sui donatori deve essere effettuata in modo da garantire l'univoca associazione con i donatori e le donazioni cui i campioni stessi sono associati."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.72 *"Le etichette utilizzate devono essere idonee allo specifico impiego secondo la normativa vigente."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.73 *"L'etichettatura deve essere effettuata con modalità ed in ambienti atti a minimizzare il rischio di scambi ed errori. Le procedure relative ai test previsti dalla normativa vigente per la qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti sono formalizzate e convalidate prima della loro introduzione e riconvalidate a intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.76 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di assegnazione e consegna delle unità di sangue e di emocomponenti e per il loro eventuale rientro."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.79 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per le attività di distribuzione delle unità di emocomponenti ad altri Servizi Trasfusionali e per l'invio del plasma all'industria convenzionata per la lavorazione farmaceutica del plasma."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.80 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti a qualunque uso siano destinati, atte a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.90 *"I medici operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support")."* Nota B. Livello di Criticità M

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE





- Requisito O.91 "Gli infermieri operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support")"
Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.93 "I medici operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.94 "Gli infermieri operanti in strutture che effettuano aferesi produttiva sono in possesso della qualificazione BLS-D." Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.101.1 " I criteri di gestione sono basati su una documentata analisi del rischio e del rapporto costo-beneficio dei volumi di attività svolti e della distanza fra le sedi di raccolta (Sono raccomandati volumi di attività non inferiori a 20 (venti) donazioni per seduta e una distanza fra le sedi di raccolta non inferiore a 10 Km).
Nota C. Livello di Criticità A
- Requisito O.102 "Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguati e razionali volumi di attività" Nota C. Livello di Criticità A
- Requisito O.102.1 "Le attività di produzione degli emocomponenti sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscono la lavorazione di almeno 40.000 donazioni di sangue intero all'anno" Nota D. Livello di Criticità A
- Requisito O.103.1 "Le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni sono concentrate in strutture trasfusionali che eseguano la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all'anno" Nota D. Livello di Criticità A

COPIA NON FORNIRE
 ALL'ORIGINALE



Per il PO di Castel di Sangro

- Requisito US.1 "L'Unità di Raccolta fissa dispone di locali atti a garantire l'idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento all'esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito US.1.1 "Deve essere garantita l'idoneità dei locali prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito US.3.3 "un locale destinato alla raccolta del sangue intero e, ove applicabile, di emocomponenti da aferesi, strutturato in modo tale da salvaguardare



la sicurezza dei donatori e del personale e da prevenire errori nelle procedure di raccolta;" Nota A. **Livello di Criticità A**

- *Requisito US.3.5 "un'area per lo stoccaggio differenziato e sicuro dei materiali e dei dispositivi da impiegare;"* Nota A. **Livello di Criticità A**
- *Requisito US.3.7 "disponibilità di servizi igienici in relazione alle disposizioni normative vigenti in materia di strutture sanitarie."* Nota A. **Livello di Criticità A**
- *Requisito UT.9 "Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di mantenere le temperature di esercizio definite, secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce"* Nota A. **Livello di Criticità M**
- *Requisito UO.3 "Le procedure relative alla conservazione e al trasporto del sangue e degli emocomponenti vengono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce."* Nota A. **Livello di Criticità M**
- *Requisito UO.9 "Devono essere disponibili istruzioni scritte contenenti le norme igieniche da adottare per lo svolgimento delle specifiche attività."* Nota A. **Livello di Criticità A**
- *Requisito UO.10 "Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti, con riferimento alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce."* Nota A. **Livello di Criticità M**
- *Requisito UO.13 "I sistemi gestionali informatici (hardware, software, procedure di back-up) impiegati a supporto delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti devono essere convalidati prima dell'uso, sottoposti a controlli almeno annuali di affidabilità ed essere periodicamente sottoposti a manutenzione ai fini del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni previsti."* Nota A. **Livello di Criticità M**
- *Requisito UO.18 "I materiali ed i reagenti che influiscono sulla qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti, compresi quelli impiegati per il loro*

~~COPIA SCARICATA
 ALL'ORIGINALE~~





confezionamento e trasporto, devono provenire da fornitori autorizzati e, ove applicabile, devono rispondere alla normativa vigente. Essi devono essere qualificati prima del loro impiego, al fine di accertarne la idoneità rispetto all'uso previsto." Nota A. Livello di Criticità A

- Requisito UO.19 "Sono disponibili procedure scritte per le attività di:
 - verifica di conformità dei materiali che influiscono sulla qualità e la sicurezza del prodotto e delle attività;
 - segregazione in aree dedicate dei materiali difettosi, obsoleti o comunque non utilizzabili;
 - registrazione dei lotti e delle scadenze dei materiali critici." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UO.20 "I materiali ed i reagenti impiegati devono essere conservati in condizioni controllate e idonee a prevenire l'alterazione delle loro caratteristiche qualitative." Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UO.42 "Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, idonee a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UO.42.1 "Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità a carico delle quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità." Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UO.44 "I medici operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support"). Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito UO.45 "Gli infermieri operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support"). Nota B. Livello di Criticità M



~~CORIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



Conclusioni

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del Gruppo

SI PROPONE

1) L'AUTORIZZAZIONE e l'ACCREDITAMENTO del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale costituito da:

- Sede principale della struttura-PO di L'Aquila
- Articolazioni organizzative
 - ✓ unità di raccolta fissa del PO di Castel di Sangro

con PRESCRIZIONE secondo i seguenti tempi di adeguamento:

- per il PO di L'Aquila
 - Requisiti T.10, T.14: 6 mesi dall' entrata in vigore del DCA autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti T.19: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti O.3, O.10, O.69, O.70, O.71, O.72, O.73,: 3 mesi entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Azienda
 - Requisiti O.7, O.12, O.63, O.76, O.79, O.80: 6 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;

COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE





- per il PO di Castel di Sangro
 - Requisiti US.1, US.1.1, US.3.3, S.3.5, US 3.7: 24 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti UT.9: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;
 - Requisiti UO.3, UO.9, UO.10, UO.13, UO.18, UO.19, UO.20, UO.42, UO.42.1, UO.44, UO.45: 3 mesi dall' entrata in vigore del DCA di autorizzazione/accreditamento del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale;

2) Il **DINIEGO** dell' **AUTORIZZAZIONE** e dell' **ACCREDITAMENTO** delle Articolazioni organizzative del Servizio Immunoematologia e medicina trasfusionale Aziendale di :

- ✓ Medicina trasfusionale del PO di Avezzano
- ✓ Medicina trasfusionale del PO di Sulmona

~~COPIA~~ **CONFORME**
ALL'ORIGINALE



DECRETO 29.06.2015 n. 63

Istanza di Autorizzazione ed Accredimento Istituzionale dell'Unità di Raccolta Mobile dell'associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) – Diniego.

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 dott. Luciano D'Alfonso 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 all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 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 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi

contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accredimento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di "ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accredimento";

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010, ed in particolare gli allegati 2.2 "Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento" e 2.3 "Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accredimento (O.R.A.)" le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accredimento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accredimento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 73/2013, recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accredimento delle strutture trasfusionali, delle unità di

raccoltissime e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative Procedure. Modifica Deliberazione di Giunta Regionale n°591/P del 01.07.2008 : sostituzione Allegato n. 3) ed Allegato n. 4)”, così come modificato ed integrato dal Decreto del Commissario ad Acta numero 122/2014 del 15 ottobre 2014, che definisce le procedure di autorizzazione ed accreditamento per tale tipologia di strutture, integrando a tal fine, tra l’altro, la composizione del Comitato di Coordinamento Regionale per l’Accreditamento con il Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Regione Abruzzo e con il Direttore del Centro Regionale Sangue;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 96/2013 del 28 novembre 2013, recante “Organizzazione e funzioni della Rete Trasfusionale Regionale”;

VISTA la circolare prot. n. RA/174245/DG19 del 30 giugno 2014 con la quale le strutture trasfusionali e le unità di raccolta sono stata invitate a presentare le proprie istanze di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

VISTA la domanda di autorizzazione ed accreditamento, ai sensi del Decreto 73/2013 e della suddetta nota circolare, presentata dal legale rappresentante dell’associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS), con sede in L’Aquila, Via Giuseppe Saragat s.n.c., e relativa all’Unità di Raccolta Mobile denominata “Autoemoteca VAS”;

VISTA la nota prot. n. RA/244113/DG19 del 18 settembre 2014, con la quale il Servizio Programmazione Sanitaria, a seguito dell’istruttoria di propria competenza, ha trasmesso le domande al Comitato di Coordinamento Regionale per l’Accreditamento;

VISTA la nota dell’Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo datata 29 dicembre 2014, All. 1 parte integrante del presente provvedimento, con la quale, in esito alle decisioni assunte dal CCRA nella riunione del 23 dicembre 2014, viene trasmessa, al Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata, relativa all’autorizzazione ed accreditamento Istituzionale dell’Unità di raccolta mobile denominata “Autoemoteca VAS”;

PRESO ATTO delle richiamate Proposta Motivata e Scheda di Valutazione Finale, con le quali il C.C.R.A ha proposto il diniego al rilascio del provvedimento unico di autorizzazione ed accreditamento della struttura in oggetto, conformemente a quanto proposto dall’Agenzia Sanitaria Regionale;

RITENUTO, in aderenza con quanto proposto dal Comitato di Coordinamento Regionale dell’Accreditamento, di dover di disporre il diniego dell’autorizzazione ed accreditamento istituzionale all’Unità di Raccolta Mobile denominata “Autoemoteca VAS” dell’associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS), con sede in L’Aquila, Via Giuseppe Saragat s.n.c.;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di disporre** il diniego all’autorizzazione ed all’accreditamento istituzionale all’Unità di Raccolta Mobile denominata “Autoemoteca VAS” dell’associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS), con sede in L’Aquila, Via Giuseppe Saragat s.n.c.;
- **di stabilire** che il presente decreto ha efficacia immediata e sarà pubblicato sul BURA per finalità notiziali;
- **di notificare** il presente decreto al legale rappresentante dell’associazione Volontari Abruzzesi Sangue (VAS), con sede in L’Aquila, Via Giuseppe Saragat s.n.c.;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all’Agenzia Sanitaria Regionale, ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute ed al Direttore del Centro Regionale Sangue.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D’Alfonso

Segue allegato

Allegato 1

Colui / Abbruzzo DG 19
31.XII.2014



Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. *63* del **29 GIU. 2015**

Stampa: 29/06/2015
37 DIC 2014

Pescara, 24 Dicembre 2014



Al Commissario Ad Acta

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 2286 Partenza
29/12/2014

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' DI RACCOLTA VOLONTARI ABRUZZESI SANGUE (VAS)-L'AQUILA Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Art.4.7 delle Procedure di Autorizzazione/Accreditamento DCA n. 122 del 15 Ottobre 2014)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 24 Dicembre 2014 con verbale n.15/2014, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' DI RACCOLTA VOLONTARI ABRUZZESI SANGUE (VAS)-L'AQUILA per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. ~~Amedeo Budassi~~

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 24 Dicembre 2014, vista la tipologia di proposta motivata dall'Agenzia Sanitaria Regionale in ordine all' **AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELL'UNITA' DI RACCOLTA VOLONTARI ABRUZZESI SANGUE (VAS)-L'AQUILA**, ritenuto che la stessa non è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

Negativamente la tipologia di autorizzazione e accreditamento e conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta e ritiene

Il **DINEGO** dell' **AUTORIZZAZIONE** e dell'**ACCREDITAMENTO** dell' Unità di Raccolta Mobile gestita dai Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) – L'Aquila

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore dell'ASR Abruzzo _____

Il Direttore della Direzione Politiche della Salute _____

Il Dirigente del Servizio Programmazione _____

Il Dirigente del Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità _____

Il Direttore del Centro Regionale Sangue Regione Abruzzo _____

Il Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica Trasfusionale _____

~~COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE



**AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO
DELL'UNITA' DI RACCOLTA
VOLONTARI ABRUZZESI SANGUE (VAS)-L'AQUILA**

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Unità di Raccolta Mobile Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) - L'Aquila

Richiesta: Prot. n. RA 207535 del 31 luglio 2014

Autorizzazione/Accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle organizzazioni di donatori: Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.73/2013 e DCA n.122/2014

Gruppo di Esperti Regionali per l'Autorizzazione e l'Accreditamento formalizzato con verbale del CCRA n. 13 del 30 ottobre 2014

- Tiziana Bonfini, Responsabile del gruppo visita - Membro elenco nazionale
- Giuseppe Matricardi - Dipartimento di Prevenzione
- Bruno Ciuca
- Itala Corti
- Liana Di Filippo

Premessa:

Con il Prot. RA/244113/DG19 del 18 settembre 2014 è stata trasmessa dal Servizio Programmazione Sanitaria la risultanza istruttoria del Unità di Raccolta Mobile gestita dai Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) - L'Aquila finalizzata all'autorizzazione/accreditamento.



La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta

- Unità di raccolta fissa e mobile gestite dalle organizzazioni di donatori

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

- Unità di Raccolta Mobile

Premesso altresì che, l'Allegato 2 del Decreto del Commissario ad Acta n.96 del 28 novembre 2013 prevede per la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila la seguente organizzazione delle attività trasfusionali a livello aziendale:

ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila	Strutture trasfusionali a valenza aziendale	Articolazioni organizzative	
	Servizio trasfusionale aziendale	Medicina trasfusionale PO Avezzano	U.R. Pescina
		Medicina trasfusionale PO Sulmona	U.R. Tagliacozzo U.R. Castel di Sangro
	Unità di raccolta gestite dalle organizzazioni di donatori di sangue o dalla CRI		U.R. CRI L'Aquila U.R. VAS L'Aquila

Organizzazione delle attività trasfusionali a livello regionale

	Strutture trasfusionali a valenza aziendale	Articolazioni organizzative	
ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila	Centro Regionale di Immunematologia e Tipizzazione Tessutale	Registri Regionale dei donatori di midollo osseo	Banca Regionale del DNA dei cordoni ombelicali e delle madri donatrici

In data 30 ottobre 2014 il CCRA formalizzava il Gruppo di Esperti regionali per la verifica della sussistenza dei requisiti dell'autorizzazione/accreditamento delle strutture suddette.

In data 22 dicembre 2014 il Gruppo faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva delle relazioni finali specifiche per ciascuna Unità di Raccolta.



- Altre Non Conformità (A): non conformità significative ma non classificabili come critiche o maggiori (Non Conformità Minori).

Di seguito vengono riportate le NON CONFORMITA' rappresentate dal Gruppo:

Per l'Unità di Raccolta Mobile

- Requisito UMS.1 *"Le Unità di Raccolta mobili (autoemoteche) devono avere dimensioni adeguate ed essere atte a garantire l'adoneità all'uso previsto, con specifico riferimento all'esigenza di consentire lo svolgimento delle attività in ordine logico, al fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni."* Nota A. **Livello di Criticità C**
- Requisito UMT.2. *"Per la raccolta di sangue intero ed emocomponenti devono essere utilizzati lettini o poltrone da prelievo atti a garantire le basilari manovre di primo soccorso."* Nota A. **Livello di Criticità C**
- Requisito UMT.8 *"Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere sottoposte a verifiche di conformità secondo procedure convalidate e documentate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti."* Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito UMT.9 *"Per il trasporto del sangue e degli emocomponenti devono essere disponibili dispositivi atti a garantire l'integrità e la preservazione delle proprietà biologiche dei prodotti, preventivamente convalidati e periodicamente riconvalidati per la capacità di mantenere le temperature di esercizio definite."* Nota A. **Livello di Criticità M**
- Requisito UMO.1 *"L'Unità di Raccolta deve istituire e mantenere un Sistema di gestione per la qualità, in raccordo con il sistema di gestione per la qualità del Servizio Trasfusionale cui afferisce."* Nota A. **Livello di Criticità A**
- Requisito UMO.3 *"Le procedure relative alla conservazione e al trasporto del sangue e degli emocomponenti vengono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti secondo le specifiche ed indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce."* Nota A. **Livello di Criticità M**



COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE



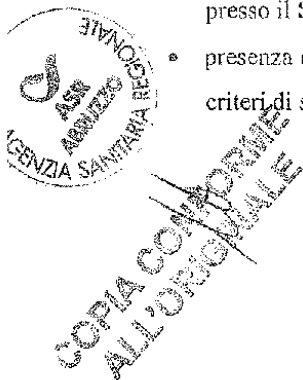
In data 23 dicembre 2014 la Responsabile del Gruppo, dott.ssa Tiziana Bonfini, faceva pervenire una nota di chiarimento nella quale specificava "l'indicazione non applicabile (N.A) sta a significare che quella specifica attività non viene effettuata".

Nelle relazioni finali il Gruppo esprimeva:

- per le Unità di Raccolta Mobile "...la visita si conclude con le prescrizioni di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo e documentale segnalate. Si esprime la riserva ai fini dell'autorizzazione/accreditamento per l'erogazione del servizio sanitario richiesto, visto che alcune di queste deviazioni sono di natura critica, con potenziale impatto negativo sulla sicurezza del donatore o del paziente; i criticismi riguardano in particolare gli spazi angusti del veicolo e l'assenza di un elenco del personale che interviene nelle attività di raccolta, delle relative mansioni, competenze e valutazioni con riferimento alla normativa cogente. La tempistica per la risoluzione delle situazioni NC rilevate è di 3 mesi per la presentazione di un piano di adeguamento e di 6 mesi per la sistemazione dell'autoemoteca; per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e documentali, si prescrivono adeguamenti entro 3 mesi. Si ritiene necessario un audit ad interim per la valutazione di efficacia a 6 mesi, previa indicazioni delle funzioni regionali".

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle organizzazioni di donatori (Allegato al DCA n.122/14) evidenziando:

- presenza di alcuni requisiti "Non Applicabili" in quanto trattasi di attività non previste presso il Servizio specifico;
- presenza dei requisiti di "non conformità" la cui valutazione è stata effettuata sulla base dei criteri di seguito codificati:
 - Non Conformità Critica (C): non conformità grave con potenziale impatto negativo sulla sicurezza del donatore o del paziente.
 - Non Conformità Maggiore (M): non conformità grave ma senza potenziale impatto negativo sulla sicurezza del donatore o del paziente.





- Requisito UMO.24 *"Vengono effettuati periodicamente, in raccordo con la funzione qualità del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce, audit interni della qualità, allo scopo di verificare la rispondenza alle disposizioni normative vigenti, agli standard e alle procedure definite, influenti sulla qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti raccolti e dei servizi erogati."* Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UMO.25 *"Il responsabile dell'Unità di Raccolta effettua periodiche revisioni dei risultati relativi ai prodotti e alle attività svolte, con lo scopo di individuare eventuali problemi di qualità che richiedono l'avvio di azioni correttive o di evidenziare tendenze sfavorevoli che richiedono azioni preventive."* Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UMO.40 *"Durante la procedura di donazione viene assicurata al donatore la presenza di almeno un infermiere e un medico in possesso delle qualifiche e delle competenze richieste, al fine di garantire assistenza adeguata anche in caso di complicazioni o di reazioni indesiderate."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.41 *"Sono disponibili procedure scritte, conformi alla normativa vigente e alle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale di riferimento, preventivamente convalidate e riconvalidate ad intervalli periodici e a seguito di modifiche rilevanti, per la conservazione, il confezionamento ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, idonee a garantire il mantenimento delle caratteristiche biologiche e qualitative degli stessi, nonché la tutela della sicurezza degli operatori e dell'ambiente"*. Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.41.1 *"Tali procedure definiscono anche la gestione delle unità a carico delle quali, durante la conservazione ed il trasporto, siano rilevate anomalie che ne compromettono l'utilizzabilità"*. Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito O.42 *"I medici operanti nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti sono in possesso della qualificazione BLS ("Basic life support")"*. Nota B. Livello di Criticità M
- Requisito O.49 *"Le competenze dei medici che intervengono nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti presso i servizi trasfusionali e loro articolazioni organizzative e/o presso le unità di raccolta a titolarità associativa e loro articolazioni organizzative sono descritte conformemente a quanto previsto al punto*



COPIA CONFORME
 ALL'ORIGINALE



- Requisito UMO.5 *"Deve esistere un sistema di gestione delle registrazioni e dei dati previsti dalle normative vigenti, che ne garantisca la produzione, l'aggiornamento, la protezione e la conservazione secondo i criteri da esse definiti."* Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UMO.7 *"La dotazione di personale deve essere commisurata alle tipologie e ai volumi delle prestazioni erogate."* Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UMO.8 *"Devono essere descritte le competenze necessarie del personale che interviene nelle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.8.1 *"Devono esistere procedure per la valutazione periodica della persistenza di tali competenze."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.8.2 *"Il possesso della qualifica e delle competenze richieste deve essere verificato e formalmente attestato, per ogni singolo operatore, dalla persona responsabile dell'Unità di Raccolta, sulla base delle indicazioni del responsabile del Servizio Trasfusionale cui l'Unità di Raccolta afferisce."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.9 *"Devono essere disponibili istruzioni scritte contenenti le norme igieniche da adottare per lo svolgimento delle specifiche attività."* Nota A. Livello di Criticità A
- Requisito UMO.10 *"Le apparecchiature impiegate per la raccolta e per la conservazione del sangue e degli emocomponenti devono essere qualificate, nell'ambito di procedure convalidate, prima della loro introduzione, ad intervalli prestabiliti e a fronte di modifiche rilevanti."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.11 *"Sono documentate le specifiche applicabili e le attività di controllo per le attrezzature critiche (quali ad esempio: apparecchiature per la raccolta di sangue/emocomponenti, per la loro conservazione, apparecchiature per misurazione e controllo)."* Nota A. Livello di Criticità M
- Requisito UMO.23 *"E' predisposto un sistema finalizzato a garantire l'avvio di azioni correttive e preventive in caso di deviazioni di processo, non conformità del sangue e degli emocomponenti raccolti, incidenti e reazioni indesiderate, eventi indesiderati evitati (near miss), situazioni di non conformità emerse a seguito delle attività di auditing interno, atte a prevenire il loro ripetersi."* Nota A. Livello di Criticità A



COPIA CONFORME
 ALL'ORIGINALE



A.2 delle linee guida per l'accreditamento approvate con l'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012. Nota B. Livello di Criticità M

- Requisito O.50 *"Le competenze degli infermieri che intervengono nelle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti presso i servizi trasfusionali e loro articolazioni organizzative e/o presso le unità di raccolta a titolarità associativa e loro articolazioni organizzative sono descritte conformemente a quanto previsto al punto A.3 delle linee guida per l'accreditamento approvate con l'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012."* Nota B. Livello di Criticità M

Conclusioni

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del Gruppo così come integrata

SI PROPONE

Il DINIEGO dell' AUTORIZZAZIONE e dell'ACCREDITAMENTO dell' Unità di Raccolta Mobile gestita dai Volontari Abruzzesi Sangue (VAS) - L'Aquila

~~COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



DECRETO01.07.2015 n. 66

Integrazione al decreto commissariale n. 38/2013 del 23/05/2013.

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 "Insediamento 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 Decreto Commissariale n. 11 /2013 del 20 febbraio 2013 avente per oggetto "Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo

e reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico";

CONSIDERATO che nelle premesse motivazionali del suddetto decreto:

- si è ravvisata la necessità di modificare la composizione del Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA) di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 702 del 21/10/2011 e si è stabilito che lo stesso è presieduto dal Direttore dell'Agenzia Regionale - ASR Abruzzo, o suo delegato, quale struttura di supporto tecnico della Direzione Politiche della Salute ai sensi della L.R. 6/2009, ed è composto altresì dai Direttori dei DEA, dai Responsabili delle CC.OO. 118 e dal Dirigente del Servizio regionale della Direzione competente nella materia di che trattasi;
- si è ritenuto che le funzioni della Struttura Regionale Emergenza Sistema 118 (SRES-118) potevano essere assorbite, in quanto di fatto già ricomprese, in quella del CREA evitando in tal modo inutili frammentazioni o duplicazioni operativo - decisionali;
- si è specificato che il CREA svolge oltre alle funzioni specificate nella L.R. n. 5/2008 e riportate nella richiamata DGR n. 702 del 24/10/2011, una preminente attività di coordinamento a livello regionale dei quattro DEA aziendali di I livello; e che nello specifico di detto coordinamento esso ha competenza, in collaborazione e d'intesa con l'ASR Abruzzo, nell'elaborazione, monitoraggio e valutazione, anche ai fini della revisione periodica ed eventuale aggiornamento delle reti cliniche per le patologie tempo-variabili di cui all'allegato del suddetto decreto;

CONSIDERATO che, nella parte dispositiva del medesimo provvedimento, non sono state riportate e puntualizzate le riferite previsioni;

RITENUTO opportuno di dover pertanto integrare, nella parte dispositiva, il Decreto Commissariale n.11 /2013 del 20 febbraio 2013 con quanto sopra riportato;

VISTO il Decreto Commissariale n. 38/2013 del 23.05.2013 avente ad oggetto "Integrazione al

Decreto Commissariale n.11/2013 del 20/02/13" che integra la parte dispositiva del Decreto Commissariale n.11/2013 con le seguenti disposizioni:

- di modificare la composizione del Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA) di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 702 del 21/10/2011 e di stabilire che lo stesso è presieduto dal Direttore dell'Agenda Regionale - ASR Abruzzo, o suo delegato, quale struttura di supporto tecnico della Direzione Politiche della Salute ai sensi della L.R. 6/2009, ed è composto altresì dai Direttori dei DEA, dai Responsabili delle CC.OO. 118 e dal Dirigente del Servizio regionale della Direzione competente nella materia di che trattasi;
- di stabilire che le funzioni della Struttura Regionale Emergenza Sistema 118 (SRES-118) possano essere assorbite, in quanto di fatto già ricomprese, in quella del CREA;
- di specificare che il CREA svolge oltre alle funzioni specificate nella L.R. n. 5/2008 e riportate nella richiamata DGR n. 702 del 24/10/2011, una preminente attività di coordinamento a livello regionale dei quattro DEA aziendali di I livello; e che nello specifico di detto coordinamento esso ha competenza, in collaborazione e d'intesa con ASR Abruzzo, nell'elaborazione, monitoraggio e valutazione, anche ai fini della revisione periodica ed eventuale aggiornamento delle reti cliniche per le patologie tempo-variabili di cui all'allegato del suddetto decreto;

CONSIDERATO che il DPR del 27.03.1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" all'art. 6 ribadisce "in materia di accettazione sanitaria, il sistema di emergenza sanitaria assicura: a) il servizio di pronto soccorso e b) il dipartimento di emergenza";

VISTE le Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria del Ministro della Sanità n.1/1996, pubblicate sulla Gazzetta ufficiale n.114 Serie Generale del 17 maggio 1996, con le quali vengono definite le modalità di risposta all'emergenza-urgenza che si articolano sui seguenti quattro livelli operativi: 1) punti di

primo intervento, 2) pronto soccorso ospedaliero, 3) dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello, 4) dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello;

RITENUTO quindi utile, al fine di una erogazione efficace ed efficiente dei livelli essenziali di assistenza ed emergenza, sulla base di un attento e continuo monitoraggio, integrare la composizione del Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA) con i Responsabili delle Unità Operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU) dei quattro DEA aziendali di I livello;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di modificare** e integrare la composizione del Comitato Regionale Emergenza - Urgenza Abruzzo (CREA) di cui al Decreto n.38/2013 del 23.05.2013 e di stabilire che lo stesso è presieduto dal Direttore dell'Agenda Regionale - ASR Abruzzo, o suo delegato, quale struttura di supporto tecnico del Dipartimento per la Salute e il Welfare ai sensi della L.R. 6/2009, ed è composto altresì dai Direttori dei DEA, dai Responsabili delle CC.OO. 118, dal Dirigente del Servizio regionale del Dipartimento competente nella materia di che trattasi e dai Responsabili delle Unità Operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU) dei quattro DEA aziendali di I livello;
2. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario, per la relativa validazione;
3. **di trasmettere** altresì il presente provvedimento al Dipartimento per la Salute e il Welfare, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, al Direttore della Agenzia Sanitaria Regionale ASR - Abruzzo;
4. **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale

Telematico e sul sito web della Regione Abruzzo.

**IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso**

DECRETO01.07.2015 n. 67

Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 23 marzo 2015, recante

“Riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale.

Approvazione del programma di riconversione delle strutture Area Anziani non autosufficienti - Disabilità - Riabilitazione.”

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 dott. Luciano D'Alfonso 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 all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 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 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad acta “all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

PREMESSO CHE:

- il Programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 82/2013 del 30 dicembre 2013 e modificato con Decreto del Commissario ad acta n. 112/2014 del 03 agosto 2010 e ss.mm.ii, ha previsto una generale “riprogettazione della rete dell'offerta dei servizi coerente con i fabbisogni della popolazione abruzzese e con le opportunità offerte dall'evoluzione della pratica clinica e dalle moderne tecnologie”;
- il citato programma operativo ha previsto, a tal fine, in un'apposita Azione (Azione 3 - , “Residenzialità e semiresidenzialità”), che prevede che nelle aree assistenziali nelle quali l'attuale offerta di prestazioni residenziali semiresidenziali risulta eccedente il fabbisogno regionale e territoriale - in particolare la disabilità, la riabilitazione e la salute mentale - vengano definite proposte di rimodulazione dell'offerta privata, attraverso la riorganizzazione e la riconversione delle strutture, d'intesa con le Aziende USL di afferenza e gli erogatori privati interessati, e che nelle aree assistenziali nelle quali l'offerta risulta carente per la parte del fabbisogno non coperta dal processo di riconversione di cui sopra e dalle attività erogate dalle strutture pubbliche, ciascuna ASL definisca, d'intesa con i competenti organi regionali, un piano di attivazione di nuove strutture sanitarie;
- il Decreto del commissario ad Acta n. 20/2014 del 19 febbraio 2014, recante “Avvio del procedimento di riorganizzazione della rete regionale dei servizi territoriali a carattere residenziale e semiresidenziale”, ha definito modalità e condizioni del processo di riorganizzazione della rete residenziale e semiresidenziale, demandando alle singole Aziende USL l'elaborazione di proposte di riorganizzazione di concerto con le

strutture private nelle tipologie assistenziali caratterizzate da eccesso di offerta di posti letto rispetto al fabbisogno calcolato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 52/2012 dell'11 ottobre 2012, recante "Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e Dipendenze patologiche";

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 1° aprile 2015, "Procedimento di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale.- Approvazione del programma di riconversione delle strutture Area anziani non autosufficienti - Disabilità - Riabilitazione" ha approvato il programma, definito secondo le procedure di cui al citato Decreto 20/2014, di riduzione o riconversione dell'offerta degli enti pubblici e privati operanti nelle Aree assistenziali degli Anziani non autosufficienti e della Disabilità-Riabilitazione ed i relativi progetti di riorganizzazione;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 1° aprile 2015, ed in particolare l'Allegato 1, parte integrante e sostanziale dello stesso, che riporta, per ciascun erogatore, il numero dei posti letto per tipologia di struttura assistenziale da autorizzare ed accreditare a seguito del processo di riconversione;

CONSIDERATO che in note indirizzate all'Organo Commissariale e custodite agli atti dello stesso, varie strutture private interessate dal processo di riconversione hanno fatto rilevare errori materiali nel citato Allegato 1;

VISTA la nota del Servizio Programmazione Sanitaria, prot. n. RA/114741/DG19 del 30 aprile 2015, con la quale è stato chiesto alle Aziende USL di evidenziare errori materiali o difformità nel contenuto del citato Allegato 1 del Decreto commissariale n. 38/2015 rispetto alle proposte di adeguamento dell'offerta di prestazioni extraospedaliere residenziali e semiresidenziali nelle Aree assistenziali degli Anziani non autosufficienti e della Disabilità-Riabilitazione a suo tempo avanzate;

VISTE le note, anche di riscontro alla citata richiesta, che le Aziende USL hanno trasmesso con le missive di seguito indicate conservate agli atti dell'Ufficio del Commissario ad Acta e del Dipartimento regionale per la Salute e il Welfare:

- prot. n. 33882/15 del 13.05.2015 della Direzione Generale della ASL di Teramo, acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare con numero RA/133434 del 19 maggio 2015;
- prot. n. 20559 U15-CH del 23 aprile 2015 della Direzione Sanitaria della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti, acquisita al protocollo con numero RA/112295 del 28 aprile 2015;
- prot. n. 313/U/UCVP del 23 aprile 2015 della UOS Coordinamento Verifiche Prestazionali e MCQ della ASL di Pescara, acquisita al protocollo con numero RA/109798 del 24 aprile 2015;
- mail acquisita dal Servizio Programmazione Sanitaria con prot. n. RA/128356/DG19 del 14 maggio 2015 del responsabile del controllo di gestione della ASL di Avezzano-Sulmona, L'Aquila;

RITENUTO di modificare di conseguenza, secondo le indicazioni contenute nelle citate note, l'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 1° aprile 2015;

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

STABILITO di pubblicare il presente provvedimento sul BURAT con valore di notifica notiziandone le Aziende USL regionali, i Comuni, gli erogatori privati in possesso dei titoli di cui agli articoli 11 e 12 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii;

Tutto ciò premesso

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DECRETA

- **di sostituire** l'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 1° aprile 2015, recante "Procedimento di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale.- Approvazione del programma di riconversione delle strutture Area anziani non autosufficienti - Disabilità - Riabilitazione" , con l'Allegato1 al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURAT con valore di notifica, notiziandone le Aziende USL, i Comuni, gli erogatori privati in possesso dei titoli di cui agli articoli 11 e 12 della LR n. 32/2007e ss.mm.ii;
- **di trasmettere** il presente decreto al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della Salute per la relativa validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

	Area Anziani e Demenza				Area Disabilità e Riabilitazione				Altre Aree Assistenziali					
	RP Anziani (ex RA)	RSA Anziani	RSA Demenza	Semin. Demenza	Totale	Centri diurni per lo sport/affidamento	Residenze Riabilitaz. estensiva	Residenze Riabilitaz. intensiva		RP Disabili	RSA Disabili	Semin. Riabilitaz. Estensive	Semin. Disabili (*)	USAP
Residenza per Anziani "La casa del sole" - Ortona	50				50									
Residenza "La scuola" - Triggiano	20				20				28					28
San Vitale - San Salvo		32			32									
Santa Rita Srl - Santa Maria Imbaro		40			40									
Totale ASL 02 - Lanciano - Vasto - Chieti	475	216	80	20	791	92	150	80	267	106	30	122	30	877
ASL 03 - Pescara														
Centro Impiantistica Sanitaria Europea - CISE Srl - Montebelluno		36			36									
Fondazione Fratelli Magliola - Citar' Sant'Angelo	70				70									
Fondazione Paolo IV - Pescara - CentroTabar						20								35
Fondazione Paolo IV - Penne - San Massimo														55
Fondazione Paolo IV - Pescara - Nazareth	60				60									
Fondazione Paolo IV - Chetani - La Sorella	20				20									
Fondazione Paolo IV - Vico - La Rondine														
Fondazione Paolo IV - Pescara - Via Pesaro 8														15
Fondazione Paolo IV - Castiglione a Casauria - Centro riabilitativo San Clemente	52				52				25		30	10		65
Fondazione Paolo IV - Bolognaro - Madonna del Monte						20								50
Fondazione Piccola Opera Caritas - Spoltore							16							16
Istituto Don orione - Pescara				30	30				20					16
Residenza "Il Giardino" Spa - Pignoli	63				63									120
RSA Azzara - Villa Serena - Citar' Sant'Angelo		60			60									
RSA Miraglia d'Orto De Casamò - Spoltore		90	14		104									
Totale ASL 03 - Pescara	265	126	94	30	515	40	16	20	60	86	160	160	16	382
ASL 04 - Teramo														
ANPASS ONLUS - Centro di Riabilitazione Sant'Alto - Teramo									22			70		92
ANPASS ONLUS - Via Tansoni - Teramo						20								20
Centro Sant'Alipio - Villa Serena - Pineda														16
City Residence IS ENCO - Teramo	24				24				47					71
Cooperativa Sociale "Quadrifoglio" ONLUS - Giulianova	30	20	10		60									220
Fondazione Piccola Opera Caritas - Giulianova	20				20									
Fondazione Piccola Opera Caritas - Colonnese														
RSA Paternoster - C. de' Crociani		40			40									
Residenza Assistentiale Alessandro	73				73									
Residenza Assistentiale De Benedetti	142				142									
RSA Anziani - Castelli		40			40									
Totale ASL 04 - Teramo	269	100	10		379	20	55	47	62	40	99	120	16	410
TOTALE ABRUZZO	1.280	682	288	50	2.300	152	313	190	564	197	186	510	62	2.117

del 01. Lug. 2015
n. 67
Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA
15 (**)



Note: (1) In tale tipologia sono ricomprese anche prestazioni a carattere socio-sanitario
 (*) 40 posti letto di Residenza per i disabili del comportamento alimentare
 (**) 16 posti letto di Comunità coppia disabili + 15 posti letto di Comunità di Prima Accoglienza - Area Dipendenze patologiche
 (***) I posti letto sono inteso come ricoveri in prestazioni ambulatoriali e domiciliari
 Nota bene: con apposito provvedimento si procederà alla precisazione delle tipologie di "Semiresidenze"



ALLEGATO 1
 RICONVERSIONE PER ERGOGATORI DI RESIDENZE E SEMIRESIDENZE - AREE ASSISTENZIALI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILITÀ E RIABILITAZIONE

	Area Anziani e Demenza			Area Disabilità e Riabilitazione						Totale	Altre Aree Assistenziali		
	RP Anziani (es RA)	RSA Anziani	RSA Demenza	Semires. demenza	Totale	Casi di cui per lo spettro autistico	Residenze Riabilit. estensiva	Residenze Riabilit. intensiva	RP Disabili			RSA Disabili	Semir. Riabilit. Estensiva
ASL 01 - Avezzano-Sulmona-L'Aquila													
Residenza Assistenziale per Anziani ex ONPI - L'Aquila	40				40								
Residenza Assistenziale di Montenero	10	30			40				10	10			
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Avezzano											13	25	38
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Sulmona											13	25	38
Fondazione Paolo VI - Centro San Venanzio - Rieti												20	20
IRI - Castello	100	36	10		146				51	10		61	61
Istituto Don Orione - Avezzano		29			29					15		15	15
Nova Salus s.r.l. - Trivento		24			24			30	20			6	56
Opera Santa Maria della Pace - Celano		20	30		50								
Opera Santa Maria della Pace - Fontecchio	10	18	36		64				4	6			10
Par. Cristo - Castel di Sangro	8	30	16		54								
Sangro Gestioni - San Domenico - Villalago		17			17								
San Raffaele - Sulmona		14	12		26		25	10	40	10			85
Villa Donata - Scoppato		83	22		105		37	16	10			32	85
Totale ASL 01 - Avezzano-Sulmona-L'Aquila	251	240	134		565		92	46	115	51	26	108	438
ASL 02 - Lanciano - Vasto - Chieti													
Casa di Cura Privata Santa Camilla Spa - Chieti		20			20			40					20
Casa di Sollevio "Figlio di San Camillo" - Buschignone	40		20		60			60		20			60
Casa religiosa Antoniano - Lanciano	60				60								
Centro Assai. Anziani Carlo Strozzi - "San. Bonelli" - Guardigliere	25				25								
Cooperative Sociale Fraternalis - Castel Frusiano	30				30								
EDOS Srl - Villa San Giovanni - San Giovanni Teatino		38			38					11			11
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Gissi									40	40			80
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Lanciano													
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Vasto - via Duinaiale 116		40	40		80		40	20	15	15		20	120
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Vasto - Azzurra													
Fondazione Padre Alberto Milano ONLUS - Vasto - Villa del Sole													
Fondazione Paolo IV - Chieti - Sverigliano						15							
Fondazione Piccola Opere Caritas - Chieti													
Residenza Il Chiodo - Celano Sul Tigno		25			25								
Il Chiodo ONLUS - Lanciano													
Il Chiodo ONLUS - Vasto							44						44
Istituto Riuniti San Giovanni Battista - Chieti	110				110		33						33
Istituto dei Sacri Cuori di Gesù e Maria - Lanciano	35				35				68				68
Istituto dei Sacri Cuori di Gesù e Maria - San Vito Chiestino	25				25								
Istituto Santa Caterina - Pinesciville e Mare													
Lido Srl - Il Castello - Chieti													
Lido Srl - T. Berardi - Ortona	80				80								
CUSE srl - Medica Centro Santa Maria Ausiliatrice - Pavia													
Montefranco Srl - Casalbordino - Dama Prete		20	20		40			20					60
Montefranco Srl - Lanciano - Istituto Villa Giulia								30				12	42

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA
 del 01 Lug. 2015

DECRETO06.07.2015 n. 68

Adesione all'accordo Interregionale finalizzato all'aggiudicazione dell'appalto interregionale per il servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali delle Regioni e Province autonome aderenti all'Accordo e produzione, stoccaggio e consegna di emoderivati - Capofila Regione Veneto .

IL COMMISSARIO AD ACTA

Omissis

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di aderire** al nuovo all'accordo interregionale per il servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali delle regioni e province autonome aderenti all'Accordo e produzione, stoccaggio e consegna di emoderivati, conferendo formale delega alla Regione Veneto, in qualità di capofila e stazione appaltante, per l'indizione del bando di gara ;
2. **di dare mandato** al competente Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale del Dipartimento per la Salute e il Welfare ed al Centro Regionale Sangue di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 04 del 28 gennaio 2013, di provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'indizione di gara di concerto con gli uffici competenti della Regione Veneto nonché alla gestione successiva dei rapporti con le strutture trasfusionali regionali e con la ditta aggiudicataria dell'appalto;
3. **di dare mandato** al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale del Dipartimento per la Salute ed il Welfare le attività di coordinamento e vigilanza sull'accordo di cui al presente Decreto nonché l'attuazione di tutti gli adempimenti necessari per la corretta attività oggetto dell'accordo stesso;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento, per i successivi

adempimenti di competenza, alla Regione Veneto;

5. **di dare atto** che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
6. **di pubblicare** il presente provvedimento per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;
7. **di trasmettere** il presente atto al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale, costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la dovuta validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA

Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO06.07.2015 n. 69

Ricognizione dei Centri e degli Studi professionali di Medicina dello Sport autorizzati ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, come modificato dall'art. 12, comma 1, della L.R. 8 gennaio 2015, n. 1

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 ss.mm.ii;

VISTO il Decreto Commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 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;

ATTESO CHE tra le materie di competenza del Commissario è prevista la "attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante

adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTA la L.R. 12 novembre 1997, n. 132, avente ad oggetto la “Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive”;

VISTO in particolare l’art. 3 della predetta legge, che definisce le strutture presso le quali possono essere effettuati gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1992 e ss.mm.ii;

RICHIAMATA la Nota Commissariale prot. n. RA50580/COMM del 21 febbraio 2013, in cui si forniscono ai Comuni e alle Aziende Unità Sanitarie Locali alcuni chiarimenti in ordine alle procedure di autorizzazione delle strutture sanitarie qualificabili come “Centri di Medicina dello Sport” o “Studi professionali di Medicina dello Sport”;

RILEVATO in particolare che, secondo quanto chiarito dalla nota predetta, la L.R. 32/2007, cit., è sopravvenuta a regolare l’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di tutte le strutture che esercitano attività sanitaria, ai sensi del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., abrogando in parte qua le disposizioni della L.R. 132/1997 che stabilivano le modalità di autorizzazione delle strutture qualificabili come Centri di Medicina dello Sport;

VISTA la L.R. 8 gennaio 2015, n. 1, art. 12, che ha novellato l’art. 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, nella parte in cui indica quali strutture sanitarie di medicina sportiva possono eseguire gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica;

CONSIDERATO che il testo previgente dell’art. 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, stabiliva che “gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche possono essere effettuati esclusivamente all’interno delle seguenti strutture:

1. Servizi di Medicina dello Sport;
- 1 bis) Studi professionali specialisti in Medicina dello Sport;
2. Centri riconosciuti della Federazione Medico Sportiva Italiana e Centri Universitari di Medicina dello Sport”;

CONSIDERATO che la novella legislativa introdotta con la L.R. 1/2015, così dispone: “All’articolo 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132 “Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive”, le parole “2. Centri riconosciuti della Federazione Medico Sportiva Italiana e Centri Universitari di Medicina dello Sport. Tali Centri possono chiedere l’accreditamento a livello regionale” sono sostituite dalle seguenti: “2. Centri di Medicina dello Sport regolarmente autorizzati in rispetto della L.R. 31 luglio 2007, n. 32 e successive modificazioni, Centri riconosciuti della Federazione Medico Sportiva Italiana e Centri Universitari di Medicina dello Sport. Tali Centri possono chiedere l’accreditamento a livello regionale”;

DATO ATTO, pertanto, che, per effetto dell’entrata in vigore della L.R. 1/2015, ovvero dalla data del 15 gennaio 2015 (cfr., art. 17), gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche possono essere effettuati da tutti i Centri che risultino regolarmente autorizzati ai sensi della L.R. n.32/2007;

RILEVATO che il Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela e della salute mentale e dipendenze del Dipartimento per la Salute e il Welfare, con Nota n. RA20231/DG16 del 26.01.2015, allegata al presente atto, ha formulato un quesito all’Avvocatura Regionale in ordine all’interpretazione della norma, come modificata;

VISTO il parere reso dall’Avvocatura Regionale con Nota n. 3296/PA15/15 del 23 aprile 2015, allegata al presente atto, in cui si chiarisce che la norma esprime la volontà del legislatore di ancorare lo svolgimento dell’attività di certificazione dei Centri all’esito del rilascio dell’autorizzazione comunale alla realizzazione e all’esercizio della struttura previo nulla osta di compatibilità programmatica da parte della Regione Abruzzo, senza necessità di alcun ulteriore atto autorizzativo regionale e fatta salva la necessità che la Regione Abruzzo sia sempre formalmente e tempestivamente notiziata dai Comuni dell’avvenuta verifica dei presupposti di legge per l’apertura delle dette strutture;

DATO ATTO che pertanto le strutture in parola, alle quali i Comuni rilasciano l'autorizzazione all'esercizio (art. 4 della L.R. 32/2007), previa verifica della compatibilità con quanto previsto dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale (art. 3 della L.R. 32/2007), devono ritenersi autorizzate, senza ulteriori provvedimenti regionali, ad eseguire gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche;

CONSIDERATO che, ai sensi della L.R. 132/1997, Le Società e le organizzazioni sportive sono tenute, sotto la propria responsabilità, a subordinare il tesseramento e la partecipazione all'attività sportiva dei propri iscritti agli accertamenti ed alle certificazioni, conservando ai propri atti i relativi certificati per il periodo di validità e verificandone le scadenze, e che in particolare esse, ai fini della pratica sportiva agonistica, non debbono accettare, in quanto privi di validità medico-legale, i certificati rilasciati da strutture e da professionisti diversi da quelli indicati nella legge stessa;

DATO ATTO che allo stato attuale, non sussistendo la necessità di una specifica autorizzazione regionale per il rilascio delle certificazioni finalizzate alla pratica sportiva agonistica in favore delle strutture autorizzate ai sensi della L.R. 32/2007, appare necessario effettuare una ricognizione delle strutture autorizzate all'esercizio dai Comuni, anche ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, comma 5, della L.R. 132/1997 e a fini di certezza del diritto;

RILEVATA la necessità di identificare, in relazione a quanto premesso, le strutture private che a seguito della modifica legislativa devono ritenersi autorizzate ad eseguire gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche;

DATO ATTO, siccome agli atti del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela e della salute mentale e dipendenze del Dipartimento per la Salute e il Welfare degli aggiornamenti forniti, con Nota Prot. n. RA 125053 del 12 maggio 2015, dal Servizio Programmazione sanitaria del medesimo

Dipartimento in ordine a tutte le strutture (Centri/Studi professionali) ai quali è stato rilasciato nulla osta di compatibilità programmatoria ai sensi dell'art. 3 della L.R. n. 32/2007;

CONSIDERATO che, sulla scorta di tale comunicazione, il Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela e della salute mentale e dipendenze ha richiesto ai Comuni competenti copia dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio eventualmente rilasciati alle predette strutture e che i Comuni interessati hanno fornito riscontro, producendone copia dell'autorizzazione all'esercizio, siccome di seguito indicato:

Comune Nome struttura Estremi
autorizzazione all'esercizio
Castel di Sangro Sangro Health System S.r.l. n.
466 del 07.10.2014
Montesilvano Medical Center S.r.l. n. 11 del
18.04.2013

DATO ATTO, altresì, degli atti autorizzativi comunali già agli atti del Dipartimento per la Salute e il Welfare, che si indicano di seguito:

Comune Nome struttura Estremi
autorizzazione all'esercizio
Castel di Sangro Sangro Health System S.r.l. n.
466 del 07.10.2014
Montesilvano Medical Center S.r.l. n. 11 del
18.04.2013

RILEVATO che, sulla scorta degli aggiornamenti forniti dai Comuni, possono essere identificate le strutture da considerarsi autorizzate, ai sensi della L.R. n. 1/2015, ad effettuare gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche, unitamente a tutte le strutture private (Centri FMSI e Studi professionali) già titolari della predetta autorizzazione;

CONSIDERATO che il presente provvedimento riveste carattere di urgenza e che, pertanto, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di precisare** che, a seguito dell'entrata in vigore della L.R. 8 gennaio 2015, n. 1, i Centri di Medicina dello Sport e gli Studi professionali specialisti in Medicina dello Sport, attualmente autorizzati, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, ad effettuare gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e successive modifiche, sono quelli di cui all'elenco contenuto nell'allegato "A", da ritenersi parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. **di precisare** che, laddove i Centri non riconosciuti dalla Federazione Medico Sportiva Italiana siano stati autorizzati all'esercizio, ai sensi della L.R. n. 32/2007, anteriormente all'entrata in vigore della L.R. 1/2015, la possibilità per gli stessi di effettuare gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1992 e ss.mm.ii. debba riconoscersi solo a seguito e per effetto dell'entrata in vigore della legge 1/2015;
3. **di stabilire** che l'elenco dei Centri di Medicina dello Sport e gli Studi professionali specialisti in Medicina dello Sport, autorizzati ai sensi dell'art. 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, ad effettuare gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica, sia aggiornato con cadenza bimestrale, ove risulti il rilascio di nuove autorizzazioni all'esercizio da parte dei Comuni, sino ad esaurimento del fabbisogno di cui all'art. 3 della L.R. n. 32/2007, ed in seguito, ogni volta che si verificano i presupposti per la revisione dell'elenco delle strutture autorizzate;
4. **di disporre** la pubblicazione del presente atto deliberativo sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo e sul sito istituzionale dell'Ente, nonché la notificazione ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

REGIONE
ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

UFFICIO DEL COMMISSARIO AD ACTA

Pescara, 13 LUG. 2015

Prot. n. RA 184163 /COMM.

*Al Ministero dell'Economia
e delle Finanze
Dipartimento della Ragioneria
Generale dello Stato
Via XX Settembre
00187 ROMA*

*Al Ministero della Salute
Dipartimento della
Programmazione Sanitaria
Viale Giorgio Ribotta, 5
00100 ROMA*

RELAZIONE TECNICA DI ACCOMPAGNAMENTOrelativa al Decreto del Commissario ad acta n° 69 del 06 LUG. 2015

recante "Ricognizione dei Centri e degli Studi professionali di Medicina dello Sport autorizzati ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, come modificato dall'art. 12, comma 1, della L.R. 8 gennaio 2015, n. 1"

Trasmesso per successiva validazione.**1) Struttura competente:**

Ufficio del Commissario ad acta

Servizio Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di territorio, Medicina sociale, tutela della salute mentale - Ufficio Medicina sociale

Dirigente del Servizio: Dott. Germano De Sanctis - tel. ° 085/7672566

Germano.desantis@regione.abruzzo.it

Responsabile dell'Ufficio: Dott.ssa Elisabetta Comparetti - tel. n° 085/7672644

elisabetta.comparetti@regione.abruzzo.it

Via Conte di Ruvo, 74 - 65100 Pescara

DG16 GDS/EC



GIUNTA REGIONALE

2) Precedenti di riferimento

//

3) Riferimenti normativi

L.R. 12 novembre 1997, n. 132, avente ad oggetto "Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive";

L.R. 31 luglio 2007, n. 32, avente ad oggetto "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private";

4) Elementi descrittivi di sintesi del quadro

La proposta di Decreto concerne la problematica della identificazione delle strutture private, qualificabili come Centri o Studi di Medicina dello Sport, che devono ritenersi autorizzati all'esecuzione degli accertamenti e al rilascio delle certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica.

L'art. 12 della L.R. 8 gennaio 2015, n. 1, ha apportato una significativa innovazione, stabilendo che i Centri di Medicina dello Sport regolarmente autorizzati ai sensi della L.R. 31 luglio 2007 ("Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"), rientrano tra le strutture che possono eseguire gli accertamenti e il rilascio delle certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Prima di entrata in vigore della novella, che ha modificato l'art 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132 ("Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive") i soggetti autorizzabili al fine erano i Servizi di Medicina dello Sport, gli Studi professionali specialisti in Medicina dello Sport, i Centri riconosciuti della Federazione Medico Sportiva Italiana e i Centri Universitari di Medicina dello Sport.

La previsione di cui all'art. 12 della L.R. 1/2015 implica che al rilascio della autorizzazione all'esercizio dei Centri di Medicina dello sport da parte dei Comuni competenti, previo nulla osta regionale di compatibilità programmatica, consegua direttamente la possibilità per tali strutture di eseguire gli accertamenti e il rilascio delle certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica, senza necessità di ulteriore autorizzazione regionale (come chiarito anche dall'Avvocatura Regionale con parere reso con Nota prot. n° 3296/PA15/15 del 23 aprile 2015).

Ne è derivata la necessità, come risulta dalle premesse dell'atto, di procedere a indagine sulle strutture che, previo rilascio di nulla osta regionale di compatibilità programmatica, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 32/2007, avessero conseguito anche l'autorizzazione all'esercizio da parte dei Comuni; e in seguito di formalizzare l'esito di questa verifica, individuando chiaramente l'elenco dei Centri di Medicina dello Sport e degli Studi professionali specialisti in Medicina dello Sport, attualmente autorizzati, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 12 novembre 1997, n. 132, ad effettuare gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e ss. mm. ii..

REGIONE
ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

La necessità di una ricognizione, non essendo più necessaria la specifica autorizzazione regionale ma solo l'esito positivo della procedura autorizzativa di cui alla L.R. 32/2007, si ispira a precise esigenze normative (art. 3, commi 6 e 7 e art. 13, commi 1 e 21 della L.R. 132/1997) ed è giustificata da una generale esigenza di certezza del diritto, a beneficio di tutti i soggetti coinvolti (cittadini che richiedono le prestazioni, Associazioni e Federazioni sportive, Istituzioni che esercitano funzioni in materia di Medicina sportiva).

Distinti saluti.

**Il Commissario ad acta
Dott. Luciano D'Alfonso**

¹ Le Società e le organizzazioni sportive sono tenute, sotto la propria responsabilità, a subordinare il tesseramento e la partecipazione all'attività sportiva dei propri iscritti agli accertamenti ed alle certificazioni previsti dalla presente legge, conservando ai propri atti i relativi certificati per il periodo di validità e verificandone le scadenze. Le Società in parola, ai fini della pratica sportiva agonistica, non debbono accettare, in quanto privi di validità medico-legale a norma, i certificati rilasciati da strutture e da professionisti diversi da quelli specificati nella presente legge.

Allegato "A"

Studi Professionali¹ Centri di Medicina dello sport autorizzati ad effettuare accertamenti e certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. 18 febbraio 1992
Strutture private

Provincia di L'Aquila

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo sede operativa	Livello	Tipo Struttura	Aut. Comunale all'esercizio ²	Aut. Regionale ³
Studio medico associato Biasini V., Carozza M., De Angelis M., Scappito	Via Selva Piana	Via Roma n° 42	I*	Centro FMSI		D.G.R. n° 82/6 del 29.08.2005
Sangro Health System S.r.l.	Castel di Sangro	Via Umberto I n. 32	I*	Centro di Med. Sport	N° 468 del 07.10.2014	//

Provincia di Chieti

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo sede operativa	Livello	Tipo Struttura	Aut. Comunale all'esercizio	Aut. Regionale
Centro Adriatico di Medicina dello Sport	Casoli	Via Selva Piana	I*	Centro FMSI	N° 130/MDT del 31.03.2011	D.G.R. n° 220 del 18.04.2012
Studio professionale del Dr. Alberto D'Anelli	Francavilla al mare	Via Nazionale Adriatica sud n° 42	I*	Studio professionale ²	N° 77/X/07 del 02.01.2015	Det. Dir. n° DG16/01 del 14.01.2015
Bioanalis Services S.a.S.	Vesito	Via Aldo Moro n° 44/45	II*	Centro di Med. Sport	N° 18/2015 del 24.04.2015	//

Provincia di Pescara

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo sede operativa	Livello	Tipo Struttura	Aut. Comunale all'esercizio	Aut. Regionale
M.d.S. S.r.l.	Pescara	Via Tiburtina n° 75	I*	Centro FMSI		D.G.R. n° 765 del 10.07.2006
Medical Center S.r.l.	Montebelluno	Via Cavallotti n° 3/B	II*	Centro di Med. Sport	N° 11 del 18.04.2013	//
SE.GI. Services S.r.l.	Pescara	Via F.F. D'Arabis n° B	I*	Centro di Med. Sport	N° 24/95/UA/P/2014 del 22.10.2014	//

Provincia di Teramo

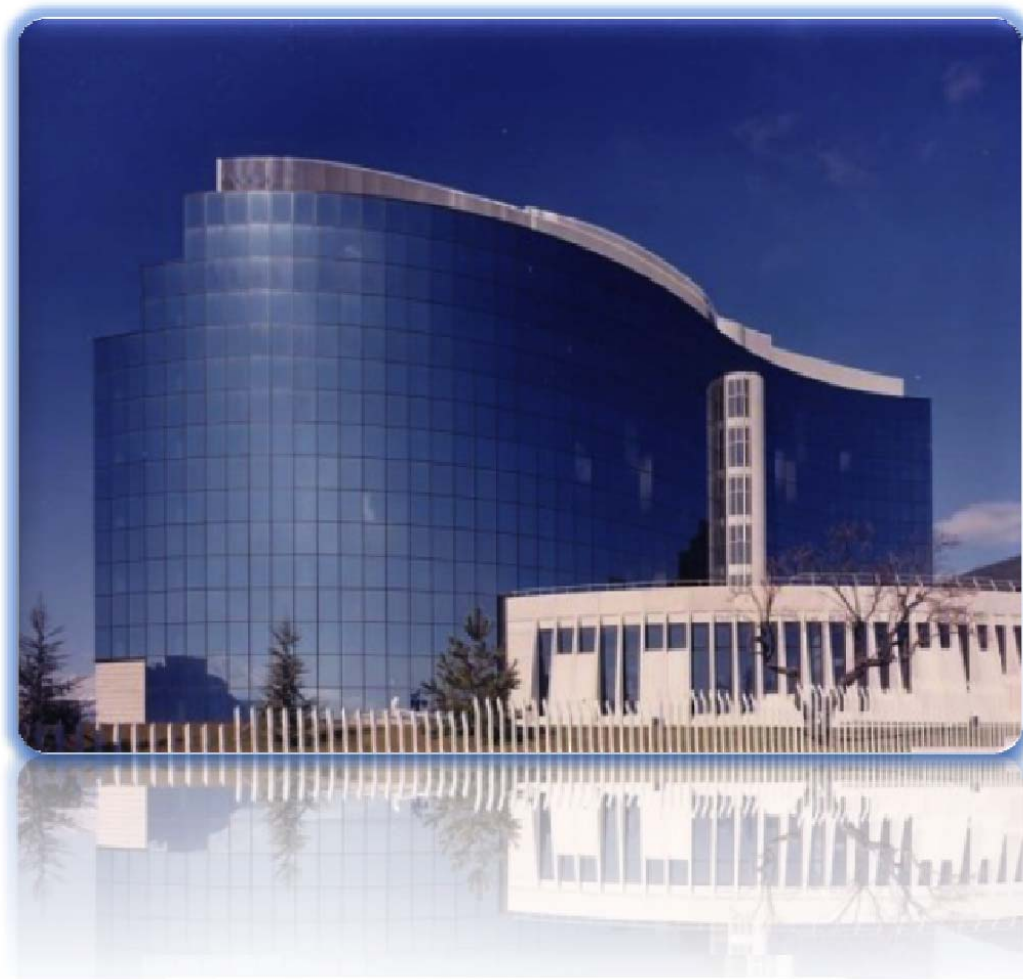
Denominazione struttura	Comune	Indirizzo sede operativa	Livello	Tipo Struttura	Aut. Comunale all'esercizio	Aut. Regionale
Centro Aquilino di Medicina dello sport	Teramo	Via Aeroporto n° 23	I*	Centro FMSI		D.G.R. n° 193 del 21.03.2011
Studio Professionale del Dr. Marco Scarpa	Colonnelle	Via C. Bertini n° 5	I*	Studio professionale	N° 63/6 del 28.07.2014	Det. Dir. N° DG16/35 del 23.08.2014
Centro di Medicina dello Sport di I° livello Dr. Giovanni Bonaduce	Montorio al Vomano	Via Piave 22/22/26	I*	Studio professionale	N° 1/2013 del 11.07.2013	Det. Dir. N° DG16/25 del 18.08.2013
"Polambulatorio Adriatico" di Nevisal S.r.l.	Mossano S. Angelo	Via della Pace n° 51	I*	Centro di Med. Sport	N° 01/2015 del 17.02.2015	//

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

69 del
07 LUG. 2015



¹ Le strutture dotate della sola autorizzazione comunale all'esercizio sono quelle abilitate ai sensi della L.R. 1/2015
² Le strutture in possesso di autorizzazione regionale sono quelle autorizzate prima della modifica di cui alla L.R. 1/2015
³ Gli studi professionali sono stati autorizzati a seguito dell'entrata in vigore della L.R.67/2012



**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