



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 30 del 26 Febbraio 2016

DECRETI COMMISSARIO AD ACTA

Vendita e Informazioni

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

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

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

Avviso per gli abbonati

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

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

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

PARTE PRIMA

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

PARTE SECONDA

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

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".

2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".

3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

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

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

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/07/2014)

DECRETO 07.01.2016 N. 01

Rettifiche al Decreto del Commissario ad Acta N. 67/2015 del 1° Luglio 2015.4

DECRETO 07.01.2016 n. 02

Proroga al 31 dicembre 2016 delle Convenzioni stipulate tra Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue e Regione Abruzzo per la partecipazione alle attività trasfusionali, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005 n. 219 - Decreto del Commissario ad Acta n. 34/20139

DECRETO 07.01.2016 n. 03

Adozione del "Protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico accidentale – Regione Abruzzo" ...9

DECRETO 11.01.2016 n. 04

Cessione del ramo di azienda "Villa Pini" dalla società Casa di Cura Privata Santa camilla s.p.a. alle società Casa di Cura privata Villa Serena S.r.l. e Synergo s.r.l. – Presa d'atto – Voltura dell'accREDITAMENTO predefinitivo e autorizzazione al trasferimento ed alla riorganizzazione delle attività.36

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 07.01.2016 N. 01

Rettifiche al Decreto del Commissario ad Acta N. 67/2015 del 1° Luglio 2015.**IL COMMISSARIO AD ACTA**

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo 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 con 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", si sono definite 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 ("Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e Dipendenze patologiche");
- che con il Decreto del Commissario ad Acta 38/2015 del 1° aprile 2015, così come modificato dal Decreto del Commissario ad acta n. 67/2015 del 1° luglio, è stata portata a compimento la fase programmatica, definita secondo le procedure di cui al citato Decreto 20/2014, del procedimento di riconversione dell'offerta degli enti pubblici e privati operanti nell'Area Assistenziale della Disabilità-Riabilitazione, approvandone i relativi progetti di riorganizzazione;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 67/2015 del 1° luglio 2015, recante "Modifiche al decreto del Commissario ad acta n. 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”;

VISTO in particolare l’Allegato 1, parte integrante e sostanziale del citato Decreto 67/2015 che riporta, per ciascun erogatore, il numero dei posti letto per setting assistenziale da autorizzare ed accreditare a seguito del processo di riconversione;

VISTA la nota della Fondazione Il Cireneo ONLUS per l’autismo prot. n. 00160/2015 del 27 agosto 2015, acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 3 settembre 2015 (numero RA/223941), con la quale la suddetta Fondazione tra l’altro segnala un errore materiale nell’Allegato 1, laddove “il numero di posti indicati nella sede di Vasto de Il Cireneo è stato di 33, mentre gli atti autorizzativi e di accreditamento rilasciati alla Fondazione indicano più correttamente il numero di 44 posti”;

VISTO il provvedimento n. 13/2013, con il quale il Comune di Vasto ha rilasciato alla Fondazione Il Cireneo ONLUS per l’autismo l’autorizzazione definitiva all’esercizio di prestazioni di centro diurno per lo spettro autistico per complessive 44 prestazioni giornaliere;

VISTA la nota della Fondazione ANFFAS ONLUS di Teramo, prot. n. 72/2015 del 19 ottobre 2015, acquisita al protocollo del Dipartimento per la salute e il Welfare in data 20 ottobre 2015 (numero RA/263833) con la quale la suddetta Fondazione segnala che nell’Allegato 1 del decreto 67/2015 sono stati attribuiti alla struttura residenziale denominata “La Dimora” ubicata in Teramo e gestita dalla Fondazione medesima 22 posti letto di RP disabili, che non sono oggetto di riconversione, quanto piuttosto di domanda di nuova realizzazione ai sensi dell’articolo 3 della LR 32/2007;

VISTI gli atti del Servizio Programmazione Socio Sanitaria, dai quali risulta confermata la presenza dell’istanza ai sensi dell’articolo 3 della LR 32/2007 alla trasformazione da struttura residenziale per l’assistenza ai disabili del tipo “dopo di Noi” a Residenza Protetta per disabili, per complessivi 22 posti letto, inoltrata al competente Comune di Teramo in data 15/07/2013, che ha ottenuto il

parere favorevole del competente Dipartimento di Prevenzione della ASL 4 Teramo in data 19/09/2015, e che quindi tale istanza non è relativa a strutture oggetto del procedimento di riconversione attivato con i citati Decreti 20/2013 e 133/2013;

VISTA la nota della Fondazione Opera Santa Maria della Pace di Fontecchio, prot. n. 152 del 17 luglio 2015, acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 23 luglio 2015 (numero RA/194391), con la quale la suddetta Fondazione tra l’altro segnala che nell’Allegato 1 del decreto 67/2015 sono stati attribuiti alla RSA di Fontecchio della Fondazione medesima 6 posti letto di RSA anziani in meno (18 anziché 24) rispetto a quelli già predefinitivamente accreditati;

VISTA l’ulteriore nota della Fondazione Opera Santa Maria della Pace di Fontecchio, prot. n. PS166 del 9 ottobre 2015, acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare in data 12 ottobre 2015 (numero RA/256631), con la quale la suddetta Fondazione tra l’altro segnala che nell’Allegato 1 del decreto 67/2015 sono stati tra l’altro attribuiti alla sede di Fontecchio della Fondazione medesima 18 posti letto di RSA Anziani e 10 di RP (ex RA) Disabili, anziché rispettivamente 24 e 30 posti letto – oltre che 36 posti letto di RSA Demenze, 6 posti letto di RSA Disabili e 4 posti letto di RA disabili, per un totale complessivo di 100 posti letto - concordati con la Azienda USL di Avezzano-Sulmona-L’Aquila nell’ambito del procedimento di riconversione delle strutture residenziali e semiresidenziali avviato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 20 e concluso con il decreto 67/2015;

VISTA la 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, con la quale l’Azienda medesima – a riscontro della nota del Servizio Programmazione Socio 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 dell’Allegato 1 del Decreto commissariale n. 38/2015 rispetto alle proposte di adeguamento dell’offerta di prestazioni extraospedaliere residenziali e

semiresidenziali a suo tempo avanzate - ha tra l'altro confermato la proposta, avanzata con precedente nota, di assegnare alla RSA di Fontecchio della Fondazione Opera Santa Maria della Pace 18 posti letto di RSA Anziani, 36 posti letto di RSA Demenze e 10 posti letto di RP Anziani, oltre a 4 posti letto di RP disabili e 6 posti letto di RSA disabili, per un totale di 74 posti letto;

RILEVATO pertanto che l'attribuzione nei Decreti 38/2015 e 67/2015 alla RSA della Fondazione Opera Santa Maria della Pace di Fontecchio di n. 6 posti letto di RP Anziani in meno rispetto a quelli già provvisoriamente accreditati, coerente con la proposta dell'Azienda USL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, è un mero errore materiale, trattandosi di posti letto per l'assistenza agli Anziani non autosufficienti che non sono oggetto del procedimento di riconversione avviato con il decreto 20/2014 e concluso con il decreto 67/2015;

VISTA la nota dell'Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti prot. n. 372011U15-CH del 30.07.2015, acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare del 4 agosto 2015, (numero RA/203800), con la quale l'Azienda segnala difformità rispetto alla propria proposta e/o alla situazione autorizzatoria delle strutture "Padre Alberto Mileno ONLUS (Via Dalmazia n. 116 - Vasto)", "Il Cireneo ONLUS - Vasto", "Fondazione Piccola Opera Charitas (Chieti)", "Monteferrante S.r.l. - Istituto di Riabilitazione Villa Giulia (Lanciano);

VISTA la Disposizione del Commissario ad acta numero RA/280821/COMM del 9 novembre 2015, avente ad oggetto "Rimodulazione posti letto strutture residenziali - Costituzione gruppo di lavoro", con la quale, in considerazione della complessità degli atti endoprocedimentali e dispositivi posti e da porre in essere per la rimodulazione della rete residenziale e semiresidenziale extraospedaliera e della trasversalità che il procedimento assume rispetto all'organizzazione degli Uffici commissariali, è stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dal direttore dell'Agenzia Sanitaria regionale, con il compito di produrre apposito documento tecnico-istruttorio da trasmettere al

Dipartimento salute e Welfare per l'adozione dei successivi atti;

RITENUTO, nelle more della conclusione del lavoro del gruppo sopra citato, di procedere alla rettifica, tra le anomalie segnalate dalle strutture di che trattasi, esclusivamente di quelle dovute a meri errori materiali rispetto al numero di posti letto effettivamente accreditati alle strutture e/o a quelli proposti dalle Aziende USL competenti per territorio ai fini dell'attuazione del decreto 20/2014:

RITENUTO altresì di confermare che la compiuta definizione dei settings assistenziali di semiresidenze per disabili, nonché del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, domiciliari ed extramurali all'esito del citato procedimento di riconversione, avverranno con appositi e distinti atti;

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 BURA con valore di notifica notiziandone le Aziende USL regionali, i Comuni e gli erogatori privati interessati;

Tutto ciò premesso

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

DECRETA

1. **di rettificare** l'Allegato 1 del decreto del Commissario ad Acta n. 67/2015 del 1° luglio 2015, avente ad oggetto "Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. 38/2015 del 23/03/2015, 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", nelle righe intestate "ANFASS ONLUS Centro di Riabilitazione Sant'Atto- Teramo" "Il Cireneo ONLUS - Vasto", "Opera Santa Maria della Pace -

Fontecchio” , “Padre Alberto Mileno ONLUS (Via Dalmazia n. 116 - Vasto)”, “Il Cireneo ONLUS - Vasto”, “Fondazione Piccola Opera Caritas (Chieti)”, “Monteferrante S.r.l. - Istituto di Riabilitazione Villa Giulia (Lanciano) e nei corrispondenti totali, sostituendole come da Allegato 1 al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

2. **di confermare** che con successivi atti si provvederà alla definizione delle caratteristiche strutturali e delle tariffe delle semiresidenze per anziani e disabili, nonché alla definizione del fabbisogno delle prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, extramurale e domiciliari;
3. **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURA con valore di notifica, notiziandone le Aziende USL, i Comuni e le strutture interessate;
4. **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

Allegato 1

		Area Anziani e Demenze							Area Disabilita e Riabilitazione						
		RP Anziani (ex-RA)	RSA Anziani	RSA Demenze	Semires. demenze	Totale	Centri diurni per lo spettro autistico	Residenze di Riabilitazione estensiva	Residenze di Riabilitazione Intensiva	RP Disabili	RSA Disabili	Semir Riabilitaz. Estensiva	Semiresid. Disabili	USAP	Totale
ALLEGATO 1 - Rettifiche all'Allegato 1 del DCA 67/2015		10	24	36		70			4	6				10	
Opera Santa Maria della Pace - Fontecchio		251	246	104		603		92	46	115	51	26	108	438	
Totale ASL 01 - Avezzano-Sulmona-L'Aquila															
Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS - Vasto - via Dalmazia 116			40	40		80		40	20	15	15	20	10	120	
Fondazione Piccola Opera Caritas - Chieti							44	0					25	44	
Il Ciriaco ONLUS - Vasto														42	
Monteferrante Srl - Lanciano - Istituto Villa Giulia								30				12		42	
Totale ASL 02 - Lanciano - Vasto - Chieti		475	216	80	20	791		150	80	267	106	62	127	103	
ANIFFASS ONLUS - Centro di Riabilitazione Sant'Atto - Teramo														70	
Totale ASL 04 - Teramo		289	100	10		399		55	47	40	40	50	120	388	
TOTALE ABRUZZO		1.280	688	288	50	2.308		313	193	482	197	218	515	62	
														2.143	

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 01 del 07 GEN. 2016



DECRETO 07.01.2016 n. 02

Proroga al 31 dicembre 2016 delle Convenzioni stipulate tra Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue e Regione Abruzzo per la partecipazione alle attività trasfusionali, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005 n. 219 - Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2013

IL COMMISSARIO AD ACTA

Omissis

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** lo schema di convenzione (allegato 2 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) tra le Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue in premessa indicate e la Regione Abruzzo per la partecipazione alle attività trasfusionali nell'anno 2016, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005 n. 219 nonché dell'Accordo n. 115/CSR sancito in data 20 marzo 2008 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
2. **di precisare** che, per quanto riguarda la regolamentazione dei rapporti tra le Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue e la Regione Abruzzo per la partecipazione alle attività trasfusionali nell'anno 2016 restano vigenti le modalità e le condizioni previste nelle convenzioni stipulate ai sensi dell'allegato 1 del Decreto del Commissario ad acta n. 34/2013;
3. **di dare mandato** al Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Innovazione e Appropriatelyzza del Dipartimento per la Salute e il Welfare di sottoscrivere la convenzione di cui al punto precedente, entro 15 gg. dalla data di approvazione del presente decreto;
4. **di stabilire** l'applicazione delle medesime tariffe di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 13.05.2013 "Approvazione schema tipo convenzione tra Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue e Regione Abruzzo per la partecipazione

alle attività trasfusionali, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005 n. 219 nonché dell'Accordo n. 115/CSR sancito in data 20 marzo 2008 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano", rivalutate per l'anno 2016 in base all'indice medio FOI dell'ISTAT (prezzi al consumo per le famiglie degli operai e degli impiegati), siccome espressamente previsto dall'art. 11, comma 2 dell'Accordo n. 115/CSR sancito in data 20 marzo 2008 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

5. **di trasmettere** il presente provvedimento per gli adempimenti di competenza, ai Legali rappresentanti delle Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue che hanno sottoscritto le Convenzioni in essere, ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. della Regione, nonché al Direttore del Centro Regionale Sangue, ai Responsabili dei Servizi Trasfusionali regionali ed al Direttore del Centro Nazionale Sangue;
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

DECRETO 07.01.2016 n. 03

Adozione del "Protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico accidentale - Regione Abruzzo".

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";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 31 maggio 2010, n. 441 ad oggetto "Servizio di Elisoccorso nell'ambito del sistema di Emergenza e Urgenza Sanitaria - 118 - Rinnovo Protocollo Operativo con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico, S.A.S.A. - Servizio Regionale Abruzzo e Rimborso Spese";

VISTA la nota prot. n. RA/236329/DG13 del 25 settembre 2013, con cui la Regione Abruzzo, nelle more della definizione della procedura amministrativa per il rinnovo, dopo il primo triennio, del protocollo operativo con CNSAS-

S.A.S.A. ha prorogato il rapporto convenzionale in essere dal 2010 in virtù delle vigenti disposizioni di legge e in modo particolare dell'art. 2 della Legge 21 marzo 2001 n. 74, che sancisce lo stretto coordinamento tra il CNSAS e il Servizio Sanitario Regionale con particolare riguardo ai servizi di emergenza ed urgenza;

VISTA la Legge Regionale 17 aprile 2014, n. 20 ad oggetto "Disposizioni in materia di soccorso alpino e speleologico", la quale, in conformità alle leggi 21 marzo 2001 n. 74 e 18 febbraio 1992, n. 162, stabilisce che la Regione Abruzzo si avvale del S.A.S.A.-CNSAS per gli interventi di soccorso, recupero e trasporto sanitario e non sanitario in ambiente montano, ipogeo e in ogni altro ambiente ostile ed impervio del territorio regionale, in stretta collaborazione con il Sistema di Emergenza ed Urgenza Medica (SUEM) delle Aziende Unità Sanitarie Locali, attraverso il numero unico 118;

VISTO il Decreto Commissariale n. 4 del 27 gennaio 2015 avente ad oggetto "Riorganizzazione del servizio di elisoccorso nella Regione Abruzzo";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 95 del 28 settembre 2015 ad oggetto "Programma di qualificazione della Rete Emergenza Urgenza Territoriale" con cui la Regione ha approvato l'implementazione e la riqualificazione della Rete al fine di ottenere una copertura assistenziale del territorio abruzzese che coniughi efficacia e sicurezza;

CONSIDERATO che negli ultimi 5 anni l'Abruzzo, terza regione in Italia per superficie montuosa dopo Valle D'Aosta e Trentino Alto Adige e nel cui territorio sono presenti 14 comprensori sciistici, ha evidenziato una media di 1-2 decessi all'anno per fenomeni valanghivi a fronte dei 20 casi registrati nel resto d'Italia;

CONSIDERATO il particolare rischio che, per i motivi anzidetti, più persone possano andare incontro a stati d'ipotermia accidentale grave (III e IV stadio della Scala Svizzera dell'Ipotermia), che rappresentano casistiche cliniche per le quali, anche in caso di arresto cardiocircolatorio protratto, è indicato il riscaldamento presso un centro di Cardiochirurgia/Terapia intensiva dotato di Circolazione Extra Corporea (CEC);

RITENUTO necessario predisporre un protocollo operativo per la gestione e il trattamento nel più breve tempo possibile del paziente ipotermico accidentale grave;

ATTESO che la gestione del paziente ipotermico accidentale in Abruzzo dipende dalla corretta integrazione tra 118 Abruzzo Soccorso, Stazioni del Soccorso Alpino Speleologico Abruzzese del CNSAS, mezzi di soccorso, Forze di Polizia/Vigili del Fuoco, personale degli impianti sciistici, soccorritori occasionali e Reparti di Cardiocirurgia dei P.O. di Chieti e Teramo;

RITENUTO necessario e indifferibile adottare il protocollo operativo allegato al presente provvedimento, atteso che il citato documento tecnico è stato condiviso con i professionisti e gli esperti con specifica competenza nel settore, appartenenti al mondo universitario e aziendale sanitario;

VISTI gli esiti dell'incontro del Comitato Regionale Emergenza Urgenza Abruzzo (CREA) del 25.11.2015, nel corso del quale si è esaminata ed approvata all'unanimità la proposta del Protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico accidentale;

RITENUTO in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente decreto, di procederne all'inoltro ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione,

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di adottare** il "Protocollo di Trattamento e Gestione del Paziente Ipotermico Accidentale", allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di trasmettere** lo stesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione, ai Direttori delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per la relativa applicazione, al Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale ASR - Abruzzo, nonché al Servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare

per i rispettivi adempimenti di competenza;

- **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo e sul sito Web della Regione Abruzzo e, appena possibile, sul Portale ufficiale 'Abruzzo Sanità' di nuova realizzazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

MAIL DPF

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 1767 Partenza
10/12/2015



Att/DPF/DPF017
[Signature]

Pescara, 10 dicembre 2015

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento per la Salute e il Welfare
Prot. RA 313796
14 DIC. 2015

Alla cortese attenzione del

Assessore alla Programmazione Sanitaria
Dott. Silvio PAOLUCCI
SEDE

Direttore Dipartimento
per la Salute e il Welfare
Dott. Angelo MURAGLIA
SEDE

Dirigente del Servizio DPF017
Servizio Emergenza Sanitaria e
Sanità Digitale ICT
Dott.ssa Giuseppina COLAIUDA
SEDE

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento per la Salute e il Welfare
Data di arrivo 16 DIC. 2015
DPF017

OGGETTO: Trasmissione "Protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico
accidentale - Regione Abruzzo"

In ambito dell'organizzazione del Sistema Emergenza Urgenza il CREA ha ritenuto opportuno elaborare il documento in oggetto al fine di dettagliare la gestione clinica organizzativa del paziente ipotermico accidentale. Tale documento è stato approvato all'unanimità dal CREA nella seduta del 25 novembre c.a. In considerazione dell'importanza di dotarsi di tale protocollo operativo, si auspica un tempestivo recepimento.

L'occasione è gradita per inviare cordiali saluti.

[Signature]
Presidente CREA
Dott. Alfonso MASCITELLI

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 03 del 07 GEN. 2016





**PROTOCOLLO DI
TRATTAMENTO E
GESTIONE DEL PAZIENTE
IPOTERMICO ACCIDENTALE**

REGIONE ABRUZZO



SOMMARIO

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	2
INTRODUZIONE	3
1. OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. RESPONSABILITÀ.....	4
3. PROCEDURA.....	4
Sezione 1 – Gestione del paziente ipotermico nell’ambito di un evento valanghivo.....	4
Parte 1 – Inquadramento dell’evento e Attivazione/allertamento degli attori coinvolti.....	4
a)Ricezione della chiamata e inquadramento dell’evento	4
b)Attivazione dell’elisoccorso.....	4
c)Acquisizione di altre informazioni concernenti l’evento.....	4
d)Attivazione del CNSAS territorialmente competente	5
e)Allertamento delle Forze di Polizia/ dei Vigili del Fuoco	5
f)Gestione delle interfacce tra gli attori coinvolti.....	5
g)Allertamento del Centro per il trattamento dell’ipotermia.....	5
h)Trasporto del paziente ipotermico (stadio III e IV).....	5
Parte 2 – Gestione clinica del soggetto sepolto da valanga.....	6
a)Definizione della modalità di seppellimento.....	6
b)Definizione dei tempi di seppellimento.....	7
c)Individuazione del soggetto sepolto	7
d)Modalità di disseppellimento	8
e)Modalità di estrazione	8
f)Preparazione del sito di gestione del paziente.....	8
g)Valutazione del paziente ed esecuzione delle procedure ALS, utilizzando la FCV (figura 1).....	9
1)Pazienti estratti entro 18 minuti dal seppellimento	9
2)Pazienti estratti in tempi superiori a 18’, ma inferiori o uguali a 60 minuti dal seppellimento.....	10
3)Pazienti estratti in tempi superiori ai 60 minuti dal seppellimento, con sacca d’aria e/o vie aeree pervie	11
4)Pazienti in STADIO III.....	11
5)Pazienti in Stadio IV – ACC	12
h)Protezione termica e sistemi di monitoraggio del paziente.....	14
Sezione 2 – gestione del paziente ipotermico per immersione in acque gelide e per eventi accidentali	15
a)Cinematica del raffreddamento da sommersione	15
b)Le patologie associate: “Near Drowning” e edema polmonare ex-vacuo	15
c)L’ipotermia da esposizione e la presenza di concause: intossicazione da monossido di carbonio e da farmaci.....	16
Parte 2 – Attivazione/allertamento degli attori coinvolti.....	16
a)Ricezione della chiamata e inquadramento dell’evento	16
b)Acquisizione di altre informazioni concernenti l’evento e consulenza tecnico-clinica sull’evento	16
c)Allertamento del Centro per il trattamento dell’ipotermia	17



d) Trasporto del paziente ipotermico (stadio III e IV).....	17
Parte 3 Gestione clinica del paziente in ipotermia accidentale da sommersione o da esposizione	17
a) Individuazione dello stadio d'ipotermia.....	17
b) ALS e procedure sanitarie nell'ipotermico accidentale grave.....	17
Stadio I e II.....	18
Stadio III.....	18
Stadio IV - Paziente in ACC.....	18
c) After Drop e procedure di trasporto protetto.....	19
Documenti di riferimento	20
Bibliografia.....	21
Allegato 1	22

Il documento è stato analizzato e approvato dal CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) con la collaborazione del **Dott. Gianluca Facchetti** referente del Corpo Nazionale Soccorso Alpino Speleologico Abruzzo (CNSAS Abruzzo)

COMPONENTI DEL COMITATO REGIONALE EMERGENZA-URGENZA ABRUZZO (CREA)

Dott. Tullio Pozzoni Direttore DEA ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	Dott. Luigi Valente Responsabile dell'UO di MCAU del PO dell'Aquila
Dott. Gino Bianchi Responsabile della CO118 ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	Dott.ssa Maria Di Felice Responsabile dell'UO di MCAU del PO di Chieti
Dott. Antonio Caporrella Direttore DEA ASL Lanciano-Vasto-Chieti	Dott. Alberto Albani Responsabile dell'UO di MCAU del PO di Pescara
Dott. Dante Ranalletta Responsabile della CO118 ASL Lanciano-Vasto-Chieti	Dott.ssa Giuseppina Colaiuda Dipartimento per la Salute e per il Welfare
Dott. Tullio Spina Direttore DEA ASL Pescara	Dott. Lorenzo Pingiotti Dipartimento per la Salute e per il Welfare
Dott. Vincenzo Lupi Delegato Responsabile della CO118 ASL Pescara	Dott.ssa Manuela Di Virgilio ASR Abruzzo
Dott.ssa Rita Rossi Direttore FF DEA ASL Teramo e Responsabile dell'UO di MCAU del PO di Teramo	Dott.ssa Vita Di Iorio ASR Abruzzo
Dott. Silvio Santicchia Responsabile della CO118 ASL Teramo	Dott. Alfonso Mascitelli Presidente CREA

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ALS = Advance Life Support
 BLS = Basic Life Support
 ECLS = Extra Corporeal Life Support
 CEC = Circolazione Extra Corporea
 CNSAS = Corpo Nazionale Soccorso Alpino Speleologico
 DV = Direttore di Valanga
 ECG = Elettrocardiogramma
 FCV = Flow Chart Valanga
 HEMS = Helicopter Emergency Medical Service (elisoccorso 118)
 MCE = Massaggio Cardiaco Esterno
 NIBP = Non Invasive Blood Pressure
 RCP = Rianimazione Cardio Polmonare
 TE = Tecnico di Elisoccorso
 UCV = Unità Cinofila da Valanga
 VVF = Vigili del Fuoco

After Drop: fenomeno che accade quando la temperatura interna del paziente (estratto da valanga) subisce una successiva riduzione, durante lo svolgimento delle manovre tese a ripristinare la temperatura corporea. Le cause possono essere ricondotte al riscaldamento delle estremità e conseguente immissione di sangue freddo e cataboliti acidi in circolo e al riequilibrio tra temperature periferica e centrale².



INTRODUZIONE

L'Abruzzo è la terza regione in Italia per territorio montuoso dopo la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige. Il Gran Sasso d'Italia conserva gelosamente il Calderone: il ghiacciaio più a sud d'Europa. L'Abruzzo, unica regione in Italia, ospita sul suo territorio tre Parchi Nazionali (Parco Nazionale Abruzzo Lazio e Molise, Parco Nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga, Parco Nazionale della Majella). La frequentazione delle montagne abruzzesi è in continuo aumento potendo fornire un'ampia gamma di attività sia estive sia invernali. Le attività invernali sono organizzate intorno ai 14 comprensori sciistici presenti in regione, ma è il terreno d'avventura su neve la risorsa turistica che non ti aspetti. In inverno alpinismo, sci-alpinismo, free-ride, escursioni con le ciaspole trovano nelle incontaminate montagne abruzzesi il loro perfetto scenario, capace di coniugare pendii innevati con la vista del mare, unici nel loro genere. Un aumento esponenziale della frequentazione della montagna comporta un aumento degli incidenti e, in inverno, dei casi d'ipotermia accidentale, spesso dopo travolgimento in valanga. Negli ultimi 5 anni l'Abruzzo ha registrato una media di 1-2 morti l'anno in valanga a fronte dei 20 del resto d'Italia [www.aineva.it].

Il rischio è che più persone ogni anno possano andare incontro a stati d'ipotermia accidentale grave (stadio III e IV della Scala Svizzera dell'Ipotermia, vedi tabella 1)¹. In tali ambiti clinici, anche in presenza di arresto cardiocircolatorio protratto, è indicato il riscaldamento presso un centro di Cardiocirurgia/Terapia Intensiva dotato di Circolazione Extra Corporea².

Il seguente protocollo operativo per il trattamento del paziente ipotermico accidentale grave è stato condiviso con i professionisti ed gli esperti con specifica competenza nel settore appartenenti al mondo universitario e aziendale sanitario.

La gestione del paziente ipotermico accidentale in Abruzzo dipende dalla corretta integrazione tra:

- 118 Abruzzo Soccorso
- Stazioni del Soccorso Alpino Speleologico Abruzzese del CNSAS¹
- Mezzi di soccorso
- Forze di Polizia/Vigili del Fuoco
- Personale degli impianti sciistici
- Soccorritori occasionali
- Cardiocirurgia P.O. "G. Mazzini" di Teramo
- Cardiocirurgia P.O. "SS Annunziata" di Chieti

L'assoluta priorità nella gestione è d'individuare e trattare il paziente con personale addestrato nel più breve tempo possibile, senza perdere minuti importanti in fasi organizzative che devono essere già predisposte. A tal fine l'obiettivo della Centrale Operativa 118 sarà quello di:

- Localizzare l'evento
- Inquadrare lo scenario da gestire
- Attivare tutte le risorse necessarie secondo le priorità stabilite.

1. OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo riporta le indicazioni, organizzative e cliniche, relative alla gestione del paziente ipotermico.

Il protocollo si applica a:

¹ Secondo la Legge Regionale 17 aprile 2014, n. 20



- Gli eventi valanghivi con coinvolgimento certo o presunto di persone dal momento della ricezione della chiamata di soccorso da parte della Centrale 118 al trasporto del paziente presso il centro di trattamento dell'ipotermia
- Le situazioni d'ipotermia per immersione in acque gelide o per eventi accidentali.

2. RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità inerenti le specifiche attività sono riportate al paragrafo 5 "Procedura".

3. PROCEDURA

Al fine di rendere le procedure per la gestione del paziente ipotermico nell'ambito di un evento valanghivo, più fruibili possibili, lo schema riportato in **ALLEGATO 1** del presente documento deve essere affisso nei locali delle Centrali Operative 118 della Regione Abruzzo e nei locali delle basi HEMS dell'Elisoccorso regionali.

di attivazione del sistema emergenza urgenza per

SEZIONE I – GESTIONE DEL PAZIENTE IPOTERMICO NELL'AMBITO DI UN EVENTO VALANGHIVO

Parte I – Inquadramento dell'evento e Attivazione/allertamento degli attori coinvolti

a) Ricezione della chiamata e inquadramento dell'evento

In caso di evento valanghivo con sospetto/certezza di coinvolgimento di persone, l'operatore di Centrale 118:

- Processa la chiamata, acquisendo le informazioni principali
- Informa il medico di Centrale 118
- Se possibile, mantiene in linea il chiamante (vedi punto c).

b) Attivazione dell'elisoccorso

La Centrale 118 territorialmente competente dispone l'immediata attivazione dell'elisoccorso di base a L'Aquila, in attesa della piena operatività con il vericello dell'elisoccorso di base a Pescara, informando contestualmente il CNSAS territorialmente competente, che provvederà al reperimento dell'UCV se non presente in guardia attiva nella base.

La Centrale 118 deve quindi predisporre il recupero dell'UCV, qualora non presente in guardia attiva in base, coordinandosi con il CNSAS.

In caso di non operatività dell'elisoccorso, l'operatore di Centrale 118 allerta tempestivamente il CNSAS e attiva i mezzi di soccorso sanitari più vicini al luogo dell'evento.

Nota: L'equipaggio dell'eliambulanza è da considerarsi operativo in valanga al suo completo: gli operatori sanitari sono, pertanto, disponibili su indicazione del TE per operazioni di ricerca vista/udito ARTVA, di sondaggio primario, di disseppellimento sino alla loro sostituzione da parte della squadra di primo intervento del CNSAS.

c) Acquisizione di altre informazioni concernenti l'evento

L'operatore di Centrale 118 acquisisce tutte le informazioni integrative necessarie per la gestione complessiva dell'evento (ricontattando il chiamante se non ancora in linea), attraverso la compilazione della scheda raccolta dati per primo intervento in valanga.



d) Attivazione del CNSAS territorialmente competente

I dati raccolti e ogni informazione utile acquisita dalla Centrale 118, devono essere comunicati:

- All'equipe dell'elisoccorso
- Al CNSAS territorialmente competente, al fine di permettere l'attivazione del soccorso tecnico che comprende, in subordine alla tipologia dell'evento:
 - Attivazione del personale tecnico CNSAS competente e del personale sanitario CNSAS
 - Rapido allestimento di una o più squadre di primo intervento da elitrasportare (se necessario) sul luogo dell'evento, in supporto all'equipe dell'elisoccorso
 - Attivazione delle UCV
 - Allertamento di tutta le stazioni della Delegazione Alpina Abruzzo ed eventualmente di altre delegazioni.

Nota : Sarà cura del DV trasmettere tempestivamente alla Centrale 118 tutte le notizie inerenti l'evento (determinazioni assunte, aspetti organizzativi e operativi connessi alla gestione).

e) Allertamento delle Forze di Polizia/ dei Vigili del Fuoco

L'operatore di Centrale 118 allerta:

- Le Forze di Polizia
- I Vigili del Fuoco

f) Gestione delle interfacce tra gli attori coinvolti

- Il TE giunto per primo sul posto assume il ruolo di DV, raccordandosi immediatamente con il Delegato Alpino del CNSAS, per la determinazione dei fabbisogni di risorse da inviare sul luogo dell'evento. E' compito del CNSAS individuare e rendere disponibile, nel più breve tempo possibile, personale tecnico esperto, che assumerà il ruolo di DV definitivo, sostituendo in tale compito il TE.
- Dopo lo sbarco dell'equipaggio in valanga, l'elicottero si renderà disponibile per il trasferimento urgente dei soccorritori CNSAS (squadra di primo intervento) sul luogo dell'evento.
- Il DV individua nei pressi della valanga un punto di atterraggio per gli elicotteri, tale da permettere l'afflusso di ulteriori soccorritori e UCV senza disturbare le operazioni di ricerca e soccorso.
- E' previsto, di norma, che l'equipe sanitaria dell'elisoccorso sia affiancata o sostituita da personale sanitario del CNSAS appena possibile. Al rinvenimento del/i travolto/i l'eliambulanza si occuperà del trasporto.
- In caso d'impossibilità all'impiego dell'eliambulanza, il soccorso sarà eseguito dalle squadre del CNSAS e dai loro sanitari.

g) Allertamento del Centro per il trattamento dell'ipotermia

Sono individuati come Centri per il trattamento dell'ipotermia il P.O. "G. Mazzini" di Teramo e il P.O. "SS Annunziata" di Chieti.

La Centrale 118 che gestisce l'evento, allerta tempestivamente la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) territorialmente competente rispetto all'evento o più vicina o più facilmente raggiungibile.

h) Trasporto del paziente ipotermico (stadio III e IV)

A disseppellimento avvenuto, se riscontrati i criteri d'invio all'ECLS², risultanti dall'applicazione della FCV (figura 1), la Centrale 118 che ha in gestione l'evento comunica alla Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) la necessità di accesso alla CEC, indicando:



- Il numero dei pazienti
- Le condizioni cliniche

La Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) comunica alla Centrale 118, che ha in gestione l'evento, la disponibilità all'ECLS.

La Centrale 118, che ha in gestione l'evento, provvede ad organizzare il trasporto del/dei paziente/i presso la Cardiocirurgia/Terapia Intensiva; la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) effettua tutte le operazioni di supporto ai mezzi e agli operatori impegnati nel trasporto.

Qualora non vi sia la possibilità di poter impiegare l'eliambulanza in ambiente impervio per meteo avverso o scadenza delle effemeridi, il paziente in stadio IV in ACC andrà dichiarato morto⁴ o in presenza di massaggiatore automatico esterno andrà portato a valle in barella idonea e trasferito su ambulanza ALS, che lo trasferirà presso la Cardiocirurgia/Terapia Intensiva più vicina⁵.

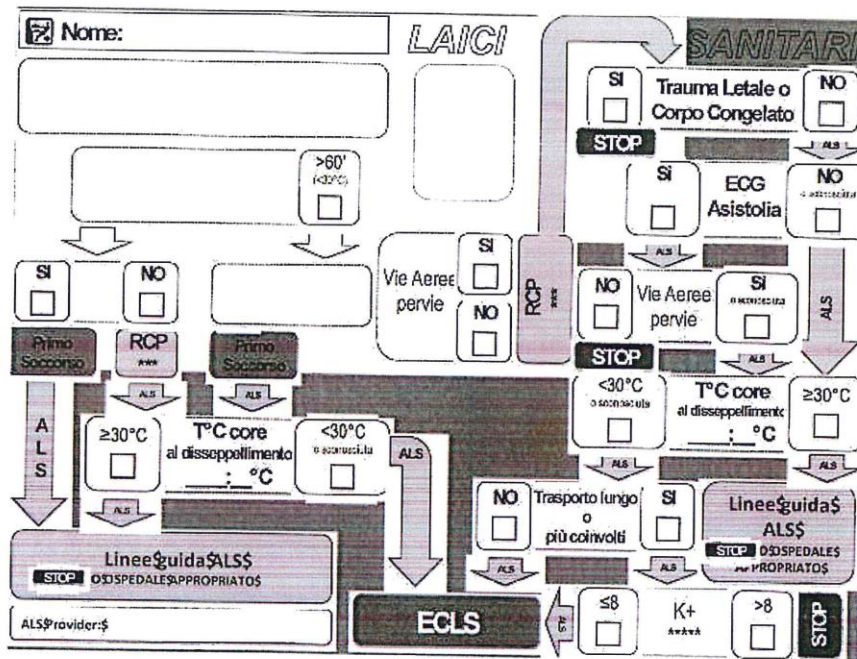


Figura 1

Parte 2 – Gestione clinica del soggetto sepolto da valanga

Si descrivono di seguito i punti fondamentali della gestione clinica terapeutica del soggetto sepolto.

a) Definizione della modalità di seppellimento

Il soggetto sepolto in valanga si può presentare in due diverse modalità di seppellimento⁶:

- Parzialmente sepolto con testa e torace fuori dalla neve (problematica maggiore: trauma, ipotermia).
- Completamente sepolto con testa e torace coperti dalla neve (problematica maggiore: asfissia, ipotermia e trauma).



b) Definizione dei tempi di seppellimento

Per stabilire la prognosi del paziente è fondamentale definire i tempi di seppellimento.

La curva di sopravvivenza⁷ (figura 2) rende evidente come ci siano due fondamentali picchi di caduta a 18 minuti (92% sopravvivenza) e 35 minuti (34% di sopravvivenza).

In queste prime due fasce temporali sono fondamentali le manovre di autosoccorso da parte degli astanti (prima fascia) e la presenza o meno di una sacca d'aria, definita come ogni cavità davanti a bocca o naso con vie aeree pervie (seconda fascia)⁷.

Dopo i primi 60 minuti di sepoltura, la sicura assenza di una sacca d'aria (vie aeree ostruite dalla neve) permette una diagnosi certa di morte, mentre la presenza di una sacca d'aria permette d'ipotizzare una "Triple H syndrome" (in tale caso la condizione del paziente è legata a ipossia, ipercapnia e ipotermia)⁸. Nei casi dubbi si considerano con sacca d'aria tutti i pazienti con vie aeree pervie: cioè senza neve in bocca e/o nel naso.

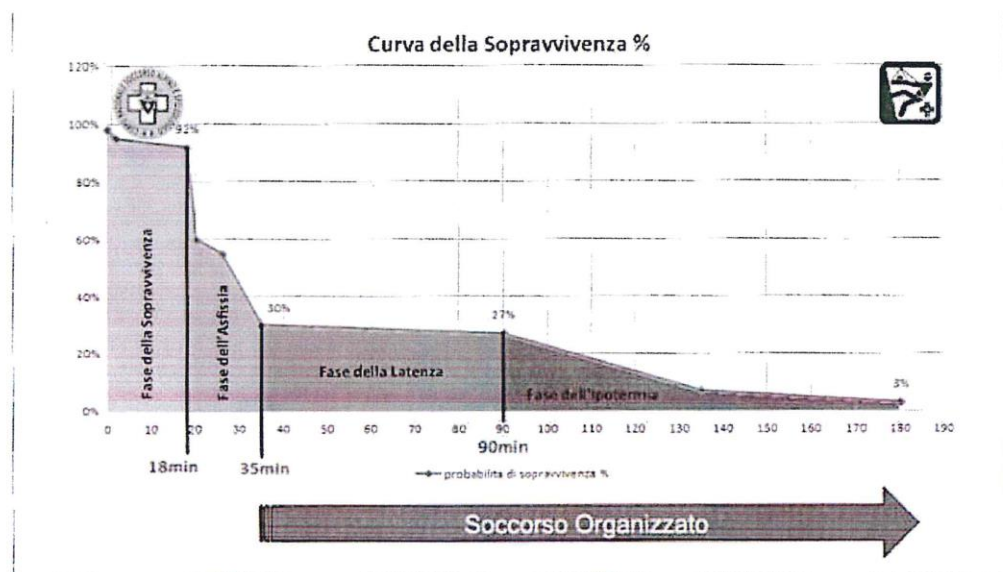


Figura 2

c) Individuazione del soggetto sepolto

L'individuazione del soggetto sepolto, se non già eseguita dagli astanti, è competenza della prima équipe che arriva sul posto. Nel caso la prima équipe ad arrivare fosse quella dell'elisoccorso: il TE si prodigherà nella ricerca vista/udito ARTVA/Recco aiutato dal personale sanitario. Tale ricerca permette di:

- Tracciare eventuali reperti rinvenuti sulla valanga (che andranno valutati e segnalati con apposito nastro)
- Percepire eventuali urla e/o rumori provenienti dai soggetti sepolti
- Rintracciare un segnale ARTVA/Recco proveniente dalle apparecchiature del/del/i soggetto/i sepolto/i.

Eventuali tracce o contatti ARTVA/Recco devono essere prontamente segnalati al DV dagli operatori sanitari che poi effettueranno un primo sondaggio della zona.

Il DV e l'UCV eseguono le loro ricerche rispettivamente mediante ricerca sistematica con ARTVA/Recco e mediante ARTVA e cane.

d) Modalità di disseppellimento

Una volta individuato un soggetto sepolto, il DV chiede l'intervento di tutta l'équipe per il disseppellimento che deve avvenire celermente, ma nel rispetto di procedure fondamentali per la corretta valutazione del sepolto⁷.

Il disseppellimento, infatti, è una fase molto critica poiché accuratezza e precisione contrastano fortemente con la necessità di rapidità. E' necessario coordinare le fasi di scavo (dove e come scavare) e rapidità di scavo (attrezzi giusti e capacità di rimuovere la neve).

Si riportano di seguito i criteri di scavo:

- Lo scavo non deve mai essere effettuato sulla perpendicolare del soggetto sepolto, ma a valle del punto di sondaggio (a una distanza dalla perpendicolare del sepolto pari a circa la profondità di seppellimento), evitando per quanto possibile scavi in profondità sulla verticale del sepolto
- Al primo contatto con il soggetto sepolto è fondamentale determinare la posizione della testa, per poi sviluppare tutto lo scavo successivo verso questa direzione
- In prossimità della testa porre molta attenzione nella valutazione della possibile sacca d'aria antistante al naso e/o alla bocca e la pervietà delle vie aeree
- Appena possibile mettere alla luce la testa e il tronco del soggetto sepolto, in modo da cominciare eventuali manovre di BLS.

Alcuni importanti accorgimenti:

- Non calpestare la zona sovrastante il soggetto sepolto per non ridurre o distruggere la sacca d'aria
- Sviluppare lo scavo tenendo presente la necessità di un'estrazione quanto più delicata possibile.
- Predisporre nello scavo una seconda linea di spalatori per allontanare la neve rimossa
- Monitorare con attenzione i tempi, con particolare attenzione al momento di seppellimento e dell'esposizione delle vie aeree.

e) Modalità di estrazione

L'estrazione dei sepolti in valanga è una manovra delicata e complessa, le cui modalità dipendono dalla tipologia del seppellimento (mantenendo sempre e comunque presente la natura traumatica dell'evento).

I principali aspetti di tale manovra riguardano le priorità assegnate al soggetto sepolto: la necessità di una rapida estrazione per l'esecuzione di manovre di rianimazione cardio-polmonare (il cui inizio deve anticipare l'estrazione vera e propria) o la necessità di far fronte alla "Triple H Syndrome" con particolare riguardo all'ipotermia e a fenomeni quali l'after drop⁷.

In ogni caso, la movimentazione del paziente deve essere quanto più delicata possibile evitando manovre brusche e non necessarie.

f) Preparazione del sito di gestione del paziente

E' necessario porre molta attenzione al luogo dove deporre il paziente una volta estratto dalla neve.

A tal fine occorre:

- Garantire una superficie piana che permetta la corretta esecuzione di tutte le manovre di rianimazione



- Proteggere il paziente, i soccorritori e le attrezzature sanitarie dagli elementi atmosferici quali freddo, vento, neve che rendono estremamente difficoltosi i soccorsi, oltre a provocare una ulteriore e pericolosa dispersione termica per il paziente.

Sarà necessario prevedere l'allestimento di un sito di accoglienza: tale tenda/trona/altro dovrà essere posto su un terreno pianeggiante o reso tale, protetto dagli elementi atmosferici da adeguati sistemi, in posizione tale da non essere disturbato dalle operazioni di disseppellimento (rimozione della neve spostata dai soccorritori).

Gli operatori sanitari, se possibile, dovranno predisporre ad accogliere il paziente preparando i materiali (farmaci e presidi) e verificandone l'operatività alle basse temperature.

g) Valutazione del paziente ed esecuzione delle procedure ALS, utilizzando la FCV (figura 1)

La gestione clinica del paziente sepolto da valanga dipende da molti fattori, quali:

- Il grado di seppellimento
- Il tempo di seppellimento
- La presenza o meno di sacca d'aria
- La pcrivietà delle vie aeree
- La tipologia di neve distaccatasi con la valanga.

Il sepolto da valanga deve sempre essere trattato e gestito, sino a prova contraria, come un paziente politraumatizzato, ma le strategie decisionali dipendono per lo più dal tempo di seppellimento e dalla presenza o meno di una sacca d'aria².

Nella seguente tabella si riporta la Classificazione Svizzera dell'Ipotermia¹ in quattro stadi.

Stadi dell'ipotermia	Temperatura Centrale
I. Paziente cosciente con brividi	35-32°C
II. Paziente sonnolento	32-28°C
III. Paziente incosciente	28-24°C
IV. Paziente in ACC	<24°C
V. Paziente in ACC con impossibilità di RCP	<15°C

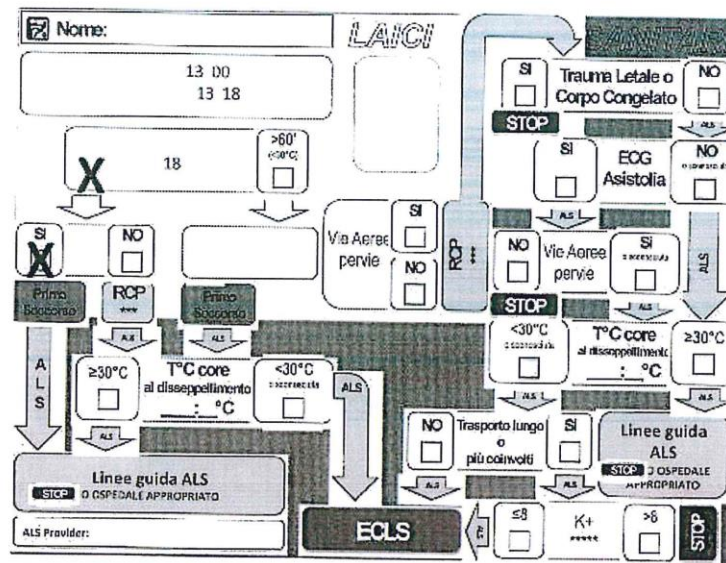
Tabella 1

E' possibile individuare, in relazione ad una situazione di seppellimento completo, tre tipologie di pazienti:

1) Pazienti estratti entro 18 minuti dal seppellimento

Per questi pazienti sono prioritarie le manovre di BLS, con particolare riguardo alla pervietà delle vie aeree e supporto cardio-respiratorio. Tali pazienti, di norma, non hanno problematiche d'ipotermia se non quella successiva al seppellimento e vanno gestiti per lo più per i traumi riportati⁹⁻¹¹. Riguardo alla destinazione del paziente, le scelte possibili sono varie: lasciare il paziente sul posto dopo valutazione, ricovero in Pronto Soccorso, ricovero in Ospedale con Rianimazione per gestione di problematiche a criticità elevata (esempio FCV 1).





FCV esempio 1

2) Pazienti estratti in tempi superiori a 18', ma inferiori o uguali a 60 minuti dal seppellimento

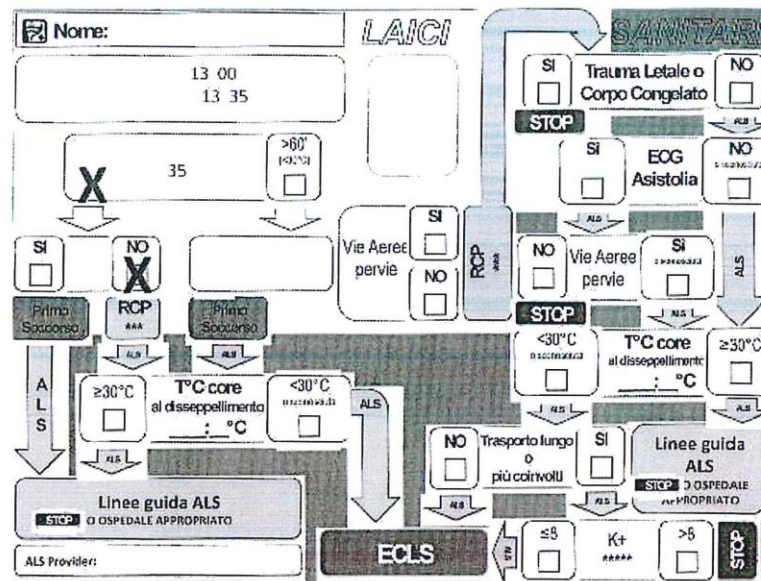
Per questi pazienti le problematiche sono legate all'asfissia acuta ostruttiva e costrittiva, ai traumi e all'ipotermia in particolar modo dopo l'estrazione. Tali pazienti vanno trattati con un iniziale approccio BLS, da mettere in atto già durante il disseppellimento per poi passare a manovre di supporto avanzate i cui punti chiave sono:

- Protezione delle vie aeree
- Rilievo della temperatura corporea centrale
- Supporto e ripristino delle funzioni vitali
- Gestione del trauma

In caso di asistolia, se presente sacca d'aria o vie aeree pervie e con temperatura corporea maggiore di 30°C, si prevede l'esecuzione di manovre rianimatorie con supporto farmacologico per almeno 20 minuti^{12,13}.

Tutti i pazienti riconducibili a questa categoria, una volta estratti, valutati e trattati con ripristino dell'attività cardiaca, devono essere ricoverati in ospedale (struttura con Rianimazione, se possibile esperta nella gestione dei pazienti ipotermici) (esempio FCV 2).





FCV esempio 2

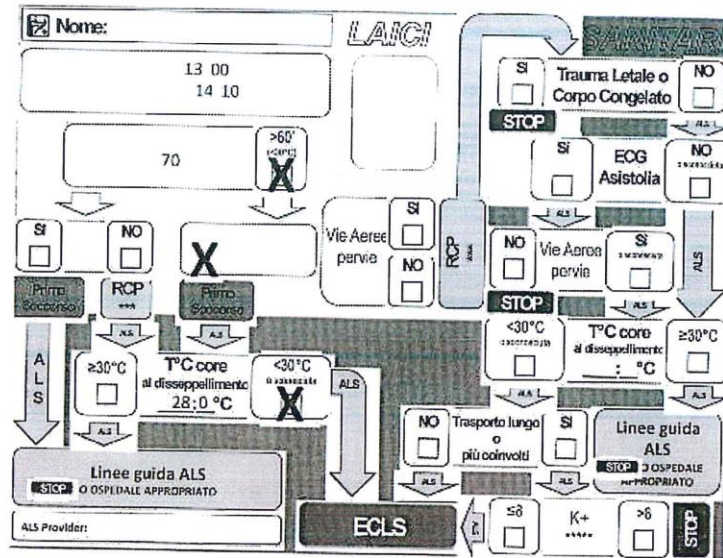
3) Pazienti estratti in tempi superiori ai 60 minuti dal seppellimento, con sacca d'aria e/o vie aeree pervie

Per questi pazienti, in cui alto è il sospetto di "Triple H Syndrome" il trattamento è rappresentato da:

- Le manovre di BLS, sin dalle fasi del disseppellimento
- Il reperimento di un adeguato accesso vascolare e/o intraossea
- La misurazione e il monitoraggio della temperatura corporea
- L'ECG
- Un'estrazione effettuata con estrema cautela
- Un'adeguata protezione termica, con compresse termiche
- La gestione delle vie aeree, se necessario con intubazione tracheale o presidi extraglottici
- La somministrazione di ossigeno, se possibile, riscaldato e umidificato
- La gestione dei traumi intercorrenti.

4) Pazienti in STADIO III

I pazienti in ipotermia profonda (Stadio III), quindi incoscienti con polso e respiro ancora presenti, devono essere indirizzati verso il Centro per il trattamento dell'ipotermia, previa stabilizzazione sulla scena². In tale situazione, particolare attenzione deve essere posta rispetto alla possibile insorgenza del fenomeno di after drop: per tali pazienti è necessario impedire ogni ulteriore perdita di temperatura corporea (esempio FCV 3).



FCV esempio 3

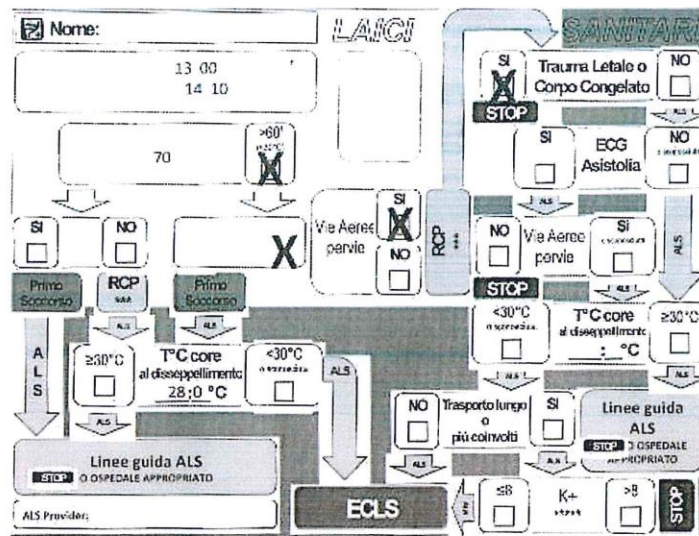
5) Pazienti in Stadio IV - ACC

In caso di paziente estratto dalla neve dopo più di 60 minuti, con vie aeree pervie, in arresto cardiocircolatorio asistolico, temperatura inferiore ai 30°C si procede come segue:

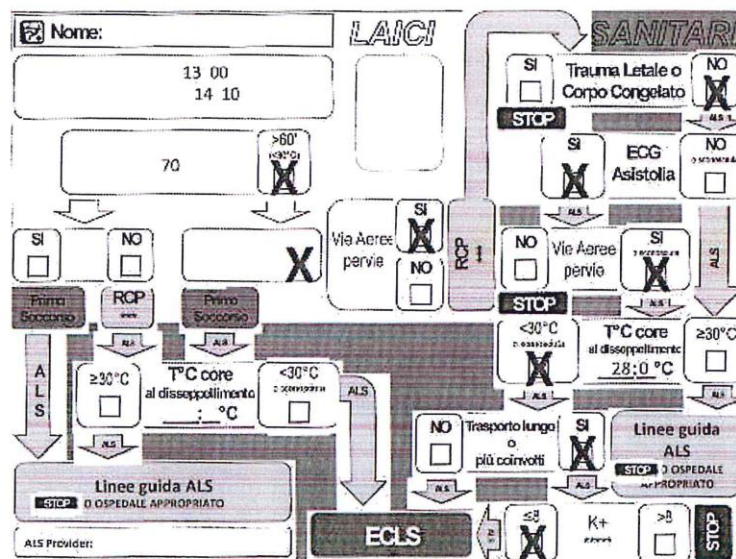
- I pazienti con temperatura <15°C, in asistolia, con rigidità toracica tale da impedire le manovre di RCP, dovranno essere dichiarati morti sulla scena della valanga (esempio FCV 4)⁴
- I pazienti con temperatura > di 15°C, asistolia o fibrillazione ventricolare, sui quali possono essere messe in atto le manovre di RCP dovranno essere trasportati presso il Centro di riferimento per il riscaldamento extracorporeo (ECLS), dove si procederà al riscaldamento, previo dosaggio della potassiemia plasmatica (in questo caso si applicherà il valore di 8 mEq/L come cut-off del triage "vivo-morto") (esempio FCV 5)^{1,3}.

Nota: Nel caso in cui sia disponibile uno strumento affidabile per la misurazione del potassio plasmatico, i pazienti con > 15°C, asistolici, con sacca d'aria presente o dubbia e vie aeree pervie, ma con potassiemia > 8 mEq/L dovranno essere dichiarati morti sulla scena dell'evento⁴.





FCV esempio 4



FCV esempio 5

I pazienti eletti al trattamento di riscaldamento invasivo presso il Centro per il trattamento dell'ipotermia dovranno essere gestiti come segue:

- Intubazione e MCE continuo (manuale o meccanico) fino all'inizio dell'ECLS
- Mantenimento, se possibile, dell'ipotermia del capo quale fattore neuroprotettivo, anche con metodiche empiriche (neve)



Qualora il tempo ipotizzabile o già intercorso tra l'estrazione dalla neve e l'inizio delle manovre di RCP sia particolarmente lungo (> 60 minuti) sarà discrezione del medico presente in valanga operare un'approfondita valutazione della situazione clinica per decidere l'eleggibilità del paziente al trattamento extracorporeo o constatarne il decesso in loco, anche consultandosi con la Centrale 118.

h) Protezione termica e sistemi di monitoraggio del paziente

Per i soggetti sepolti in valanga, è fondamentale rilevare: la temperatura corporea centrale e l'ECG.

Temperatura corporea

La temperatura corporea centrale deve essere rilevata subito e se possibile monitorata in continuo con rilevazione esofagea o epitimpanica.

Monitoraggio ECG

Il monitoraggio ECG può essere eseguito attraverso le placche adesive del defibrillatore o gli elettrodi adesivi (questi ultimi in pazienti bagnati e freddi non sempre aderiscono adeguatamente).

Monitoraggio dell'ETCO₂

Il monitoraggio della ETCO₂ permette di valutare:

- Il corretto posizionamento di eventuali presidi di controllo delle vie aeree
- L'efficacia della RCP
- La ripresa di un'attività cardiorespiratoria spontanea.

Spesso la saturimetria è poco attendibile a causa della vasocostrizione periferica conseguente alla centralizzazione del circolo.

La protezione termica è elemento fondamentale nella gestione dei soggetti sepolti in valanga non in ACC.

Esistono diversi presidi e risorse utilizzabili a tale scopo: alcuni provocano un riscaldamento attivo esterno, altri attivo interno, altri ancora solo un riscaldamento passivo.

I presidi, descritti di seguito, possono essere usati singolarmente o in combinazione:

- Compresse o coperte esotermiche
- Resistenze elettricamente riscaldanti
- Teli termici
- Sacco piuma
- Coperte sintetiche o di lana
- Cellophane a bolle
- Liquidi endovena caldi
- Bevande calde (meglio se zuccherate)
- Ossigeno umidificato e riscaldato.

Si riportano di seguito le regole fondamentali in tema di protezione termica in paziente non in ACC:

- Proteggere il corpo dagli agenti atmosferici
- Muovere il paziente sempre molto delicatamente, con particolare attenzione alle manovre di prono supinazione e clino-ortostatismo
- Sostituire o mettere un berretto caldo sulla testa del paziente
- Collocare le compresse esotermiche al collo, all'inguine, nel cavo ascellare
- Avvolgere il paziente nel telo termico, quindi in un sacco piuma e infine in un sacco da bivacco



- Se il paziente è cosciente, somministrargli bevande calde non alcoliche
- Somministrare sempre ossigeno (se possibile umidificato e riscaldato).

SEZIONE 2 – GESTIONE DEL PAZIENTE IPOTERMICO PER IMMERSIONE IN ACQUE GELIDE E PER EVENTI ACCIDENTALI

Parte 1 – Peculiarità cliniche dell'ipotermia da sommersione e da esposizione

a) *Cinematica del raffreddamento da sommersione*

L'acqua allo stato liquido, a differenza dello stato cristallino, è un eccellente conduttore di calore. Un corpo immerso in acqua va incontro a una termo dispersione molto più rapida di quanto normalmente avvenga durante l'esposizione all'aria fredda o a contatto con la neve.

I pazienti che cadono accidentalmente o tentano il suicidio in acqua fredda vanno incontro a uno stadio d'ipotermia profonda molto più rapidamente di quanto avvenga in altre situazioni (esposizione ambientale).

Questo, che potrebbe apparire come un aspetto negativo, è un fattore "protettivo" che migliora l'esito di tali pazienti.

Il rapido instaurarsi di un'ipotermia profonda di solito induce il raggiungimento, in tempi brevi, dello stadio IV (tabella 1), senza che vi siano, per lo più, concause peggiorative della prognosi (anossia, ipercapnia, acidosi mista).

Quando l'arresto di circolo per ipotermia s'instaura rapidamente in un paziente il cui assetto emodinamico e respiratorio è normale (come nel caso di un soggetto sano che cada accidentalmente in acqua fredda), le possibilità di recupero sono maggiori, poiché il cervello si trova ad affrontare l'insulto anossico provocato dal freddo (principale fattore neuroprotettivo), in condizioni di eccellente disposizione di ossigeno (cosa che non accade nel seppellimento in valanga, dove l'ipotermia è solo una delle condizioni associate).

Non a caso il nadir termico di recupero di un paziente ipotermico in arresto di circolo riportato in letteratura è riferito proprio a una sommersione in acqua fredda (13,7°C di temperatura centrale).

b) *Le patologie associate: "Near Drowning" e edema polmonare ex-vacuo*

Raramente l'ipotermia si presenta come patologia isolata. Più frequentemente, come nel caso della valanga, vi è un'associazione di concause legate alla situazione ambientale in cui si sviluppa l'ipotermia stessa.

Tali concause possono determinare in maniera sostanziale la diagnosi dei pazienti ipotermici.

Nel caso dei sepolti in valanga, rapidamente si sviluppa una situazione d'ipossia, ipercapnia e acidosi mista, che determina un radicale peggioramento della prognosi.

Nella gestione dei pazienti sommersi in acqua, pur non essendoci sostanziali differenze nella gestione preospedaliera e nell'indirizzo ospedaliero dei pazienti in stadio III e IV, particolare attenzione dovrà essere posta nella gestione di situazioni peculiari.

Nella sommersione in acqua fredda, all'ipotermia può associarsi una situazione di "Near Drowning" (quasi annegamento), sviluppatasi prima dell'ipotermia o in seguito.

Ricordiamo che l'acqua (specie quella dolce) altera sostanzialmente il biofilm chimico e cellulare dell'alveolo polmonare con conseguente perdita del coefficiente di tensione superficiale e tendenza al



collabimento. In un paziente ipotermico, sommerso in acqua fredda, particolare attenzione deve essere posta nella gestione delle vie aeree.

Si raccomandano l'intubazione tracheale e la somministrazione della più alta concentrazione possibile di ossigeno.

In caso di "Near Drowning" spesso il soggetto prima d'inalare l'acqua esegue alcune contrazioni diaframmatiche involontarie a glottide chiusa, che determinano un'inversione delle pressioni endotoraciche con sviluppo di un iniziale edema polmonare "ex vacuo"; pertanto, in caso di ventilazione meccanica è raccomandato l'utilizzo di una PEEP meccanica.

c) L'ipotermia da esposizione e la presenza di concause: intossicazione da monossido di carbonio e da farmaci

Secondo la casistica presente in letteratura, la maggior parte dei casi d'ipotermia accidentale si presentano in ambito strettamente urbano.

Frequente è l'incidenza d'ipotermia accidentale severa negli "homeless" delle grandi città, tanto da spingere nell'ultimo decennio le amministrazioni di alcune importanti città europee a provvedimenti eccezionali per contrastare tale fenomeno nei periodi più freddi dell'anno.

Solitamente in questi soggetti l'ipotermia interviene come effetto dell'esposizione a basse temperature, in associazione con l'assunzione di etanolo o sostanze stupefacenti, che deprimono i meccanismi di termoregolativi accelerando il raffreddamento.

Nella "homeless syndrome" è opportuno valutare sempre la presenza di una situazione di abuso, che deve essere individuata e riferita alla Centrale 118 e al Centro di riferimento per il trattamento definitivo del paziente.

Nota: La ricerca di protezione dalle basse temperature induce gli "homeless" a rifugiarsi in ambienti chiusi abusivi e ad utilizzare sistemi di riscaldamento "di fortuna" che liberano in ambiente i prodotti della combustione, determinando possibili associazioni con l'intossicazione da monossido di carbonio. In queste situazioni per quei mezzi di soccorso dotati di analizzatori idonei è indicato il rilievo precoce della carbossiemoglobina (HbCO).

Parte 2 - Attivazione/allertamento degli attori coinvolti

a) Ricezione della chiamata e inquadramento dell'evento

La Centrale 118 in caso di chiamata di soccorso suggestiva per ipotermia accidentale da sommersione e/o esposizione all'aperto in fascia diurna preferibilmente l'ambulanza territorialmente e tecnicamente competente, privilegiandola ai mezzi su gomma. Contemporaneamente la Centrale 118 in caso di recupero in acque aperte (mare, lago) allerta i VVF.

Contestualmente richiamerà la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti), referente per la procedura.

Dopo aver processato il dispatch del medico intervenuto, la Centrale 118 geograficamente competente per l'evento prenderà contatto nuovamente con la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) per fornire tutte le informazioni tecniche e cliniche necessarie a gestire l'evento.

b) Acquisizione di altre informazioni concernenti l'evento e consulenza tecnico-clinica sull'evento

La Centrale 118 competente ha il compito di fornire alla Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) informazioni tecniche e cliniche accurate e aggiornamenti ogni qualvolta disponibili, in modo da consentire una corretta gestione dell'evento stesso.



c) Allertamento del Centro per il trattamento dell'ipotermia

Sono individuati come Centri per il trattamento dell'ipotermia il P.O. "G.Mazzini" di Teramo e il P.O. SS Annunziata di Chieti.

La Centrale 118 che gestisce l'evento se presuppone la presenza di uno o più soggetti in ipotermia allerta la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti), che provvede a sua volta ad allertare la Cardiocirurgia/terapia Intensiva secondo le modalità concordate, dando appena possibile riscontro sulla disponibilità della stessa ad accettare il/i paziente/i.

d) Trasporto del paziente ipotermico (stadio III e IV)

A condizionamento avvenuto, se riscontrati i criteri d'invio all'ECLS del paziente, la Centrale 118 che ha in gestione l'evento comunica alla Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) la necessità di accesso all'ECLS, indicando:

- Il numero dei pazienti
- Le condizioni cliniche

La Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) comunica alla Centrale 118 che ha in gestione l'evento la disponibilità ad accettare il paziente, richiedendo il tempo stimato di arrivo in ospedale.

La Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) provvede a contattare la Cardiocirurgia/terapia Intensiva e a fornire le necessarie informazioni.

La Centrale 118 che ha in gestione l'evento provvede ad organizzare il trasporto del/dei paziente/i presso la Cardiocirurgia/terapia Intensiva; la Centrale 118 sede della Cardiocirurgia (Teramo/Chieti) effettua tutte le operazioni di supporto ai mezzi e agli operatori impegnati nel trasporto.

Parte 3 – Gestione clinica del paziente in ipotermia accidentale da sommersione o da esposizione**a) Individuazione dello stadio d'ipotermia**

La gestione del paziente in ipotermia accidentale grave da sommersione e da esposizione è sensibilmente meno complessa di quella del sepolto da valanga.

La principale sfida preospedalica è attribuire il paziente a uno stadio d'ipotermia, dalla quale consegue una diversa classe di rischio-vita e un differente indirizzo ospedaliero (tabella I).

Per inquadrare correttamente il paziente è necessario avere un termometro per ipotermici ed effettuare la misurazione: le sedi di misurazione ideali sono quella esofagea e quella epitimpanica.

L'équipe sanitaria, che opera sulla scena, deve comunicare con chiarezza alla Centrale 118 il valore e il trend della temperatura del paziente durante il soccorso e la sede di misurazione.

L'inquadramento del paziente in uno degli stadi dell'ipotermia deve tener conto dei rilievi clinici (presenza di brivido, ritmo cardiaco, rigidità della parete toracica).

b) ALS e procedure sanitarie nell'ipotermico accidentale grave

Il trattamento sulla scena e il corretto indirizzo ospedaliero del paziente in ipotermia da esposizione non differiscono sostanzialmente da quello del sepolto da valanga, ad eccezione il triage vivo-morto, ambito nel quale in valanga deve essere applicata la FCV.

Si riportano di seguito le indicazioni clinico terapeutiche in relazione alle classi d'ipotermia.



Stadio I e II

I pazienti in stadio I dovrebbero essere indirizzati verso un centro ospedaliero di secondo livello o di terzo livello (non dotato quindi di rianimazione) per completare una diagnostica di minima e completare l'osservazione clinica.

I pazienti in stadio II dovrebbero essere indirizzati verso un centro ospedaliero di primo livello, alternativamente di secondo livello, e comunque dotato di Rianimazione, per completare il riscaldamento corporeo con le metodiche idonee, eseguire una completa diagnostica clinico-strumentale ed essere trattenuti in osservazione per un periodo minimo di sei ore.

Lo stadio I e lo stadio II differiscono in maniera sostanziale poiché nello stadio II, prescindendo dal livello di temperatura, il paziente perde la capacità termoregolativa, che è garantita dal meccanismo molto efficiente ma dispendioso in termini di consumo di ossigeno del brivido.

Il trattamento e l'indirizzo ospedaliero di questi pazienti non saranno differenti, ma il clinico dovrà porre maggiore attenzione nella gestione dello stadio II, poiché il paziente tenderà a perdere calore più rapidamente.

Interventi da mettere in atto sulla scena:

- Monitoraggio ECG, NIBP, SpO₂
- Ossigeno Terapia
- Protezione termica
- Riscaldamento attivo esterno (particolarmente stadio II)

Stadio III

I pazienti in ipotermia profonda (Stadio III), quindi incoscienti con polso e respiro ancora presenti, devono essere indirizzati verso il Centro per il trattamento dell'ipotermia, previa stabilizzazione sulla scena. In tale situazione, particolare attenzione deve essere posta rispetto alla possibile insorgenza del fenomeno dell'after drop: per tali pazienti è necessario impedire ogni altra perdita di temperatura corporea.

Da numerosi lavori scientifici si evince che i pazienti ricompresi in questa classe d'ipotermia dovrebbero essere riscaldati in maniera invasiva attraverso la CEC.

Stadio IV - Paziente in ACC

In caso di paziente ipotermico Stadio IV in ACC, si procede come segue:

I pazienti con temperatura < 15°C, in asistolia, con rigidità toracica tale da impedire la RCP, dovranno essere dichiarati morti sulla scena.

I pazienti con temperatura > 15°C, asistolia o fibrillazione ventricolare, sui quali possono essere messe in atto le manovre di RCP dovranno essere trasportati presso il Centro di riferimento per il riscaldamento extracorporeo (CEC), dove si procederà al riscaldamento extracorporeo, previo dosaggio della potassiemia plasmatica (in questo caso si applicherà il valore di 8 mEq/L come cut-off del triage "vivo-morto").

Nota: Nel caso in cui sia disponibile uno strumento affidabile per la misurazione del potassio plasmatico, i pazienti con > 15°C, asistolici con potassiemia > 12 mEq/L dovranno essere dichiarati morti sulla scena dell'evento.

I pazienti eletti per trattamento di riscaldamento invasivo presso il Centro per il trattamento dell'ipotermia dovranno essere gestiti come segue:



Intubazione tracheale e MCE continuo (manuale o meccanico) fino all'accesso in sala operatoria di cardiocirurgia

Mantenimento, se possibile, dell'ipotermia

c) After Drop e procedure di trasporto protetto

I pazienti in stadio III, in ipotermia profonda, ma con polso e respiro spontaneo ancora presenti possono andare incontro ad arresto cardiorespiratorio da centralizzazione di sangue freddo indotta dalle manovre di condizionamento sulla scena e durante il trasferimento del paziente da un presidio d'imbarcellamento a un altro (AFTER DROP o morte da soccorso).

Si raccomanda la massima cautela durante le manovre che comportano spostamenti della posizione del paziente.

Si raccomanda, inoltre, che durante tali spostamenti il paziente sia sempre soggetto a monitoraggio (ECG, SpO₂, NIBP).



DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- *Althaus U et al.* Management of profound accidental hypothermia with cardiorespiratory arrest. *Ann Surg*, 1982
- *Walpoth B. et al.* Accidental Deep Hypothermia with cardiopulmonary arrest: extracorporeal blood rewarming in 11 patients. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 1990.
- *Mair P et al.* Prognostic markers in patients with severe accidental hypothermia and circulatory arrest. *Resuscitation*, 1994
- *Mads G. et al.* Resuscitation from accidental hypothermia of 13,7°C with circulatory arrest. *Lancet*, 2000.
- *Brugger H et al.* Field management of avalanche victims. *Resuscitation*, 2001
- *Durrer B et al.* The medical on-site treatment of hypothermia ICAR-MEDCOM recommendation. *High Alt Med Biol*, 2003
- *Spaziani F.* Protocollo d'intervento su valanga. Province di Belluno, Trento e Bolzano, 2004
- *Jacquot C.* Prise en Charge des Hypothermies Severes. SAMU, Grenoble, 2005.
- *Giupponi A. et al.* Protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico accidentale grave sul territorio e presso strutture specialistiche. Regione Lombardia - A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, 2005
- *Ruttman E. et al.* Prolonged extracorporeal membrane oxygenation-assisted support provides improved survival in hypothermic patients with cardiocirculatory arrest. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2007
- *Oberhammer R et al.* Full recovery of an avalanche victim with profound hypothermia and prolonged cardiac arrest treated by extracorporeal rewarming. *Resuscitation*, 2008
- *Boyd J et al.* Patterns of death among avalanche fatalities: a 21-year review. *CMAJ*, 2009
- *Boyd J et al.* Prognostic factors in avalanche resuscitation: a systematic review. *Resuscitation*, 2010
- *Soar J et al.* ERC guidelines for resuscitation 2010 section 8. Cardiac arrest in special circumstances: electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. *Resuscitation*, 2010
- *Vanden Hoek TL et al.* Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 AHA guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 2010
- *Haegeli P et al.* Comparison of avalanche survival patterns in Canada and Switzerland. *CMAJ*, 2011
- *Fulgoni N. et al.* La catena del Soccorso nell'Ipotermia Accidentale. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2011
- *Brugger H et al.* Resuscitation of avalanche victims: evidence-based guidelines of ICAR MedCom. *Resuscitation*, 2012
- *Paal P et al.* Termination of cardiopulmonary resuscitation in mountain rescue. *High Alt Med Biol*, 2012
- *Strapazzon G et al.* Electrical heart activity recorded during prolonged avalanche burial. *Circulation*, 2012
- *Douglas J.A.B. et al.* Accidental Hypothermia. *New England Journal of Medicine*, 2012
- *Sataroli C. et al.* Procedura 20. Gestione del paziente ipotermico accidentale. AREU, Regione Lombardia, 2013
- *Mair P et al.* Emergency medical helicopter operations for avalanche accidents. *Resuscitation*, 2013
- *Brugger H et al.* Resuscitation of avalanche victims: evidence-based guidelines of the international commission for mountain emergency medicine (ICAR MEDCOM): intended for physicians and other advanced life support personnel. *Resuscitation*, 2013
- *Pietsch U et al.* Mechanical chest compressions in an avalanche victim with cardiac arrest: an option for extreme mountain rescue operations. *Wilderness Environ Med*, 2014



- *Facchetti G. et al.* Low cooling rate in avalanche burial: two case-reports. *High Alt Med Biol*, 2014
- *Facchetti G. et al.* ExtraCorporeal Membrane Oxygenation in avalanche victim with deep hypothermia and circulatory arrest. *Min Anestesiol*, 2015
- *Truhlár A. et al.* European Resuscitation Guidelines for Resuscitation 2015 Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 2015

BIBLIOGRAFIA

1. Durrer B, Brugger H, Syme D. The medical on-site treatment of hypothermia: ICAR-MEDCOM recommendation. *High Alt Med Biol* 2003;4:99-103
2. Truhlár A, Deakin CD, Soar J, Abbas Khalifa GE, Alfonso A, Bierens JJ, Bratteho G, Brugger H, Dunning J, Hunyadi-Antic'evic S, Koster RW, Lockey DJ, Lott C, Paal P, Perkins GD, Sandroni C, Thies K, Zideman DA, Nolan JP. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation* 2015;95:148-201
3. Brown D, Brugger H, Boyd J, Paal P. Accidental Hypothermia. *N Engl J Med* 2012;367:1930-8
4. Paal P, Milani M, Brown D. Termination of cardiopulmonary resuscitation in mountain rescue. *High Alt Med Biol*, 2012;13:200-8
5. Wik L, Olsen JA, Persse D, Sterz F, Lozano M Jr, Brouwer MA, Westfall M, Souders CM, Malzer R, van Grunsven PM, Travis DT, Withehead A, Herken UR, Lerner EB. Manual vs integrated automatic load-distributing band CPR with equal survival after out of hospital cardiac arrest. The randomized CIRC trial. *Resuscitation* 2014;85(6):741-8
6. Brugger H, Durrer B, Adler-Kastner L, Falk M, Tschirky F. Field management of avalanche victims. *Resuscitation* 2001;51:7-15
7. Falk M, Brugger H, Adler-Kastner L. Avalanche survival chances. *Nature* 1994;311:11-6
8. Mair P, Kornberger E, Furtwaengler W, Balog D, Antretter H. Prognostic markers in patients with severe accidental hypothermia and cardiocirculatory arrest. *Resuscitation* 1994;27:47-54
9. Boyd J, Haegeli P, Abu-Laban RB, Shuster M, Butt JC. Patterns of death among avalanche fatalities: a 21-year review. *CMAJ* 2009;180:507-12
10. Hohlrieder M, Brugger H, Seubert HM, Pavlic M, Ellerton J, Mair P. Pattern and severity of injury in avalanche victims. *High Alt Med Biol* 2007;8(1):56-61
11. McIntosh SE, Grissom CK, Olivares CR, Kim HS, Temper B. Cause of death in avalanche fatalities. *Wilderness Environ Med* 2007;18(4):293-7
12. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway CW, Kundenchuck PJ, Ornato JP, McNally B, Silvers SM, Passman RS, White RD, Hess EP, Tang W, Davis D, Sinz E, Morrison LJ. Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl3):S729-67
13. Bossaert L, O'Connor RE, Arntz HR, Brooks SC, Diercks D, Feitosa-Filho G, Nolan JP, Hoek TJ, Walters DL, Wong A, Welsford M, Woolfrey K. Acute coronary syndromes: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*. 2010;81 Suppl 1:e175-2012



DECRETO 11.01.2016 n. 04

Cessione del ramo di azienda "Villa Pini" dalla società Casa di Cura Privata Santa camilla s.p.a. alle società Casa di Cura privata Villa Serena S.r.l. e Synergo s.r.l. - Presa d'atto - Voltura dell'accreditamento predefinitivo e autorizzazione al trasferimento ed alla riorganizzazione delle attività.

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;

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

VISTO il DCA n. 45/2010 del 05 agosto 2010 che, nel riorganizzare la rete ospedaliera della Regione Abruzzo, ha definito il fabbisogno regionale di posti letto ospedalieri;

VISTO il DCA n. 25/2012 del 04 luglio 2012 che, sulla base dei fabbisogni individuati dalla DCA n. 45/2010, ha rimodulato la dotazione dei posti letto delle Case di Cura private provvisoriamente accreditate per l'erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSR;

VISTA l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria prot. n. 32002 R.G. del 15 dicembre 2010 rilasciata dal Comune di Città Sant'Angelo (PE) alla Casa di Cura Villa Serena, sita in Città Sant'Angelo, alla via Leonardo Petruzzi 42, per complessivi 450 posti letto;

VISTO il DCA n. 79/2013 del 9 ottobre 2013, con il quale, in conformità al suddetto DCA n. 25/2012, è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale alla Casa di Cura Villa Serena, sita in Città Sant'Angelo (PE), tra l'altro, per complessivi 296 posti letto nelle discipline di seguito indicate:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
09 – Chirurgia generale	10	7
21 – Geriatria	10	
26 – Medicina generale	12	
32 – Neurologia	23	
36 – Ortopedia e traumatologia	15	
40 – Psichiatria	24	
49 – Terapia intensiva	3	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	135	20
60 - Lungodegenti	37	
TOTALE	269	27

VISTA l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria prot. n. 400-SUAP-2012 del 26 ottobre 2012 rilasciata dalla Città di Pescara alla Casa di Cura Pierangeli, sita in Pescara, in Piazza Luigi Pierangeli, n. 1 per complessivi 166 posti letto;

VISTO il DCA n. 80 del 9 ottobre 2013 con il quale, in conformità al suddetto DCA n. 25/2012, è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale alla Casa di Cura Pierangeli, sita in Pescara, in Piazza Luigi Pierangeli, 1, tra l'altro, per complessivi 106 posti letto, nelle discipline di seguito indicate:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	12	8
09 – Chirurgia generale	20	
14 - Chirurgia vascolare	10	
26 – Medicina generale	24	
34 – Oculistica	4	
36 – Ortopedia e traumatologia	12	
37 – Ostetricia e ginecologia (*)	5	
43 – Urologia	8	
49 – Terapia intensiva	3	
TOTALE	98	8

(*) senza punto nascita

VISTA l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria prot. n. 2172 del 12 gennaio 2012 rilasciata dal Comune di Chieti alla Casa di Cura Spatocco, sita in Chieti, in Viale Amendola 93, per un massimo di numero 112 posti letto;

VISTO il DCA n. 89/2013 del 9 ottobre 2013 con il quale, in conformità al suddetto DCA n. 25/2012, è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale alla Casa di Cura Spatocco, tra l'altro, per complessivi 95 posti letto, nelle discipline di seguito indicate:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	5	5
09 – Chirurgia generale	22	
21 – Geriatria	8	
26 – Medicina generale	13	
36 – Ortopedia e traumatologia	11	
37 – Ostetricia e ginecologia (*)	5	
49 – Terapia intensiva	3	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	22	1
TOTALE	89	6

(*) senza punto nascita

PRECISATO che le Case di Cura private Pierangeli e Spatocco, a seguito di fusione per incorporazione, hanno modificato la loro denominazione in Synergo S.r.l., con sede legale in Pescara, Piazza Luigi Pierangeli, n. 1;

VISTO il DCA n. 98/2014 del 25 agosto 2014, con il quale è stata autorizzata, in favore della Casa di Cura Santa Camilla S.p.a., la voltura dell'accreditamento provvisorio relativo, tra l'altro, alle attività di assistenza ospedaliera secondo il titolo regionale di legittimazione già in capo alla società villa Pini d'Abruzzo s.r.l. e limitatamente alle prestazioni oggetto del provvedimento comunale di voltura dell'autorizzazione all'esercizio delle attività di ricovero ex L.R. 32/2007 come di seguito rappresentate:

UU.OO.	Posti letto		
	Ordinari	DH	Totali
09 – Chirurgia generale	19	5	
26 – Medicina generale	12		
32 – Neurologia	18		
49 – Terapia intensiva	5		
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	83		
TOTALE	137	5	142

PRECISATO che la società Casa di Cura privata Santa Camilla S.p.a. è collegata ai sensi dell'articolo 2359, comma 3, del codice Civile, alla società Villa Serena S.r.l. ed alla società Synergo s.r.l. che ne detengono la totalità delle quote azionarie con partecipazione paritaria;

VISTA la missiva del 9 dicembre 2015, acquisita il 15 dicembre al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare con numero RA/311005, con la quale i legali rappresentanti della Società Santa Camilla S.p.a. e delle collegate Synergo S.r.l. e Villa Serena

S.r.l., nell'ottica di future operazioni di cessioni di rami di azienda dalla S.p.a. Santa Camilla alle due società collegate, hanno chiesto all'Organo commissariale un assenso preventivo alla realizzazione del progetto di riorganizzazione delle strutture, di seguito rappresentato, mediante redistribuzione dei posti letto facenti capo alla tre società:

Casa di Cura privata Villa Serena	Totale 367 posti letto	
UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
09 – Chirurgia generale	20	10
21 – Geriatria	10	
26 – Medicina generale	18	
32 – Neurologia	32	
36 – Ortopedia e traumatologia	15	
40 – Psichiatria	24	
49 – Terapia intensiva	5	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	176	20
60 - Lungodegenti	37	
TOTALE	337	30

Casa di Cura privata Pierangeli	Totale 161 posti letto	
UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	10	13
09 – Chirurgia generale	51	
14 - Chirurgia vascolare	10	
26 – Medicina generale	23	
34 – Oculistica	4	
36 – Ortopedia e traumatologia	23	
37 – Ostetricia e ginecologia (*)	10	
43 – Urologia	8	
49 – Terapia intensiva	9	
TOTALE	148	13

(*) senza punto nascita

Casa di cura privata Spatocco	Totale 111 posti letto	
UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	7	2
21 – Geriatria	8	
26 – Medicina generale	20	
32 - Neurologia	9	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	64	1
TOTALE	108	3

(*) senza punto nascita

VISTA la nota prot. RA/322030/COMM del 22 dicembre 2015, con la quale, nelle more della

completa definizione degli atti di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale pubblica e privata in attuazione del Decreto Ministeriale 70/2015, ha espresso parere positivo sul rilievo che:

“Le riorganizzazioni rappresentate, pur innovando l’attuale offerta privata di prestazioni ospedaliere afferenti ai bacini di Pescara e di Chieti, garantiscono il fabbisogno ospedaliero regionale programmato dalla deliberazione commissariale n. 45/2010 del 05 agosto, permanendo, in regione Abruzzo, una dotazione di complessivi 553 posti letto per le acuzie, 389 posti letto di riabilitazione e 47 posti letto di lungodegenza.

Si evidenzia che, pur afferendo a bacini provinciali distinti e di competenza di aziende USL diverse, le strutture cedenti e cessionarie di posti letto oggetto di trasferimento si collocano in territori caratterizzati da assoluta contiguità ed assistiti da una efficace e robusta rete di trasporti, tanto da configurarsi come un medesimo ambiente urbano (area metropolitana di Chieti-Pescara).

La proposta appare conforme alle previsioni recate dal DM 70/2015, con specifico riferimento a quanto stabilito al punto 2.5 del documento tecnico allegato al decreto, in relazione alla accreditabilità ed alla sottoscrivibilità degli accordi negoziali, nell’ottica di processi di fusione ed aggregazione di sedi di produzione in un’unica struttura”.

PRECISATO che l’assetto organizzativo proposto è stato assentito “ferma restando la facoltà di chiederne l’eventuale aggiornamento o rimodulazione” nel quadro del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale al vaglio dei Ministeri affiancanti il Piano di Rientro;

VISTA la nota prot. n 584/P del 23 dicembre 2015, acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare il 24 dicembre 2015, con prot. n RA/324603, con la quale la Synergo S.r.l. ha trasmesso l’atto per notar Valerio Vanghetti del 21 dicembre 2015, Rogito n. 3724, Repertorio n. 5999, di acquisto, da parte della Synergo S.r.l., del 50% del ramo di azienda della S.p.a. Santa Camilla riguardante l’esercizio dell’attività sanitaria e assistenziale ospedaliera dell’Area Acuti e dell’Area Riabilitazione Funzionale (Codice 56), per un totale di 71 posti letto, di cui 29 pl per acuti e 42 pl di recupero e riabilitazione funzionale;

RILEVATO che la suddetta cessione, specificatamente, attiene ai posti letto provvisoriamente accreditati ed alle discipline

di seguito indicate: 9 p.l. ordinari di Chirurgia generale, 6 p.l. ordinari di Medicina generale, 9 p.l. ordinari di Neurologia, 3 p.l. ordinari di Terapia intensiva, 2 p.l. di Day Hospital e 42 p.l. ordinari di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56);

CONSIDERATO che con la predetta missiva prot. n 584/P la Synergo S.r.l. ha chiesto la voltura in proprio favore dei suddetti 71 posti letto ed il relativo trasferimento nelle strutture Casa di Cura Pierangeli e Casa di Cura Spatocco, domandando, altresì, la riorganizzazione delle relative dotazioni di posti letto nei termini di seguito indicati:

Casa di Cura Pierangeli: complessivi 161 posti letto:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	10	13
09 – Chirurgia generale	51	
14 - Chirurgia vascolare	10	
26 – Medicina generale	23	
34 – Oculistica	4	
36 – Ortopedia e traumatologia	23	
37 – Ostetricia e ginecologia (*)	10	
43 – Urologia	8	
49 – Terapia intensiva	9	
TOTALE	148	13

(*) senza punto nascita

Casa di Cura Spatocco: complessivi 111 posti letto:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	7	2
21 – Geriatria	8	
26 – Medicina generale	20	
32 - Neurologia	9	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	64	1
TOTALE	108	3

VISTA la nota del 23 dicembre 2015, acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare il 24 dicembre 2015 con prot. n RA/324579, con la quale la società Villa Serena S.r.l. ha trasmesso l'atto per notar Valerio Vanghetti del 21 dicembre 2015, Rogito n. 3724, Repertorio n. 5999, di acquisto da parte della società Villa Serena r.l. del 50% del ramo di azienda della S.p.a. Santa Camilla riguardante l'esercizio dell'attività sanitaria e assistenziale ospedaliera dell'Area Acuti e dell'Area Riabilitazione Funzionale (Codice 56), per un totale di 71 posti letto, di cui 30 per acuti e 41 di recupero e riabilitazione funzionale (Codice 56);

RILEVATO che la suddetta cessione, specificatamente, attiene ai posti letto provvisoriamente accreditati e le discipline di seguito indicate: 10 p.l. ordinari di Chirurgia generale, 6 p.l. ordinari di Medicina generale, 9 p.l. ordinari di Neurologia, 2 p.l. ordinari di Terapia intensiva, 3 p.l. di Day Hospital e 41 p.l. ordinari di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56);

CONSIDERATO che con la predetta missiva del 23 dicembre 2015 la Società Villa Serena S.r.l.

ha chiesto la voltura in proprio favore dei suddetti 71 posti letto ed il loro trasferimento presso l'omonima Casa di Cura con conseguente riorganizzazione della relativa dotazione nei termini di seguito rappresentati:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
09 – Chirurgia generale	20	10
21 – Geriatria	10	
26 – Medicina generale	18	
32 – Neurologia	32	
36 – Ortopedia e traumatologia	15	
40 – Psichiatria	24	
49 – Terapia intensiva	5	20
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	176	
60 - Lungodegenti	37	
TOTALE	337	30

RITENUTO di prendere atto dell'atto per notar Valerio Vanghetti del 21 dicembre 2015, RACC 3724, REP n. 5999, con il quale la società Santa Camilla, proprietaria del complesso aziendale Villa Pini d'Abruzzo esercente attività sanitaria in Chieti, ha ceduto il ramo di azienda denominato Villa Pini, costituito dal complesso dei beni per l'esercizio di attività di assistenza ospedaliera (attività per acuti e di riabilitazione funzionale Codice 56) per il 50% ciascuna, pari a 71 posti letto, alla società Synergo S.r.l., e Villa Serena S.r.l., nei termini sopra rappresentati;

RITENUTO di volturare, in favore della società Synergo S.r.l. e della società Villa Serena S.r.l., l'accreditamento provvisorio relativo all'attività ospedaliera oggetto delle suddette cessioni, come sopra dettagliate, limitatamente al titolo regionale di legittimazione già in capo alla società Casa di Cura Privata Santa Camilla S.p.a.;

VERIFICATA l'aderenza alle proposte di riorganizzazione assentite con la citata missiva prot. RA/322030/COMM del 22 dicembre 2015 delle istanze di rimodulazione delle dotazioni di posti letto, sopra descritte, delle Case di Cura Pierangeli, Spatocco e Villa Serena;

RICHIAMATO l'art. 3 della LR n. 32/2007 che disciplina l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie ricomprendendovi tra l'altro anche l'ipotesi di trasferimento delle stesse in altro comune;

VISTO il parere espresso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato in ordine alla portata applicativa del riferito art. 3 della LR n.

32/2007 (nota prot. n. 30955 P del 24/11/2011) secondo cui la suddetta disposizione legittima anche il trasferimento dei servizi offerti da una struttura;

RITENUTO, pertanto, di consentire, nei termini sopra descritti:

- i trasferimenti dei posti letto ceduti dalla società Santa Camilla S.p.a. e volturati con il presente provvedimento;
- la riorganizzazione delle dotazioni delle Case di Cura Pierangeli, Spatocco e Villa Serena secondo gli schemi proposti con le suddette note acquisite con prot. n. RA/324603 e RA/324579;

STABILITO che i trasferimenti dei posti letto ceduti dalla società Santa Camilla S.p.a. e conseguenti ai riferiti processi di riorganizzazione sono disposti con il vincolo inderogabile dell'attribuzione alla stessa disciplina nello stesso numero di posti letto accreditati nonchè su posti letto già autorizzati per le medesime discipline ex art.4 LR 32/2007 e ss.mm.ii

PRECISATO che, ai fini del rilascio del provvedimento di definitivo accreditamento dei posti letto oggetto di trasferimento, le strutture cessionarie dovranno presentare domanda ai sensi della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii entro sessanta giorni dalla notifica del presente provvedimento;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di prendere atto** della cessione da parte della Casa di Cura privata Santa Camilla S.p.a. con sede legale in Roma Via dei Monti Parioli n. 28, proprietaria del complesso aziendale Villa Pini d'Abruzzo esercente attività sanitaria in Chieti, del ramo di azienda denominato Villa Pini, costituito dal complesso dei beni per l'esercizio di attività di assistenza ospedaliera (attività per acuti e di riabilitazione Codice 56), alle società Synergo S.r.l. sita in Pescara e Villa Serena S.r.l. sita in Città Sant'Angelo nei termini di seguito rappresentati:
 - alla società Synergo S.r.l.: 71 posti letto, di cui 29 per acuti - nello specifico, di 9 p.l. ordinari di Chirurgia generale, 6 p.l. ordinari di Medicina generale, 9 p.l. ordinari di Neurologia, 3 p.l. ordinari di Terapia intensiva, 2 p.l. di Day Hospital - e 42 p.l. ordinari di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56);
 - alla società Villa Serena S.r.l.: 71 posti letto, di cui 30 per acuti - specificatamente 10 p.l. ordinari di Chirurgia generale, 6 p.l. ordinari di Medicina generale, 9 p.l. ordinari di Neurologia, 2 p.l. ordinari di Terapia intensiva, 3 p.l. di Day Hospital - e 41 p.l. ordinari di Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56);
2. **di volturare** in favore della società Synergo S.r.l. l'accreditamento provvisorio relativo alle suddette attività di assistenza ospedaliera oggetto di cessione, limitatamente al titolo regionale di legittimazione già in capo alla società Casa di Cura privata Santa Camilla S.p.a., fermo restando il possesso del relativo e pertinente titolo di autorizzazione all'esercizio, autorizzandone il trasferimento presso le Case di Cura Spatocco, sita in Chieti, e Pierangeli, sita in Pescara, con conseguente riorganizzazione delle relative dotazioni di posti letto, nei termini di seguito indicati:

Casa di Cura Pierangeli: complessivi 161 posti letto:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	10	13
09 – Chirurgia generale	51	
14 - Chirurgia vascolare	10	
26 – Medicina generale	23	
34 – Oculistica	4	
36 – Ortopedia e traumatologia	23	
37 – Ostetricia e ginecologia (*)	10	
43 – Urologia	8	
49 – Terapia intensiva	9	
TOTALE	148	13

(*) senza punto nascita

Casa di Cura Spatocco: complessivi 111 posti letto:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
08 – Cardiologia	7	2
21 – Geriatria	8	
26 – Medicina generale	20	
32 - Neurologia	9	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	64	1
TOTALE	108	3

(*) senza punto nascita

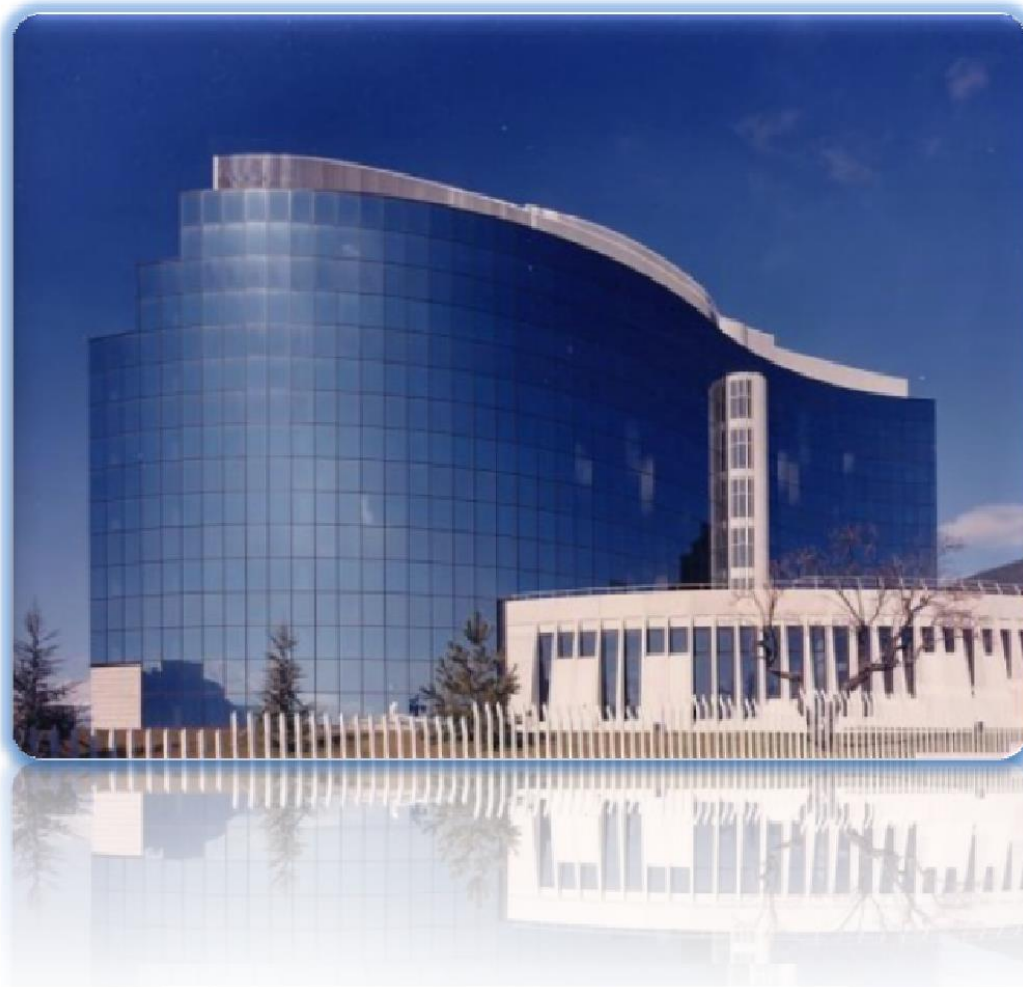
3. **di volturare** in favore della società Villa Serena S.r.l., l'accreditamento provvisorio relativo alle attività di assistenza ospedaliera oggetto di cessione, limitatamente al titolo regionale di legittimazione già in capo alla società Casa di Cura privata Santa Camilla S.p.a , fermo restando il possesso del relativo e pertinente titolo di autorizzazione all'esercizio, autorizzandone il trasferimento presso l'omonima Casa di Cura con conseguente rimodulazione della relativa dotazione di posti letto nei termini di seguito dettagliati:

UU.OO.	Posti letto	
	Ordinari	DH
09 – Chirurgia generale	20	10
21 – Geriatria	10	
26 – Medicina generale	18	
32 – Neurologia	32	
36 – Ortopedia e traumatologia	15	
40 – Psichiatria	24	
49 – Terapia intensiva	5	
56 – Recupero e riabilitazione funzionale	176	20
60 - Lungodegenti	37	
TOTALE	337	30

4. **di stabilire** che i trasferimenti dei posti letto ceduti dalla società Santa Camilla e dei conseguenti processi di riorganizzazione possono avvenire con il vincolo inderogabile dell'attribuzione alla stessa disciplina nello stesso numero di posti letto accreditati oltre che su posti letto già autorizzati per le medesime discipline ex art. 4 LR 32/2007 e ss.mm.ii;
5. **di precisare** che le suddette rimodulazioni sono consentite nelle more della completa ridefinizione della rete ospedaliera regionale in attuazione del Decreto Ministeriale 70/2015, con facoltà regionale di chiederne l'eventuale aggiornamento all'esito della proposta di riorganizzazione attualmente al vaglio dei Ministeri affiancanti il Piano di Rientro;
6. **di precisare** che, ai fini del rilascio del provvedimento di definitivo accreditamento dei posti letto oggetto di trasferimento, le strutture cessionarie dovranno presentare domanda ai sensi della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. entro sessanta giorni dalla notifica del presente provvedimento;
6. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione, notificandone copia alle Strutture interessate ed alle afferenti AASSLL, notiziandone i competenti

servizi del Dipartimento per la Salute ed per il Welfare e l'Agazia sanitaria regionale, e di disporne la pubblicazione sul BURA.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso



**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