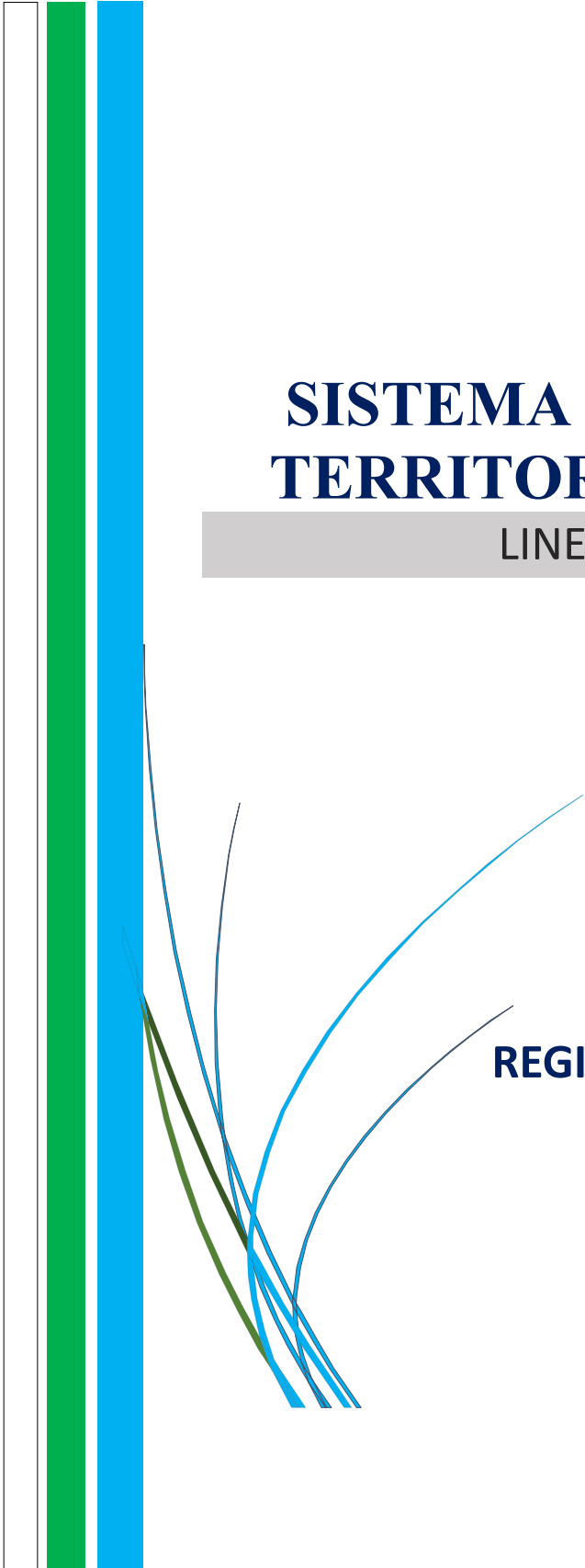


SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE – S.E.T. 118

LINEE DI INDIRIZZO



REGIONE ABRUZZO

**Approvato dal Comitato Emergenza Urgenza Abruzzo – CREA
nella riunione del 29/07/2026**

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. LE LINEE DI SVILUPPO DEL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE	5
2.1 Necessità organizzative.....	5
2.2 Formazione	6
2.4 Dotazioni del Servizio 118	7
2.5 Performance di sistema nel 2025	8
3. IL RIASSETTO DELLE POSTAZIONI 118	11
3.1 Il riordino approvato con DGR 589/2023 e le nuove modifiche	11
3.2 Il contributo dell'assistenza territoriale secondo dm 77/2022 al potenziamento della rete di emergenza-urgenza territoriale.....	16
3.3 La rete secondo i diversi livelli di intervento: tipologia dei mezzi di soccorso e criteri di configurazione	16
3.4 Nuovo assetto della rete.....	17
3.5 Rete post-riorganizzazione: considerazioni e risultati attesi.....	25
3.6 Efficienza di sistema.....	27
3.7 Cronoprogramma di realizzazione	27
3.8 Periodo di sperimentazione, monitoraggio e indicatori	27
Riferimenti normativi nazionali	29
Riferimenti normativi regionali.....	30

1. PREMESSA

Il Sistema di Emergenza Territoriale (SET 118) annovera tra i propri compiti istituzionali la garanzia di rapida presa in carico del paziente critico e il suo trasporto, in condizioni di sicurezza, nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri attrezzati per il trattamento di specifiche patologie. I P.S. garantiscono a loro volta gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato o, nei casi più complessi, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e al successivo ricovero o all'eventuale trasporto secondario ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale Operativa.

Con l'emanazione del DPR 27 marzo 1992, l'Emergenza Sanitaria territoriale si è trasformata da "servizio" (semplice invio dell'ambulanza sul luogo dell'evento e trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino) ad un vero e proprio "Sistema" capace di gestire la fase di allarme e di risposta territoriale all'emergenza-urgenza. Il S.E.T. si avvale della rete di soccorso e trasporto sanitario (sedi fisse ed automezzi) che ha l'obiettivo di assicurare 7 giorni su 7, 24 ore su 24, una risposta appropriata alle situazioni di urgenza o emergenza sanitaria e alle maxi-emergenze, con l'invio di mezzi di soccorso adeguati.

Il sistema di emergenza-urgenza territoriale deve essere contestualizzato e periodicamente revisionato con l'obiettivo di migliorarne i risultati e aggiornare i bisogni di salute ai mutati scenari socio-demografici e assistenziali. Il S.E.T. opera in sinergia con la rete ospedaliera affinché vengano attuati percorsi assistenziali appropriati, che tengano conto dell'organizzazione *hub & spoke* stabilita dalla programmazione regionale.

Il Sistema 118 assicura la continuità nella "catena della sopravvivenza" con un'organizzazione integrata tra il sistema dell'emergenza territoriale e quello ospedaliero.

A tal fine è importante curare l'integrazione delle Unità Operative appartenenti ai Dipartimenti di emergenza-urgenza, la formazione specifica e interdisciplinare degli operatori e la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di procedure, nazionali e/o regionali.

Gli obiettivi di miglioramento della rete territoriale dell'emergenza-urgenza individuati nel presente atto di scenario e di indirizzo sono declinati nei seguenti documenti tecnici da curare, in collaborazione con il CREA - Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo insediato presso l'ASR Abruzzo, dal Gruppo di Lavoro AASSLL-Regione istituito con D.D. DPF027/11 del 12.2.2026 per la definizione di indirizzi unitari in ambito di emergenza-urgenza extra-ospedaliera:

- riassetto delle postazioni di soccorso avanzato e di base 118 rispetto al recente assetto di cui alla DGR 589/2023 (adottato nel **Par. 3** del presente documento);
- definizione di un programma di formazione, certificazione e reclutamento, secondo indirizzi unitari a livello regionale, degli operatori, laici e sanitari, del 118 che prestano servizio a bordo di ambulanze ed elicottero sanitario, in base a linee guida contenute nell'Accordo Stato-Regioni 22 maggio 2003;

-
- riassetto dei Punti di Primo Intervento¹ regionali in conformità alle indicazioni del DM 70/2015;
 - revisione dei vigenti protocolli STAM-STEN (DCA 58/2015);
 - revisione dei protocolli di attivazione del mezzo elicotteristico (All. 1 del DCA 8/2011);
 - adeguamento infrastrutturale (reti tecnologiche, parco autoveicoli) e implementazione omogenea di nuove tecnologie;
 - revisione delle linee di indirizzo sulle manifestazioni programmate (DGR 806/2014) e sulle maxiemergenze (DGR 264/2018);
 - definizione del Piano Regionale delle Elisuperfici;
 - revisione del sistema di accreditamento BLSD (DCA 2/2015 e Accordo Stato-Regioni 127/CSR del 30 luglio 2015).

I punti cardine della riforma della rete territoriale di emergenza sono ispirati ad:

1. Efficacia;
2. Efficienza;
3. Omogeneità;
4. Standardizzazione;
5. Sostenibilità.

¹ I PPI possono essere fissi o mobili; questi ultimi, spesso organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasioni di manifestazioni di massa, sportive o religiose.

2. LE LINEE DI SVILUPPO DEL SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE

2.1 Necessità organizzative

Obiettivo principale della rete è quello di garantire una capillarità di intervento finalizzata, in particolare, alla gestione delle patologie tempo-dipendenti e delle relative reti di area vasta: Stroke – Trauma Maggiore – Arresto Cardiaco – Sindrome Coronarica Acuta – Insufficienza Respiratoria Acuta – Sepsì.

La rete di emergenza territoriale deve essere organizzata su più livelli integrati e coordinati fra loro, che siano in grado di garantire la risposta sanitaria nei tempi dovuti.

Per ottenere i migliori risultati è necessario:

- assicurare e monitorare i collegamenti tra le strutture aziendali e sovrazionali deputate all'emergenza: dal soccorso territoriale, al Pronto Soccorso ospedaliero fino alla Terapia Intensiva;
- assicurare il coinvolgimento degli enti del terzo settore (ETS);
- assicurare il raccordo e l'integrazione con il servizio di continuità assistenziale facente capo al numero unico 116117 – attivo in regione dal 9.6.2026 - per la migliore gestione delle urgenze differibili (Accordo S-R Rep. Atti n. 36/CSR del 7.2.2013 e Rep. Atti n. 221/CSR del 24.11.2016);
- gestire le risorse assegnate in un'ottica di ottimizzazione regionale;
- contribuire all'educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie, anche attraverso collaborazioni con il sistema scolastico.

La riforma del sistema di emergenza territoriale 118 non può prescindere dal/dalla:

- miglioramento continuo dell'appropriatezza dei profili professionali impiegati;
- implementazione dell'integrazione con la medicina di emergenza intra-ospedaliera (Pronto Soccorso - Osservazione Breve Intensiva - Medicina Emergenza-Urgenza - Rianimazione);
- elaborazione di protocolli di intervento e di accesso al sistema ospedaliero, in particolare per le emergenze e urgenze cardio-cerebrovascolari, traumatologiche e pediatriche, in conformità agli atti riferiti alle reti tempo-dipendenti e standardizzati a livello regionale;
- ottimizzazione e razionalizzazione dell'attività dei Punti di Primo Intervento (PPI) collocati nei PTA regionali;
- plasticità di adeguamento del sistema con le dinamiche turistiche della Regione, che negli ultimi anni hanno subito importanti mutamenti;

- integrazione delle professionalità all'interno dei Dipartimenti di emergenza-urgenza (DEA), ove possibile con la rotazione dei professionisti tra postazioni territoriali e Pronto Soccorso;
- attivazione di un processo regionale organico e unitario di analisi e monitoraggio dei dati riguardanti:
 - a) volumi e qualità delle prestazioni erogate dal sistema del soccorso sanitario regionale;
 - b) applicazione delle procedure;
 - c) raggiungimento degli standard ministeriali finalizzato ad una revisione sistematica dei bisogni e della localizzazione delle postazioni.

Alla luce di quanto rappresentato con riferimento agli elementi di criticità dell'attuale rete di emergenza-urgenza, è necessario prevedere un percorso di sviluppo e modernizzazione che porti a una declinazione omogenea delle funzioni del S.E.T. 118 (e, di riflesso, dell'intero SUEM) sul territorio regionale.

L'utilizzo calibrato ed appropriato delle automediche (da incrementare nei numeri assoluti) garantisce il tempestivo impiego delle migliori competenze direttamente sul territorio, garantendo la copertura di aree più vaste a parità di équipes di base o avanzate.

A supporto del sistema di terra e ad ulteriore garanzia di qualità, deve essere ottimizzata e armonizzata l'attività delle due basi HEMS in modo da eleggere una Centrale Regionale di Elisoccorso (CREL) di gestione della risorsa elicotteristica; va inoltre migliorata e istituzionalizzata la rete infrastrutturale delle elisuperfici, che saranno progressivamente rese fruibili anche per il volo notturno.

Al fine di garantire la migliore gestione delle patologie tempo-dipendenti le Centrali Operative si dotano di sistemi di telemedicina e telemonitoraggio.

Al contempo, anche in collaborazione con l'Agenzia di Protezione Civile regionale, deve essere implementato un sistema di radiocomunicazione digitale, a superamento dell'attuale rete radio analogica.

2.2 Formazione

Data la necessità di standardizzare le competenze dei professionisti, è auspicabile affidare ad un'unica Unità Operativa di Formazione, tra le 4 esistenti presso le AASSLL regionali, l'onere di garantire una programmazione condivisa (anche con il NOES in caso di formazione in materia di maxiemergenze) delle attività formative, anche di tipo ECM.

In particolare, l'evoluzione della figura dell'infermiere a cui si è assistito negli anni² permette di attivare un nuovo modello ispirato alla valorizzazione della sua professionalità. Quest'ultimo è caratterizzato dal riconoscimento di una specifica autonomia e responsabilità in ambito preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo e consente oggi di adottare già in fase pre-ospedaliera percorsi diagnostico-terapeutici avanzati.

² sancita dal DM 739/94, dalla Legge n. 42/99 e dalle leggi 10 agosto 2000, n. 251 e 1° febbraio 2006, n. 43.

Per quanto attiene il personale infermieristico, deve essere adottato uno specifico percorso formativo finalizzato al trattamento anche farmacologico nell'ambito dell'emergenza territoriale, sulla base di protocolli/procedure emanati dal Direttore della Centrale Operativa di soccorso sanitario e condivisi nell'ambito del Coordinamento regionale delle Centrali Operative di soccorso sanitario. Le competenze acquisite saranno certificate da enti terzi, in modo da avere massima garanzia di qualità delle cure erogate alla popolazione.

Sarà favorita la collaborazione con i poli universitari regionali, al fine di sviluppare corsi di formazione, eventi e master finalizzati alla certificazione delle competenze. Per quanto attiene la metodica didattica, è necessario privilegiare la formazione in simulazione, stante l'esistenza di idonei centri presso l'Università di L'Aquila e la ASL di Pescara.

L'implementazione di protocolli infermieristici (finalizzati agli equipaggi su base infermieristica), la formazione certificata per il personale soccorritore volontario a bordo dei mezzi MSB (di base e avanzati) e la formazione specifica in emergenza-urgenza con *training on the job* nelle diverse unità che compongono il Dipartimento di Emergenza-Urgenza sono i punti strategici del nuovo modello formativo-operativo regionale.

2.4 Dotazioni del Servizio 118

Alla data del 1° gennaio 2025 il totale dei medici impiegati nelle Unità Operative di 118 risultava pari a 125 unità. Di seguito il prospetto diviso per province.

Tabella 1 - Medici

Azienda Sanitaria	Medici (compreso il direttore)	Medici prossimi al pensionamento
ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila	44	5
ASL Lanciano - Vasto - Chieti	26	10
ASL Pescara	31	0
ASL Teramo	12+1 special.	3
Totale	114	18

Alla medesima data il totale degli infermieri impiegati nelle Unità Operative di 118 era pari a 261 unità. Si in alcuni Presidi Ospedalieri gli infermieri che operano nel Pronto Soccorso prendono parte anche alle attività di 118.

Tabella 2 - Infermieri

Azienda Sanitaria	Infermieri
ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila	35*
ASL Lanciano - Vasto - Chieti	91
ASL Pescara	38
ASL Teramo	86

Totale	250
---------------	------------

**Parte degli infermieri sono in carico ai PS. ** 5 postazioni in convenzione comprensivi di Infermieri

Nella stessa data il totale degli autisti impiegati nelle Unità Operative di 118 era pari a 173 unità.

Tabella 3 - Autisti

Azienda Sanitaria	Autisti
ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila	50
ASL Lanciano - Vasto - Chieti	46
ASL Pescara	33
ASL Teramo	50
Totale	179

Alla data del 30 settembre 2024 il totale dei mezzi di soccorso avanzato (con personale sanitario a bordo), rapportati H24, attivi a livello regionale era pari a nr. 65 ambulanze e 15 automediche. Di seguito il prospetto diviso per province.

Tabella 4 - Parco autovetture

Azienda Sanitaria	Ambulanze	Ambulanze non idonee a interventi primari	Automediche	Da rottamare
ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila	15		5	1
ASL Lanciano-Vasto-Chieti	12	2	3+3 in acquisizione	
ASL Pescara	12	2	4	
ASL Teramo	25	8	6	2
Totale	64	12	18	3

2.5 Performance di sistema nel 2025

Nel 2025 il Sistema di Emergenza Territoriale regionale ha eseguito 92.175 interventi (in crescita del 2,6% rispetto al 2024), nell'ambito di 94.392 missioni gestite.

Nel 2025 le chiamate di competenza sanitaria sono state 187.613, per il 76% delle quali è seguito l'invio di un mezzo di soccorso; il filtro (abbattimento) svolto dal NUE 112 è stato nell'ordine di circa il 30% rispetto al totale delle chiamate.

Le missioni sono state gestite in prevalenza da mezzi di soccorso di base (40,29%), con tempi medi di arrivo generalmente compresi tra 21 e 23 minuti; sono invece più ampi i tempi di intervento dell'elisoccorso, in media pari a 34 minuti.

40,29% – Mezzo di soccorso di base (soccorritore)
27,73% – Mezzo di soccorso avanzato (medico + infermiere)
23,25% – Mezzo di soccorso avanzato (infermiere)
6,16% – Altro/elicottero

L'elevato ricorso al mezzo avanzato infermieristico (23,25%) è correlato al modello organizzativo che negli ultimi anni è stato prevalente in regione.

La distribuzione delle patologie riscontrate denota un'elevata incidenza di eventi traumatici e altri eventi critici di tipo cardiocircolatorio e respiratorio o correlati a patologie di tipo neurologico.

Il 118 Abruzzo Soccorso nel 2025 ha registrato un totale di 92.175 interventi così suddivisi tra le tre Centrali Operative regionali:

- 17.376 interventi per la C.O. Avezzano–Sulmona–L'Aquila;
- 27.116 per la C.O. Teramo;
- 47.683 per la C.O. di Chieti–Pescara (quasi il triplo dei casi gestiti dalla C.O. 118 di L'Aquila per un territorio di 3.818 kmq a fronte dei 5.048 kmq della provincia aquilana).

L'assegnazione della criticità presunta (triage) è stata confermata come appropriata per il 66,12% dei casi.

Tabella 5 - Presidi ospedalieri di centralizzazione degli utenti gestiti dal SET 118 per criticità presunta – Abruzzo - 2025

Ospedale	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
Maria SS. dello Splendore – Giulianova	2	1.749	3.033	128
Mazzini – Teramo	–	4.126	4.634	627
San Liberatore – Atri	1	1.127	1.492	59
Val Vibrata – Sant'Omero	–	1.891	1.877	58
Spirito Santo – Pescara	340	3.659	9.656	1.429
San Camillo De Lellis - Atessa	1	49	108	5
SS. Annunziata – Chieti	27	1.113	4.283	1.067
Renzetti – Lanciano	39	686	3.196	577
G. Bernabeo - Ortona	5	146	209	7
San Massimo – Penne	135	327	518	36
San Pio da Pietrelcina - Vasto	161	1.020	2.587	387
SS. Trinità – Popoli	14	394	577	37
San Salvatore – L'Aquila	39	1.015	2.867	478

Ospedale	Bianco	Verde	Giallo	Rosso
S. Filippo e Nicola - Avezzano	15	1.085	3.510	503
SS. Annunziata - Sulmona	8	515	1.328	159
Ospedale Civile - Castel di Sangro	—	3	7	1
Non associabile	3.692	10.368	9.362	1.056

Tabella 6 - Sintesi comparativa

Centrale	% Giallo	% Verde	% Rosso	% Bianco	% Non definito	% Nero
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	59%	26%	9%	3%	0,6%	2,3%
Teramo	49%	39%	3,7%	2,3%	4,3%	2%
Chieti-Pescara	52%	28%	8,8%	6,6%	1,7%	2,5%

La maggior parte dei trasporti è riferita alla fascia di popolazione anziana e complessa tra 70 e 90 anni, con prevalenza di patologie croniche e tempo-dipendenti e conseguente elevato impatto su complessità clinica e tempi di risoluzione degli interventi.

Il sistema si presenta fortemente orientato al trasporto e mostra flussi di gravitazione molto polarizzati nelle due direttrici delle aree costiere e delle aree interne.

L'area costiera presenta una maggiore complessità clinica, data l'elevata presenza di codici rossi, mentre le aree interne evidenziano una prevalenza di codici gialli.

3. IL RIASSETTO DELLE POSTAZIONI 118

3.1 Il riordino approvato con DGR 589/2023 e le nuove modifiche

Il riassetto delle postazioni del 118 poi approvato con DGR 589/23 è stato proposto in ragione di valutazioni effettuate in sede ASR/CREA dalle Centrali Operative 118 (L'Aquila, Pescara-Chieti e Teramo) sulla base di fattori specifici, quali:

- sub-utilizzo o mancata attivazione di postazioni previste nel DCA 95/2015;
- razionalizzazione dell'operatività delle postazioni esistenti;
- stato delle vie di comunicazione e vincoli orografici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul target e relativa ospedalizzazione del paziente;
- distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso;
- flussi turistici stagionali.

Gli indicatori a supporto delle decisioni assunte sono stati i seguenti:

1. densità demografica e distribuzione della popolazione;
2. orografia e viabilità;
3. valutazione dei tempi di risposta (standard di copertura temporale);
4. livello di complessità dell'assistenza necessaria;
5. presenza di strutture sanitarie e reti tempo-dipendenti.

Figura 1 - Assistiti trasportati dal 118 per istituto di destinazione – Anno 2025

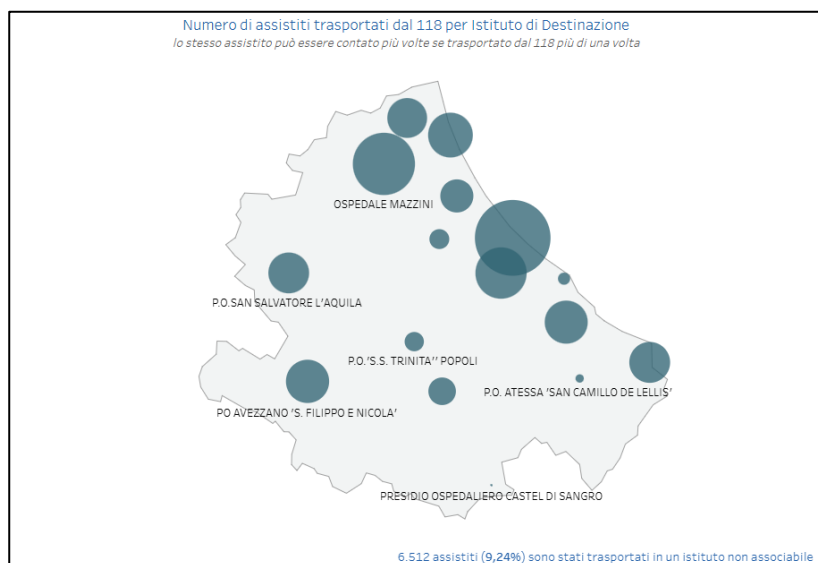


Figura 2 – Missioni per genere e età (M/F)

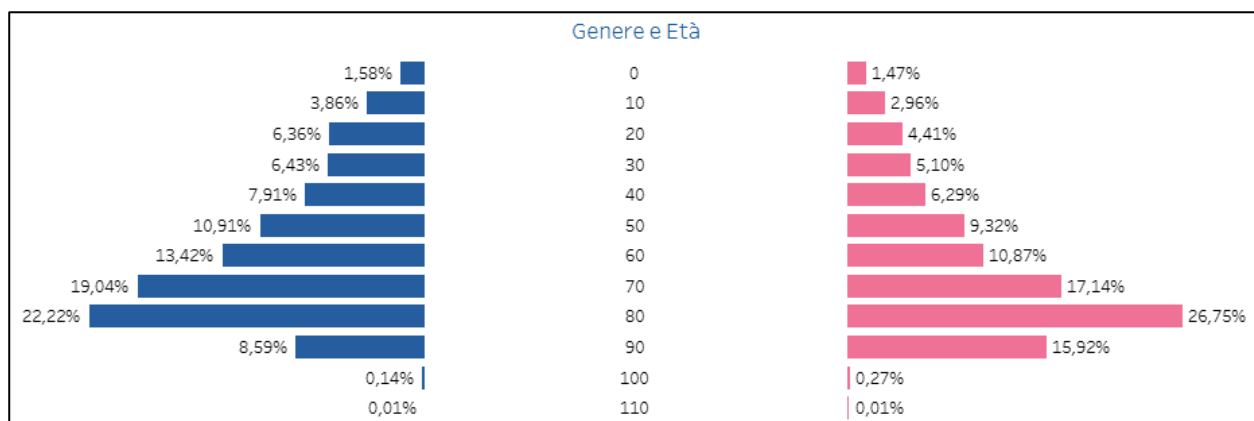


Figura 3 - Missioni attivate in Abruzzo nel 2025, per comune di destinazione (mappa)

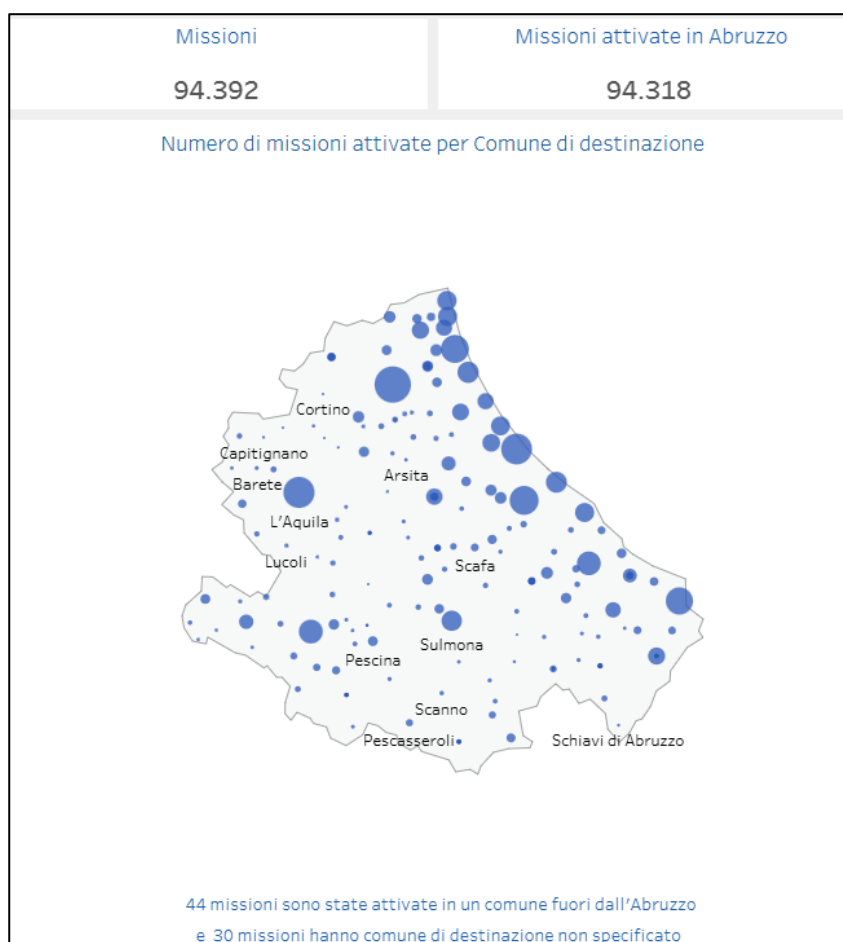
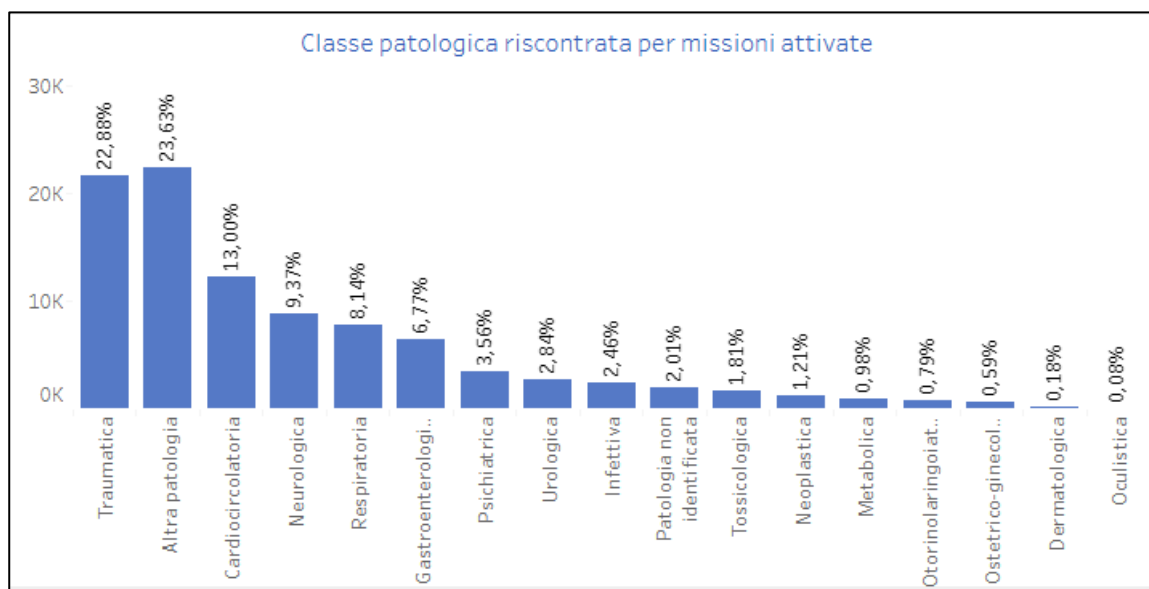


Figura 4– Classe patologica riscontrata per missioni attivate



La rete approvata con DGR 589/2023, sebbene adottata a seguito di diretta interlocuzione con le AASSLL, è stata subito caratterizzata – in fase applicativa - da incisive de-medicalizzazioni, assentite dal CREA e dallo stesso provvedimento regionale in subordine all'adozione di protocolli infermieristici, nelle more di una nuova rimodulazione. Il *downgrade* delle postazioni è stato principalmente dovuto a esodi medici, pensionamenti e perdita di attrattività degli incarichi territoriali di emergenza, situazione che nel corso del tempo si è attestata come strutturale, in modo particolare in alcuni territori (Asl Teramo).

Obiettivo prioritario delle modifiche previste dal presente paragrafo (relativo al riordino delle postazioni territoriali 118) è la garanzia di omogeneità e di continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete dei Pronto Soccorso (PS), componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Nel contesto attuale, le notevoli differenze tra le zone a popolazione dispersa e i centri urbani e la necessità di garantire interventi equi e omogenei su tutto il territorio regionale impongono un ripensamento dei servizi di emergenza anche nelle zone suburbane oltre che nelle aree interne, da anni obiettivo della strategia nazionale SNAI (strategia nazionale aree interne) oltre che dell'implementazione di nuovi modelli di cure di prossimità.

La revisione della rete di emergenza, indotta da cambi di paradigma che accomunano tutte le regioni italiane, si traduce tuttavia in un sostanziale ampliamento dell'offerta territoriale sia in termini di operatività oraria che di aggiunta di nuove postazioni, accompagnato dall'implementazione di percorsi e protocolli infermieristici e di adeguata tecnologia, oltre che di un diffuso utilizzo delle automediche.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118, che in alcune realtà risulta affidatario non solo della totalità dei trasporti secondari urgenti ma anche dei trasporti programmati (garantita dalle AASSLL attraverso "Centrali Operative di Trasporto" dotate di separato equipaggio e automezzi).

Figura 5– Tempo medio di arrivo sul luogo dell'accaduto per mezzo

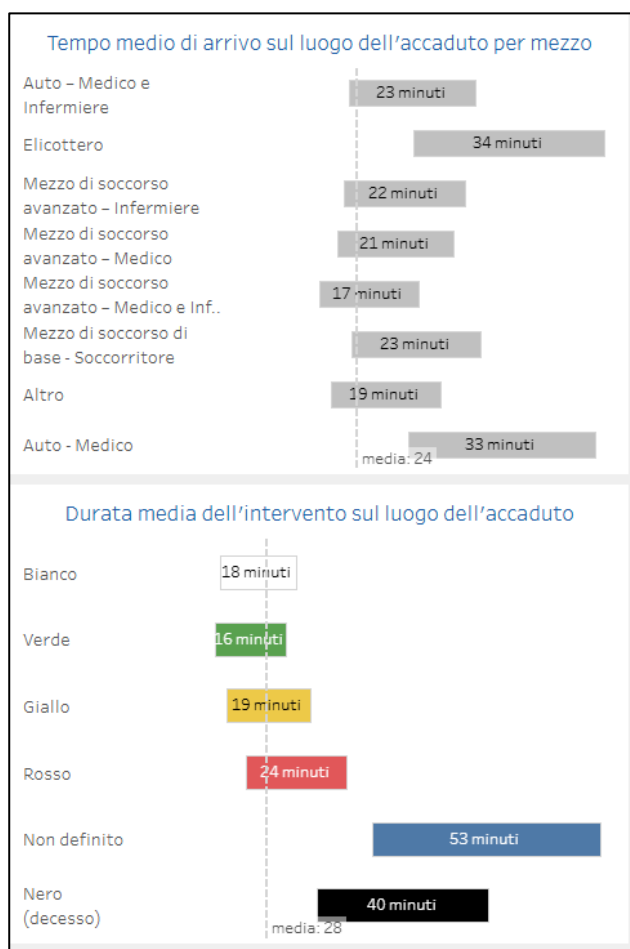


Tabella 7 - Distribuzione per criticità di missioni ed interventi gestiti dalla C.O. L'Aquila - 2025

Criticità	Numero Missioni	% Missioni	Numero Interventi	% Interventi	Assistiti Trasportati	% Assistiti
Nero	417	2,37%	376	2,16%	9	0,07%
Non definito	112	0,64%	111	0,64%	2	0,01%
Rosso	1.556	8,83%	1.504	8,65%	1.249	9,29%
Giallo	10.418	59,12%	10.355	59,59%	8.887	66,15%
Verde	4.663	26,46%	4.656	26,80%	3.137	23,35%
Bianco	588	3,34%	587	3,37%	150	1,12%

Tabella 8 - Distribuzione per criticità di missioni ed interventi gestiti dalla C.O. Chieti-Pescara - 2025

Criticità	Numero Missioni	% Missioni	Numero Interventi	% Interventi	Assistiti Trasportati	% Assistiti
Nero	1.221	2,48%	1.056	2,21%	15	0,04%
Non definito	864	1,75%	863	1,81%	2	0,006%
Rosso	4.343	8,82%	3.974	8,33%	3.937	11,65%
Giallo	25.705	52,20%	25.223	52,89%	21.620	64,00%
Verde	14.047	28,52%	14.010	29,38%	7.448	22,05%
Bianco	3.280	6,66%	3.261	6,84%	759	2,24%

Tabella 9 - Distribuzione per criticità di missioni ed interventi gestiti dalla C.O. Teramo - 2025

Criticità	Numero Missioni	% Missioni	Numero Interventi	% Interventi	Assistiti Trasportati	% Assistiti
Nero	560	2,03%	487	1,79%	8	0,03%
Non definito	1.198	4,35%	1.193	4,40%	4	0,02%
Rosso	1.037	3,77%	1.020	3,76%	945	4,06%
Giallo	13.482	48,97%	13.373	49,32%	12.254	52,65%
Verde	10.659	38,71%	10.533	38,84%	10.045	43,16%
Bianco	636	2,31%	630	2,32%	17	0,07%

3.2 Il contributo dell'assistenza territoriale secondo dm 77/2022 al potenziamento della rete di emergenza-urgenza territoriale

La gestione integrata dei servizi sanitari espletata mediante lo sviluppo di collaborazioni strategiche intra e inter-organizzative (o anche dette interaziendali) tra gli attori ospedalieri e territoriali contribuisce a promuovere il superamento delle criticità che caratterizzano i servizi di emergenza-urgenza nel SSR Abruzzo.

In Abruzzo è ancora ultimata l'implementazione del Piano di Assistenza Territoriale i cui standard, fissati con DM 77/2022, sono stati recepiti con DGR 773/2022; non è quindi ancora possibile valutare il contributo strategico delle strutture di riferimento, in termini di filtro per l'accesso, alla rete di emergenza-urgenza territoriale, ai DEA ed ai Pronto Soccorso regionali. Dall'analisi dei documenti regionali e aziendali emerge l'intento di creare un SSR virtuoso basato su interazioni tra gli *stakeholders* chiave, su cui è necessario investire per ottenere efficienza e sostenibilità di tutto il Sistema di Emergenza Urgenza.

La nuova rete territoriale sortirà risultati positivi anche per i servizi di medicina di urgenza, grazie all'attrattività dei poli *hub* e *spoke* delle Case di Comunità, in grado di potenziare gli *outcome* dei servizi distrettuali e migliorare la fiducia dei cittadini-utenti, intercettandone i bisogni di salute e di primo soccorso nei luoghi più vicini alla residenza. Il tema dell'emergenza-urgenza, infatti, non può essere separato da quello della riforma complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

3.3 La rete secondo i diversi livelli di intervento: tipologia dei mezzi di soccorso e criteri di configurazione

Ambulanze di primo soccorso con soccorritore di base o avanzato (MSB)

Assicurano la rete base del soccorso istituzionale extraospedaliero. Devono essere previste in numero sufficiente a garantire, di norma, il raggiungimento del target entro 8 minuti dall'attivazione del mezzo di soccorso e il raggiungimento delle altre aree entro 20 minuti. Sarà valorizzato il rapporto con le Associazioni, che dovranno garantire livelli di qualità certificati grazie alla progressiva messa a bando – per singoli lotti – di tutte le postazioni tramite procedure di gara regionale.

Mezzi di Soccorso Avanzato di Base con infermiere (MSAB)

Costituiranno la base più importante e solida del soccorso avanzato nel territorio regionale, assicurando una risposta professionale altamente qualificata. Per i mezzi in convenzione affidati tramite avvisi ex art. 56 D.Lgs. 117/2017, è richiesta una certificazione di competenze.

Mezzi di Soccorso Avanzato con medico Asl (MSA)

La postazione di soccorso avanzato garantisce la medicalizzazione per l'emergenza-urgenza di un'area territoriale definita. In considerazione dell'attuale situazione demo-epidemiologica, delle

competenze dei professionisti coinvolti e dell'innovazione tecnologica, è oggi possibile, in linea con altre realtà nazionali, la razionalizzazione di questa risorsa, che garantisca - superata la fase di fisiologica transizione - il passaggio dall'attuale modello all'assetto organizzativo previsto dal presente documento.

Autoveicoli di Soccorso Avanzato con équipe sanitaria a bordo (ASA)

Possono essere impiegati in casi selezionati dalla Centrale Operativa di soccorso sanitario; assicurano il necessario supporto agli equipaggi che ne richiedano l'intervento; operano con partenza di norma da sedi aziendali integrate con i servizi di emergenza ospedalieri o da Case della Comunità.

In situazioni specifiche e previa adeguata valutazione legata alla particolarità del territorio, a supporto ed integrazione del sistema di trasporto sanitario, le AASSLL, in via sperimentale, potranno dotare gli autoveicoli di soccorso avanzato oltre che di personale sanitario anche di soccorritori di livello avanzato con funzione di autista.

La composizione minima dell'equipaggio, le attrezzature tecniche e il materiale degli autoveicoli di soccorso sono definiti con norme regionali (DGR 696 del 25.10.2023, come modificata da DGR 484 dell'1.8.2024).

Elisoccorso

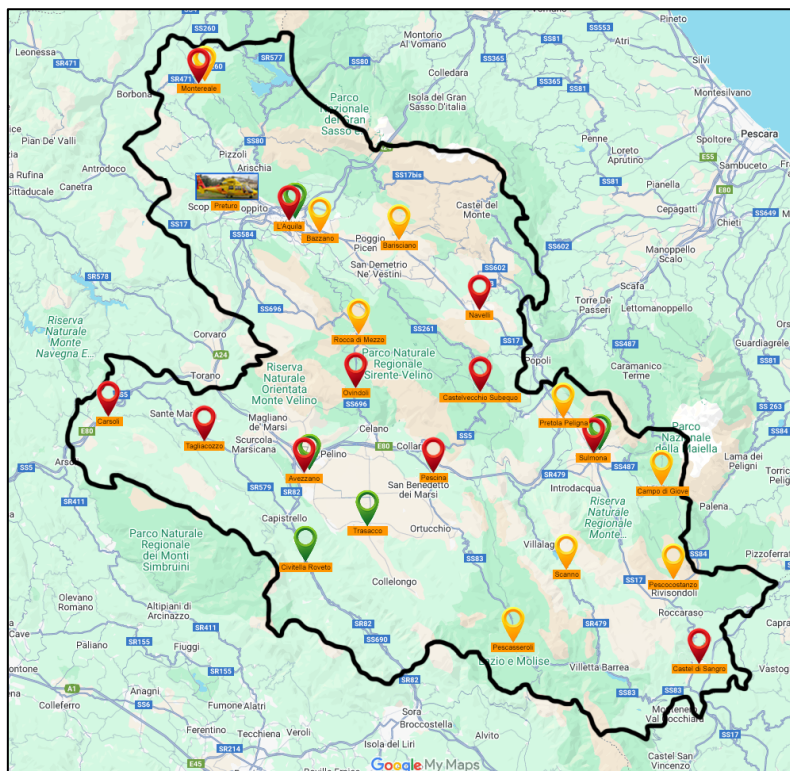
L'organizzazione dell'elisoccorso dovrà essere modulata in funzione della riorganizzazione della rete delle autoambulanze. La sua presenza nelle ore diurne andrà a coprire qualsiasi necessità del territorio, a garanzia della massima funzionalità di sistema.

Sarà necessaria una centralizzazione delle attività delle due basi HEMS al fine di armonizzare l'attività dei due mezzi ad ala rotante rispetto alle necessità dell'intera regione. A tal fine si propone di dare alle due centrali operative di L'Aquila e Chieti-Pescara la funzione di gestione del servizio regionale su base alternata e semestrale, in modo che, così come avviene a livello nazionale, le centrali possano vicariarsi a vicenda in caso di necessità o avaria di una delle due. Inoltre, sarà implementata la rete infrastrutturale delle elisuperfici a servizio di tutti gli ospedali della regione, che dovrà essere abilitata al volo notturno.

3.4 Nuovo assetto della rete

Ritenendo necessario armonizzare gli obiettivi di capillare presenza delle postazioni su un territorio complesso con la valorizzazione delle competenze di Infermieri e Medici e l'opportunità di impiego di automediche, si riportano di seguito gli assetti organizzativi delle postazioni territoriali 118 per singola ASL.

Mappa postazioni 118 ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila – Nuovo assetto



= MSA



= MSAB



= MSB

ASL	POSTAZIONE	Nuovo assetto	
201	Avezzano	MSA	H24
201	Avezzano	MSB	H24
201	Avezzano	MSA (a)	H24
201	Barisciano	MSB	H12 N
201	Bazzano	MSAB	H12 D
201	Campo di Giove	MSAB	H12 N
201	Carsoli	MSA	H24
201	Castel Di Sangro	MSA	H24
201	Castel Di Sangro	MSA (a)	H24

201	Castelvecchio Subequo	MSAB	H24
201	Civitella Roveto	MSAB	H24
201	L'Aquila	MSA	H24
201	L'Aquila	MSB	H24
201	L'Aquila	MSA (a)	H24
201	L'Aquila	MSAB	H24
201	Montereale	MSA	H12D
201	Montereale	MSAB	H12N
201	Navelli	MSA	H12 D
201	Ovindoli	MSB	H12N
201	Pescasseroli	MSA	H24
201	Pescina	MSA	H24
201	Pescocostanzo	MSAB	H24
201	Pratola Peligna	MSB	H12D
201	Pratola Peligna	MSAB	H12N
201	Rocca di Mezzo	MSAB	H12D
201	Scanno	MSB	H12D
201	Scanno	MSAB	H12N
201	Sulmona	MSA	H24
201	Sulmona	MSB	H12D
201	Sulmona	MSA (a)	H24
201	Tagliacozzo	MSA	H12D
201	Tagliacozzo*	MSAB*	H12N
201	Trasacco	MSB	H12 D

*dall'1.7-al 31.8 → MSA H12 N

D=diurna

N=notturna

S=stagionale

(a)=automedica

(m) = amb. Medicalizzata

Mappa postazioni 118 ASL Lanciano-Vasto-Chieti – Nuovo assetto



= MSA



= MSAB



= MSB

ASL	POSTAZIONE	Nuovo assetto	
202	Atessa	MSA (a)	H24
202	Atessa	MSAB	H24
202	Carunchio	MSAB	H 12 notturna
202	Casoli	MSA (a)	H12 notturna
202	Casoli	MSAB	H24
202	Castiglione Messer Marino	MSA	H 12 diurna

202	Castiglione Messer Marino	MSAB	H24
202	Chieti 01	MSA (a)	H24 da attivare
202	Chieti 02	MSAB	H24
202	Chieti 03	MSA	H24
202	Francavilla al Mare	MSAB	H24
202	Gissi	MSA (a)	H24
202	Gissi	MSAB	H24
202	Guardiagrele	MSAB	H24
202	Lama dei Peligni	MSAB	H24
202	Lanciano	MSA	H24
202	Lanciano	MSAB	H 24 da attivare
202	Ortona	MSA (a)	H24
202	Ortona	MSAB	H24
202	Sambuceto	MSAB	H24 da attivare
202	San Salvo	MSAB	H24
202	Torrebruna	MSAB	H 12 diurna
202	Torricella Peligna	MSAB	H24
202	Vasto	MSA	H24
202	Villa Santa Maria	MSAB	H24
202	San Vito – stagionale (1° luglio – 31 agosto)	MSB	H 10.00 – 18.00
202	Fossacesia – stagionale (1° luglio – 31 agosto)	MSAB	H 10.00 – 18.00
202	San Salvo – stagionale (1° luglio – 31 agosto)	MSB	H 10.00 – 18.00
202	Palena – stagionale (25 luglio – 31 agosto)	MSB	H 10.00 – 18.00
202	Passo Lanciano	MSAB	8 Dicembre – Lunedì del'Angelo

D=diurna

N=notturna

S=stagionale

(a)=automedica

(m) = amb. Medicalizzata

Mapa postazioni 118 ASL Pescara – Nuovo assetto



= MSA



= MSAB



= MSB

ASL	POSTAZIONE	Nuovo assetto	
203	Caramanico Terme (DGR 751/18)	MSAB	H12 D
203	Caramanico Terme (DGR 751/18)	MSB	H12 N
203	Catignano	MSAB	H24
203	Città Sant'Angelo	MSAB	H24
203	Civitella Casanova (DGR 585/2020)	MSAB	H12 D
203	Civitella Casanova (DGR 585/2020)	MSB	H12 N
203	Montesilvano	MSA	H24

203	Montesilvano - stagionale (giugno – settembre)	MSB	H12 D S
203	Penne	MSA (a)	H24
203	Penne	MSAB	H24
203	Pescara Centro	MSA (a)	H24
203	Pescara Centro	MSAB	H24
203	Pescara Centro	MSAB	H12 D
203	Pescara Nord	MSB	H24
203	Pescara Nord - stagionale (giugno – settembre)	MSB	H12 N S
203	Pescara Sud	MSA	H12 D
203	Pescara Sud	MSAB	H12 N
203	Pescara Sud	MSB	H24
203	Pescara Sud – stagionale (giugno – settembre)	MSB	H12 D S
203	Pianella	MSA	H12 D
203	Pianella	MSAB	H12 N
203	Popoli Terme	MSA	H12 D
203	Popoli Terme	MSAB	H12 N
203	Scafa	MSA (a)	H24
203	Scafa	MSAB	H24
203	Scafa - stagionale (giugno – settembre)	MSB	H12 D S
203	Valpescara (Manoppello)	MSAB	H 24

D=diurna

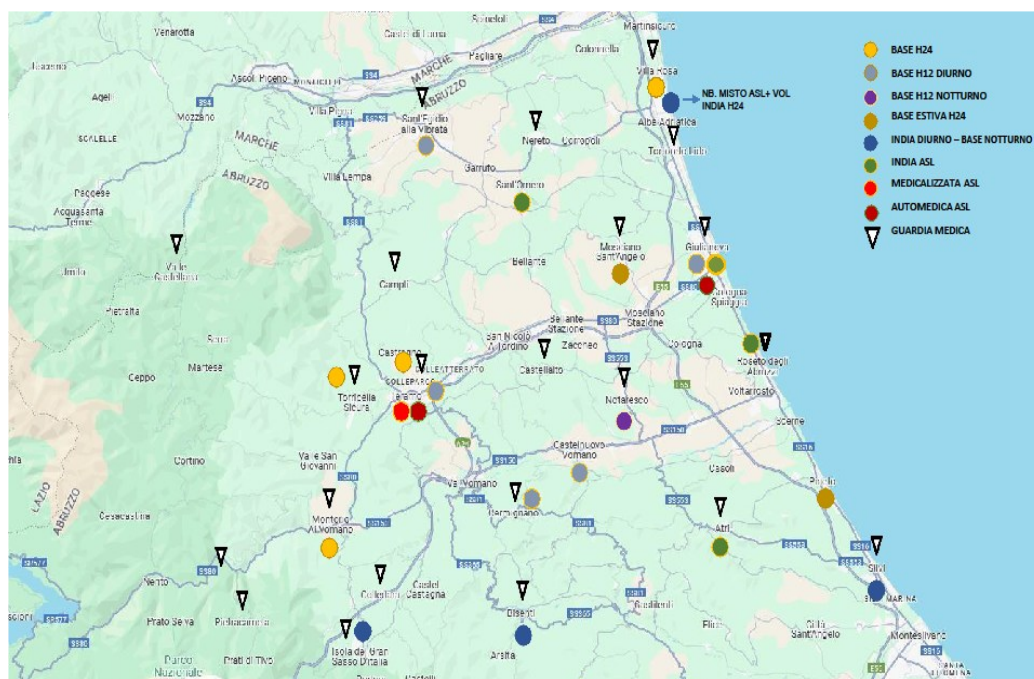
N=notturna

S=stagionale

(a)=automedica

(m) = amb. Medicalizzata

Mappa postazioni 118 ASL Teramo –Nuovo assetto



= MSA



= MSAB



= MSB

ASL	POSTAZIONE	Nuovo assetto	
204	Alba Adriatica	MSAB	H24
204	Atri	MSAB	H24
204	Castellalto	MSB	H12 D
204	Giulianova	MSAB	H24
204	Giulianova	MSB	H12 D
204	Isola del Gran Sasso	MSAB	H24
204	Martinsicuro - Villa Rosa	MSB	H24
204	Montorio al Vomano	MSB	H24
204	Mosciano Sant'Angelo – stagionale (giugno-settembre)	MSB	H24 S
204	Notaresco	MSB	H12 N
204	Pineto – stagionale	MSB	H24 S

	(giugno-settembre)		
204	Giulianova	MSA (a)	H24
204	Roseto degli Abruzzi	MSAB	H24
204	Sant'Egidio alla Vibrata	MSB	H12 D
204	Sant'Omero	MSAB	H24
204	Silvi	MSAB	H24
204	Teramo	MSA (a)	H24
204	Teramo	MSAB	H24
204	Teramo	MSB	H24
204	Torricella Sicura - Rocca Santa Maria	MSB	H24
204	Valfino - Bisenti	MSAB	H24
204	Cermignano	MSB	H24

D=diurna

N=notturna

S=stagionale

(a)=automedica

(m) = amb. Medicalizzata

3.5 Rete post-riorganizzazione: considerazioni e risultati attesi

Ponderando con numerario H24 (1 postazione H24: peso 1; 1 postazione H12: peso 0,5) la nuova rete regionale delle postazioni 118, si evince che essa è virtualmente composta da nr. 32 postazioni H24 tra MSA e ASA-automedica, 48 postazioni H24 MSAB (infermieristiche) e 20 postazioni MSB (con soccorritore di base e avanzato); ad esse si aggiungono le postazioni stagionali, che le AASSLL possono rimodulare ai sensi di quanto disposto dall'art. 67, comma 6 del vigente ACN MMG. Le AASSLL potranno inoltre sperimentare, in contesti territoriali che ne suggeriscono l'utilizzo appropriato, ulteriori modelli organizzativi territoriali con automedica.

L'ipotesi di riorganizzazione rappresentata potrà subire periodiche modifiche derivanti dal monitoraggio dei dati numerici e di *outcome*.

Di seguito il quadro di sintesi della nuova rete:

Rete delle postazioni con ponderazione H24 (1 postazione H24: peso 1; 1 postazione H12: peso 0,5)

Tipologia	Asl 201	Asl 202	Asl 203	Asl 204	Totale
MSA	10	4	4		18
MSA (a)	4	5	3	2	14
MSAB	11	16	12	9	48
MSAB-stagionale		2			2
MSB	8		3	9	20
MSB-stagionale		3	4	2	9
Totale complessivo	33	30	26	22	111

Considerando il razionale Agenas – contenuto in Monitor 27/2011 e ribadito nel DM 70/2015³ -, il quale prevede, in merito alla programmazione delle postazioni medicalizzate, la seguente formula che, nella versione B è modificata con correttivi basati sulla distribuzione della popolazione residente per fascia altimetrica

Formula A

$$\frac{(n. abitanti / 60.000) + (superficie / 350 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

Formula B

$$\frac{(PRP / 60.000) + (PRM / 40.000)}{2} + \frac{(SP / 350 \text{ Km}^2) + (SM / 300 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

dove:
 PRP = Popolazione residente in area di pianura
 PRM = Popolazione residente in area montana e pedemontana.
 SP = Superficie pianura
 SM = Superficie montana
 MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base (MSAB).

e vista la distribuzione demografica regionale secondo dati UNCEM 2023,

ASL	Non di montagna		Di montagna		Totale	
	Pop. Residente al 1.1.2023	Superficie territoriale (kmq) all'1.1.2023	Pop. Residente al 1.1.2023	Superficie territoriale (kmq) all'1.1.2023	Pop. Residente al 1.1.2023	Superficie territoriale (kmq) all'1.1.2023
ASL 201 Avezzano Sulmona L'Aquila	0	0,00	287.151	5.047,34	287.151	5.047,34
ASL 202 Lanciano-Vasto-Chieti	354.933	1.825,12	17.042	774,42	371.975	2.599,54
ASL 203 Pescara	293.961	784,01	18.359	446,28	312.320	1.230,29
ASL 204 Teramo	275.591	1.172,33	22.823	782,01	298.414	1.954,34
Totale regionale	924.485	3.781,46	345.375	7.050,05	1.269.860	10.831,50

la dotazione complessiva programmata di postazioni medicalizzate per la regione, superiore al fabbisogno calcolato in base al razionale Agenas e di seguito riportato, può essere ritenuta congrua.

ASL	Fabbisogno postazioni medicalizzate secondo razionale AGENAS - DM 70/2015
ASL 201 Avezzano Sulmona L'Aquila	12
ASL 202 Lanciano-Vasto-Chieti	7
ASL 203 Pescara	5
ASL 204 Teramo	6
Totale regionale	29

³ DM 70/2015 – Par. 9.1.3 Le postazioni territoriali. La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km²., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali. Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

3.6 Efficienza di sistema

Per quanto riguarda l'impegno dei mezzi di soccorso e le tempistiche di intervento, il ridisegno della rete prevede un numero di mezzi di soccorso superiore a quello oggi in essere, sia in orario diurno che in orario notturno, per cui è prevedibile una diminuzione nei tempi di arrivo a destinazione e una diminuzione del carico di lavoro.

La riorganizzazione della rete con ambulanze infermieristiche e soprattutto con autoveicoli di soccorso avanzato con équipe sanitaria a bordo (auto mediche) che vanno a coprire più postazioni di base, fortemente integrate con i presidi ospedalieri, unitamente alla rete stabile di ambulanze BLSD, porta risultati che hanno una ricaduta diretta sull'utenza.

L'integrazione medico infermieristica nei Pronto Soccorso può tradursi in una significativa riduzione dei tempi di attesa dei codici a bassa priorità.

È prevedibile, inoltre, un significativo miglioramento nelle tempistiche di intervento, con particolare riferimento a:

- riduzione del tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi, grazie all'aumento del numero complessivo dei mezzi di soccorso disponibili sul territorio e alla maggiore rapidità di intervento dell'automedica rispetto alle ambulanze;
- riduzione del tempo di impiego del mezzo di soccorso avanzato; le automediche consentono, se impiegate nella gestione dei casi di minore gravità, di svincolare il personale sanitario dal ricovero dell'utente rendendo l'equipaggio disponibile per altri interventi.

La presente riorganizzazione favorirà la rimodulazione delle attività del territorio in ottemperanza agli obiettivi strategici del DM 77/2022.

3.7 Cronoprogramma di realizzazione

Il cronoprogramma definisce la tempistica a partire dalla data di adozione del provvedimento regionale di approvazione delle presenti linee di indirizzo.

Le AASSLL, entro 120 giorni dalla data di adozione del provvedimento regionale, definiscono un cronoprogramma attuativo per la messa in atto del nuovo modello organizzativo, previo confronto con i Comitati dei Sindaci, le istituzioni locali, i comitati aziendali di partecipazione dei cittadini, le associazioni di volontariato, le organizzazioni sindacali e gli ordini professionali interessati.

3.8 Periodo di sperimentazione, monitoraggio e indicatori

Si prevede, dalla fase di attuazione, un periodo di sperimentazione di un anno, con un monitoraggio e revisione dei risultati ottenuti a distanza di 6 mesi e a distanza di un anno.

Al riguardo, vengono individuati i seguenti indicatori per il monitoraggio:

- numero e tipologia di interventi effettuati dalle singole postazioni;

- Intervallo Allarme Target (indicatore LEA);
- % di pazienti con diagnosi di STEMI trasportati in Emodinamica entro 120' dalla chiamata;
- % di pazienti con diagnosi di STEMI trasportati in Emodinamica entro 90' dalla chiamata;
- % di pazienti con diagnosi di Arresto Cardio Circolatorio trasportati in Pronto Soccorso;
- % di pazienti trasportati in PS sul totale delle missioni;
- Numero pazienti inviati al PS con diagnosi presuntiva di Ictus candidabili alla riperfusione.

Di seguito si elencano gli indicatori NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) afferenti all'emergenza:

- **D05C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti).
- **D06C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni).
- **D07Ca** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti).
- **D07Cb** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni).
- **D08C** - Numero di interventi per le patologie *First Hour Quintet* (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie *First Hour Quintet* (FHQ) per anno.
- **D09C** - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.

Riferimenti normativi nazionali

Numero	Data	Fonte	Titolo
D.M. n. 553	17/12/1987	Ministero dei Trasporti	Regolamento recante la normativa tecnica concernente le autoambulanze.
D.P.R.	27/03/1992	Presidente della Repubblica	Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.
D.M. n. 487	20/11/1997	Ministero dei Trasporti e della Navigazione	Regolamento recante norme per la programmazione e i criteri di accreditamento dei servizi di soccorso e trasporto sanitario.
Legge n. 120	03/04/2001		Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero.
Accordo	22/05/2003	Conferenza Stato-Regioni	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza».
Accordo	27/02/2003	Conferenza Stato-Regioni	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento: «Linee-guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici».
Legge n. 69	15/03/2004		Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in sede intra ed extraospedaliera da parte di personale non medico.
D.M.	18/03/2011	Ministero della Salute	Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.
D.M.	24/04/2013	Ministero della Salute	Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.
D.M. n. 70	02/04/2015	Ministero della Salute	Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
D.M.	26/06/2017	Ministero della Salute	Linee guida sull'obbligo di dotazione e impiego di defibrillatori semiautomatici esterni da parte delle società sportive dilettantistiche.
Legge n. 116	04/08/2021		Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici.
D.P.C.M.	23/07/2024	Presidenza del Consiglio dei Ministri	Approvazione del programma pluriennale per favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori automatici esterni (DAE).
Direttiva	27/01/2026	Ministero della Salute	Presentazione e adozione delle Linee Guida nazionali per la rianimazione cardiopolmonare e l'utilizzo del defibrillatore (DAE) in ambito adulto e pediatrico.

Riferimenti normativi regionali

Atto	Data	Fonte	Titolo
Decreto n. 4	23 febbraio 2011	Commissario ad Acta / Presidente Giunta Regionale	Disciplinare regionale per l'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario e soccorso con autoambulanza.
DCA n. 8	22 marzo 2011	Commissario ad Acta	Definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione al trasporto sanitario e indirizzi per l'equipaggio minimo delle ambulanze.
DCA n. 11	20 febbraio 2013	Commissario ad Acta	Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico.
Decreto n. 39	31 marzo 2014	Commissario ad Acta	Approvazione delle Linee Guida regionali per la formazione e l'autorizzazione all'impiego del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE).
DGR n. 806	5 dicembre 2014	Giunta Regionale	Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate" – Rep. Atti n. 91 del 5 agosto 2014.
DCA n. 2	14 gennaio 2015	Commissario ad Acta	Aggiornamento e recepimento delle Linee Guida per l'organizzazione della formazione BLSD e il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE in ambiente extraospedaliero.
DCA n. 58	11 giugno 2015	Commissario ad Acta	Disciplina del trasporto perinatale in emergenza: Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN).
DCA n. 95	28 settembre 2015	Commissario ad Acta	Approvazione del Programma di Qualificazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Territoriale e rimodulazione dei mezzi di soccorso.
Decreto n. 3	7 gennaio 2016	Commissario ad Acta	Adozione del protocollo di trattamento e gestione del paziente ipotermico accidentale nel sistema di emergenza-urgenza della Regione Abruzzo.
DGR n. 264	27 aprile 2018	Giunta Regionale	Piano Regionale Maxi Emergenze
DGR n. 776	9 ottobre 2018	Giunta Regionale	Linee di indirizzo su emergenza sanitaria e terzo settore.
DGR n. 638	11 ottobre 2021	Giunta Regionale	Modifica dell'Allegato 1 della Deliberazione di Giunta Regionale n. 420 del 18 giugno 2018 ad oggetto: "Approvazione del documento tecnico Standard di formazione continua, verifica, certificazione e abilitazione del personale sanitario destinato allo svolgimento dell'attività di elisoccorso nella Regione Abruzzo"
DGR n. 589	18 settembre 2023	Giunta Regionale	Sistema di emergenza territoriale 118 – nuovo assetto delle postazioni territoriali
DGR n. 696	25 ottobre 2023	Delibera della Giunta Regionale	Presa d'atto e approvazione del "Disciplinare regionale di autorizzazione al trasporto sanitario con autoambulanze ed altri autoveicoli speciali".
DGR n. 484	1° agosto 2024	Delibera della Giunta Regionale	Modifiche ed integrazioni alla DGR 696 del 25.10.2023 "Disciplinare regionale di autorizzazione al trasporto sanitario con autoambulanze ed altri autoveicoli speciali" ed ulteriori provvedimenti"