

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Legge Regionale n.36/'98 – Sistema Territoriale di Soccorso – Sperimentazioni della durata di un anno finalizzate al miglioramento dell'intervallo allarme-target, degli esiti di salute prodotti sui cittadini e della sicurezza degli operatori del soccorso.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Sistema Integrato delle Emergenze dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente del Settore Sistema Integrato delle Emergenze e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta".

DELIBERA

1. di approvare le "Sperimentazioni Pilota per l'evoluzione del Sistema di Emergenza Sanitaria" di cui all'Allegato A, dando mandato agli Enti SSR individuati di procedere con la sperimentazione assegnata;
2. di demandare agli Enti del Servizio Sanitario Regionale interessati l'avvio e l'attuazione delle sperimentazioni di cui all'Allegato A, assicurandone la piena conformità alla normativa nazionale e regionale vigente e agli atti regionali di programmazione, organizzazione e indirizzo del Servizio Sanitario Regionale anche in materia di emergenza-urgenza, nonché ai vincoli autorizzativi, organizzativi ed economico-finanziari applicabili;
3. di stabilire che gli oneri derivanti dalle sperimentazioni di cui al punto precedente sono a carico dei budget assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2026;
4. di stabilire che gli Enti del SSR, al termine delle sperimentazioni assegnate, dovranno inviare dettagliata relazione circa i risultati raggiunti all'Agenzia Regionale Sanitaria, che procederà, tramite il competente Settore all'analisi degli stessi.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **D.P.R. 27 marzo 1992:** "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- **L.R. n.26 del 17/07/96 n. 26:** "Riordino del servizio sanitario regionale";
- **L.R. n. 36 del 30/10/1998:** "Sistema di emergenza sanitaria";
- **Conferenza Stato-Regioni del 3 febbraio 2005:** "Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281 recante Linee guida per l'organizzazione dei Servizi di soccorso sanitario con elicottero";
- **Legge n. 219 del 21/10/2005:** "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- **Provvedimento** in materia di videosorveglianza del Garante per la protezione dei dati personali dell'8 aprile 2010 (n. 1712680);
- **DGR n. 735 del 20/05/2013:** "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012 ";
- **DGR n. 920 del 17/06/2013:** "L.R. n. 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle PoTES nel territorio regionale ";
- **DGR n. 1476 del 28/10/2013:** "L. Regionale 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle PoTES nel territorio regionale. Specificazioni ";
- **DM n. 70/2015 (G.U. il 04/06/2015):** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- **DGR n. 992 del 16/11/2015:** "Approvazione dello schema di Accordo tra la Regione Marche il Soccorso Alpino e Speleologico Marche (S.A.S.M.) del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.)";
- **D.M. 2/11/2015:** "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";
- **DGR n. 139 del 22/02/2016:** "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013";
- **Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. n. 196/2003** – Protezione dei dati personali;
- **Legge n. 24 dell'8/03/2017:** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- **Decr. n. 8/SIE del 20/04/2018:** "Nomina Tavolo Tecnico di Monitoraggio degli interventi di soccorso ed elisoccorso (art. 12 DGR n. 992/15)";
- **Det. DG ASUR 456 del 9/08/2019:** "Protocollo operativo di gestione delle Centrali di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Coordinamento Trasporto Sanitari e/o Prevalentemente Sanitari – CCT”;
- **Raccomandazioni Istituto Superiore della Sanità da n.1 al n.46:** “Linea Guida per la gestione integrata del trauma maggiore dalla scena dell’evento alla cura definitiva” – Giugno 2020 – Agosto 2024;
 - **Legge n. 113 del 14 agosto 2020:** “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”;
 - **L.R. n. 19 dell’08/08/2022:** “Organizzazione del servizio sanitario regionale”;
 - **DGR n. 263 del 06/03/2023:** “L.R. 8 agosto 2022, n. 19, artt. 42 e 43; DGR n.1718/2022 e DGR n. 1839/2022: ulteriori indirizzi attuativi”
 - **L.R. n. 19 del 14/11/2023:** “Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2023-2025”;
 - **DGR n. 2052 del 28/12/2023:** “Aggiornamento del Regolamento Regionale relativo ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per l’autorizzazione e l’accreditamento dell’attività di trasporto sanitario di cui all’art. 9 comma 2 della L.R. 36/98. Modifica della DGR 827/13 e revoca della DGR 1236/21”;
 - **DGR n. 2074 del 29/12/2023:** “Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e Pluriennale 2024-2026”;
 - **DGR n. 568 del 16/04/2024:** “Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e Pluriennale 2024-2026. Modifica D.G.R. n. 2074 del 29/12/2023”;
 - **D.L. n. 137 del 01/10/2024:** “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell’esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all’assistenza sanitaria”;
 - **DGR n. 1762 del 18/11/2024:** “Approvazione del protocollo operativo per le attività di elisoccorso”;
 - **DGR n. 258 del 03/03/2025:** “Approvazione dell’Accordo tra la Regione Marche e il Soccorso Alpino e Speleologico Marche (S.A.S.M.)”;
 - **DGR n. 291 del 10/03/2025:** “DGR 263/2023 – Indirizzi funzionali per i trasporti sanitari– Approvazione Schema di “Convenzione per la regolamentazione dei rapporti per l’esercizio dell’attività di trasporto sanitario in regime di emergenza e urgenza e prevalentemente sanitario” e relativi criteri e condizioni; approvazione modello di rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e documentate per l’anno 2025; definizione degli indirizzi agli Enti del SSR”.

Motivazione

La Regione Marche, nell’ambito della riorganizzazione della Rete ospedaliera e riconversione delle piccole strutture ospedaliere, con DGR n.735 del 20/05/2013 ha fornito indicazioni in merito alla riorganizzazione della Rete Territoriale dell’Emergenza-Urgenza della Regione Marche prevedendo la riclassificazione dei mezzi di soccorso (MS) nelle tre tipologie (MSA, con medici ed infermieri, MSI con infermieri, MSB con volontari) e garantendo un MSA aggiuntivo in ciascuna Centrale 118, come jolly, per coprire eventuali necessità. È stata altresì prevista una diversa allocazione dei mezzi di soccorso, nell’ottica di un loro potenziamento, al fine di fornire



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

la risposta più appropriata e tempestiva nel luogo dove si verifica l'evento, garantire la copertura dei tempi di intervento per raggiungere l'ospedale di trattamento definitivo nel rispetto dei percorsi di rete clinica, ed integrarsi con le ambulanze ospedaliere per i trasporti secondari tempo dipendenti. La citata delibera ha inoltre definito le sedi e la tipologia delle POTES collegate alle quattro Centrali Operative 118. Con successiva DGR n. 920 del 17/06/2013 recante: "L. Regionale 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle PoTES nel territorio regionale" e successiva DGR n. 1476 del 28/10/2013, la Regione Marche ha stabilito il numero, la tipologia, la dislocazione e la disponibilità oraria delle PoTES nel territorio regionale. Infine, in conformità al DM 70/2015 e agli standard in esso esplicitati, con DGR n. 139/2016 è stata revisionata l'organizzazione delle Postazioni assistenziali e delle PoTES, con l'impegno a rivalutare, in particolare, le postazioni territoriali, verificata l'utilità per i bisogni espressi dai cittadini che anche grazie allo sviluppo dei principali PDTA tempo dipendenti dovranno trovare nel sistema così rivisto le migliori risposte assistenziali.

Considerato l'importante intervallo temporale intercorso dagli atti sopra menzionati, si rende necessario procedere all'aggiornamento e alla revisione dell'intero Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale della Regione Marche, in particolar modo della RTS (Rete Territoriale del Soccorso), alla luce delle modifiche intervenute relativamente ai bisogni assistenziali della popolazione, dell'evoluzione dei modelli organizzativi dell'emergenza territoriale, dello sviluppo tecnologico dei sistemi di soccorso sanitario, nonché della progressiva implementazione delle reti per la gestione delle patologie "FHQ" – First Hour Quintet (le cinque patologie in cui i trattamenti erogati nella prima ora dall'evento sono decisivi per l'esito di salute: Arresto Cardiaco, Sindrome Coronarica Acuta, Stroke, Insufficienza Respiratoria Acuta, Trauma Maggiore) che richiedono una risposta precoce, appropriata ed integrata tra territorio ed ospedale.

Tale attività comporta la necessità di ridefinire il modello organizzativo del soccorso territoriale per garantire coerenza con gli standard clinico-assistenziali e con gli obiettivi di salute definiti a livello nazionale e regionale. Contestualmente, l'introduzione di nuove tecnologie sanitarie ha modificato le modalità operative del soccorso sanitario territoriale, rendendo necessario un aggiornamento dei modelli definiti precedentemente. Inoltre, interventi caratterizzati da elevata complessità operativa, talvolta svolti in ambienti critici e potenzialmente ostili, richiedono una particolare attenzione agli aspetti connessi alla sicurezza degli operatori del soccorso, attraverso soluzioni in grado di assicurare maggiore integrazione operativa, supporto professionale e standard uniformi di risposta sul territorio regionale.

La necessità di garantire equità di accesso alle cure in situazioni di emergenza/urgenza su tutto il territorio regionale, rende altresì opportuno avviare miglioramenti organizzativi orientati alla riduzione dell'intervallo allarme-target e al miglioramento della tempestività degli interventi, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Al fine della complessiva riorganizzazione del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale, si ritiene pertanto opportuno avviare sperimentazioni organizzative della durata di un anno, finalizzate alla valutazione di nuovi modelli di risposta territoriale dell'emergenza-urgenza.

L'attivazione, infatti, di una serie di sperimentazioni locali finalizzate all'introduzione di interventi migliorativi, basati su dati oggettivi e sulle migliori evidenze disponibili renderà possibile valutare tali migliorie sia in termini di esiti di salute prodotti sui cittadini sia sotto il profilo economico-organizzativo. Il ricorso a sperimentazioni locali circoscritte consentirà inoltre di agire in maniera prudentiale, contenendo l'impatto economico complessivo degli interventi stessi, qualora gli esiti rilevati non risultino coerenti con gli obiettivi previsti.

Le suddette sperimentazioni saranno oggetto di costante monitoraggio (da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria, per il tramite del competente Settore in collaborazione con le Centrali Operative 118 competenti per territorio), attraverso specifici indicatori, al fine di valutarne l'impatto sotto il profilo organizzativo, assistenziale ed economico, nonché l'eventuale successiva implementazione strutturale nell'ambito della programmazione regionale del sistema di emergenza territoriale.

Le sperimentazioni di cui al presente atto costituiscono interventi temporanei di natura organizzativa finalizzati alla valutazione di modelli innovativi di risposta nell'ambito del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale e dovranno essere attuate dagli Enti del SSR nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, delle disposizioni contenute nella presente deliberazione, dei vincoli derivanti dagli atti regionali di programmazione e organizzazione del servizio sanitario regionale, nonché dei requisiti autorizzativi, organizzativi, professionali, tecnologici ed economico-finanziari applicabili alle specifiche attività oggetto di sperimentazione. Resta fermo che le attività sperimentali non possono determinare deroghe alle disposizioni normative vigenti né modifiche strutturali dell'assetto organizzativo regionale al di fuori degli specifici limiti e finalità previsti dal presente provvedimento.

Le sperimentazioni, le cui specifiche sono dettagliatamente esplicitate nell'Allegato A della presente deliberazione, sono articolate come di seguito specificato ed avranno la durata di un anno:

- l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino si occuperà di sperimentare l'implementazione di strumenti avanzati di imaging, c.d. "point-of care ultrasound-POCUS", su mezzi di soccorso di tipologia MSA e MSI;
- l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona dovrà istituire e sperimentare la Centrale Regionale Elisoccorso-CRELI, quale struttura dedicata al coordinamento regionale delle missioni di elisoccorso primarie e secondarie;
- l'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata sperimenterà l'implementazione di un Mezzo di Soccorso di Base H12 nel territorio di Morrovalle;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo ha il mandato di sperimentare l'implementazione dell'operatività da H12 a H24 del Mezzo di Soccorso Infermieristico nel territorio del Comune di Sant'Elpidio a Mare;
- l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno si occuperà di sperimentare l'implementazione di strumenti di video-ripresa finalizzati a tutelare l'incolumità e la sicurezza degli operatori del soccorso, c.d. "Body-Cam";
- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche si occuperà di sperimentare l'implementazione della somministrazione di emocomponenti ed emoderivati nel servizio di Elisoccorso.

Al termine delle sperimentazioni di cui ai punti precedenti, l'Agenzia Regionale Sanitaria procederà, per il tramite del competente Settore, all'analisi delle relazioni inviate dagli Enti del SSR, che dovranno rendicontare altresì sull'effettivo impatto economico in relazione alla stima effettuata nell'allegato A.

L'Agenzia Regionale Sanitaria, tramite il Settore di cui sopra, produrrà infine un unico documento di sintesi, finalizzato alla valutazione di quanto disposto dal presente atto.

Relativamente ai costi correlati alla realizzazione delle sperimentazioni di cui sopra, si specifica che essi trovano copertura nell'ambito del budget assegnato alle AST per l'anno 2026.

Il presente atto è stato condiviso con i Direttori Generali nel corso della riunione del Comitato di Coordinamento degli Enti del SSR del giorno 06/05/2026, giusto verbale ID: 0013468|18/06/2026|R_MARCHE|ARS|ARS|A.

Alla luce di quanto esposto si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il responsabile del procedimento

Andrea Fazi

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il dirigente
Andrea Fazi

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione. Dichiaro, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il direttore ad interim
Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



ALLEGATO A - Sperimentazioni Pilota per l'evoluzione del Sistema di Emergenza nelle Marche

Nell'ambito del più ampio processo di riorganizzazione del Sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale delle Marche, ad oggi ferma agli atti tra il 2013 e il 2016 (DGR n. 735/13, n. 920/13, n. 1476/13 e n. 139/16), la Regione Marche intende procedere con l'aggiornamento della Rete Territoriale del Soccorso (RTS) alla luce delle modifiche intervenute relativamente ai bisogni assistenziali della popolazione, dell'evoluzione dei modelli organizzativi dell'emergenza territoriale, dello sviluppo tecnologico dei sistemi di soccorso sanitario, nonché della progressiva implementazione delle reti per la gestione delle patologie "FHQ" – First Hour Quintet.

L'attivazione di una serie di sperimentazioni locali finalizzate all'introduzione di interventi migliorativi, basati su dati oggettivi e sulle migliori evidenze disponibili renderà possibile valutare tali migliorie sia in termini di esiti di salute prodotti sui cittadini sia sotto il profilo economico-organizzativo. Il ricorso a sperimentazioni locali circoscritte consentirà inoltre di agire in maniera prudentiale, contenendo l'impatto economico complessivo degli interventi stessi, qualora gli esiti rilevati non risultino coerenti con gli obiettivi previsti.

Tutti i progetti saranno sottoposti a costante monitoraggio da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), in collaborazione con le Centrali Operative 118 competenti per territorio, mediante specifici indicatori già individuati, al fine di valutarne la successiva ed eventuale implementazione strutturale all'interno della programmazione regionale.

Al termine dei dodici mesi l'ARS, tramite il Settore di riferimento produrrà, infine, un unico documento di sintesi finalizzato alla valutazione di quanto disposto dalla Delibera.

Gli Enti del Servizio Sanitario Regionale responsabili dell'attuazione delle singole sperimentazioni sono tenuti a garantirne la realizzazione nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, degli atti di programmazione sanitaria regionale, delle disposizioni organizzative e operative inerenti il sistema dell'emergenza-urgenza, nonché dei requisiti autorizzativi, tecnologici, professionali e di sicurezza applicabili alle attività oggetto di sperimentazione.

Sotto il profilo economico, si specifica che l'atto trova copertura nell'ambito del budget già assegnato agli Enti del SSR per l'anno 2026.

Le sperimentazioni, che avranno la durata di un anno, sono le seguenti:

1. AST Pesaro e Urbino: sperimentare l'implementazione di strumenti avanzati di imaging, c.d. "point-of care ultrasound-POCUS", su mezzi di soccorso di tipologia MSA e MSI;
2. AST Ancona: istituire e sperimentare la Centrale Regionale Elisoccorso-CRELI, quale struttura dedicata al coordinamento regionale delle missioni di elisoccorso primarie e secondarie;
3. AST Macerata: sperimentare l'implementazione di un Mezzo di Soccorso di Base H12 nel territorio di Morrovalle.
4. AST Fermo: sperimentare l'implementazione dell'operatività da H12 a H24 del Mezzo di Soccorso Infermieristico nel territorio del Comune di Sant'Elpidio a Mare.
5. AST Ascoli Piceno: sperimentare l'implementazione di strumenti di video-ripresa finalizzati a tutelare l'incolumità e la sicurezza degli operatori del soccorso, c.d.

“Body-Cam.”

6. Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche: sperimentare l'implementazione della trasfusione di emocomponenti nel servizio di Elisoccorso.

Sperimentazione n. 1 – “Point-of care ultrasound- POCUS”

L'evoluzione tecnologica nell'ambito dell'emergenza territoriale ha favorito la progressiva diffusione dell'ecografia point-of-care ultrasound (POCUS) anche nei contesti extraospedalieri, quale strumento diagnostico rapido, non invasivo e immediatamente disponibile a supporto dei processi decisionali.

Le più recenti evidenze scientifiche internazionali evidenziano come l'utilizzo dell'ecografia preospedaliera rappresenti una tecnologia emergente nella gestione delle condizioni mediche e traumatiche in emergenza-urgenza, consentendo una rapida valutazione del paziente direttamente sul luogo dell'evento o durante il trasporto sanitario e contribuendo a supportare l'orientamento diagnostico e l'individuazione della destinazione ospedaliera più appropriata.

La letteratura disponibile mostra, inoltre, come la POCUS in ambito preospedaliero risulti tecnicamente fattibile, sostenibile ed associata a potenziali benefici in termini di ottimizzazione della gestione del paziente critico e riduzione dei tempi verso il trattamento definitivo, purché inserito all'interno di percorsi formativi strutturati e protocolli operativi condivisi.

In tale contesto, l'implementazione sperimentale dell'ecografia su almeno due mezzi: un MSA e un MSI, appare coerente con gli obiettivi di evoluzione della Rete Territoriale di Soccorso regionale, nell'ottica di un progressivo potenziamento delle capacità diagnostiche territoriali, di una maggiore appropriatezza e del miglioramento dell'integrazione tra i vari attori della rete dell'emergenza-urgenza regionale. La sperimentazione consentirà di acquisire dati utili in molteplici aspetti della cura e dell'organizzazione.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'AST di Pesaro Urbino dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
- n. missioni con POCUS nel periodo di riferimento / n. missioni eleggibili nel periodo di riferimento (es. trauma maggiore, dispnea, arresto cardiaco) x 100;	- mantenimento dell'indicatore senza significative oscillazioni per almeno gli ultimi sei mesi del periodo di riferimento
- n. POCUS correttamente documentate / n. POCUS effettuate x100;	- ≥ 85%

In presenza di tali condizioni la fase sperimentale può ritenersi superata, in quanto, il primo indicatore consente di valutare il livello di integrazione della metodica nella pratica operativa

dei mezzi di soccorso avanzato. Infatti, il raggiungimento di un impiego costante nelle missioni eleggibili attesta l'effettiva incorporazione della POCUS nei processi clinico-assistenziali. Il secondo indicatore misura la qualità dell'implementazione sotto il profilo della tracciabilità e della corretta registrazione dell'attività svolta. Una documentazione completa in almeno l'85% degli esami effettuati garantisce la disponibilità delle informazioni necessarie ai fini clinico-assistenziali, della verifica dell'appropriatezza d'impiego, dell'audit professionale.

L'impatto economico per la sperimentazione di cui sopra è stimato in circa euro 10.000 per l'acquisto di due sonde wireless a doppia testina (lineare/convex).

Sperimentazione n. 2 - Centrale Regionale Elisoccorso-CRELI

L'elisoccorso, componente strategica della rete di emergenza-urgenza, contribuisce alla gestione delle patologie tempo dipendenti e al soccorso avanzato in territori svantaggiati caratterizzati da criticità geografiche o tempi di percorrenza elevati.

L'evoluzione dei modelli organizzativi nei setting di emergenza ha evidenziato come la centralizzazione delle funzioni di coordinamento delle missioni HEMS possa migliorare l'efficienza del sistema, superando una gestione frammentata e favorendo una gestione unitaria delle risorse disponibili; questo modello può favorire la riduzione dei tempi necessari alla gestione in toto delle risorse aeronautiche e sanitarie attraverso una gestione dedicata dell'intera missione evitando così possibili sovrapposizioni. La disponibilità di una centrale dedicata permette di garantire una visione complessiva delle missioni in corso, delle disponibilità operative degli equipaggi e delle condizioni necessarie all'esecuzione delle attività di soccorso aereo.

La Legge Regionale n. 36/1998 ha già peraltro individuato la Centrale Operativa 118 di Ancona quale struttura competente per il coordinamento del servizio regionale di elisoccorso; l'istituzione di una Centrale Regionale Elisoccorso - CRELI è inquadrabile, pertanto, come un'evoluzione organizzativa di funzioni già attribuite, senza modificare l'attuale assetto delle competenze.

La CRELI consentirebbe di concentrare in un'unica struttura specialistica le attività di coordinamento delle missioni di elisoccorso, sia primarie sia secondarie urgenti, assicurando continuità operativa e integrazione con le Centrali Operative 118 regionali, facilitando anche la raccolta dati dell'attività erogata.

La presa in carico centralizzata delle missioni permetterebbe inoltre di ottimizzare l'impiego delle risorse aeronautiche e sanitarie disponibili, favorendo l'uniformità dei processi decisionali, il coordinamento delle attività di rendez-vous tra mezzi di terra ed aerei, la gestione delle eventuali criticità operative e la condivisione in tempo reale delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nel soccorso.

La centralizzazione del coordinamento delle missioni di elisoccorso risulta inoltre coerente con gli obiettivi di miglioramento dell'intervallo allarme-target e di rafforzamento dell'integrazione tra il sistema di emergenza territoriale e le reti cliniche regionali per la gestione delle patologie tempo-dipendenti. La sperimentazione consentirà inoltre di acquisire dati organizzativi, operativi ed economici utili alla valutazione dell'appropriatezza e della sostenibilità nel tempo.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'AST di Ancona dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
- n. missioni primarie coordinate dalla CRELI in un anno	- $\geq 90\%$ delle missioni eleggibili nel periodo di sperimentazione
- Intervallo allarme-attivazione HEMS delle missioni primarie in un anno	- Mantenimento o miglioramento rispetto all'intervallo allarme-attivazione registrato nel periodo antecedente la sperimentazione, senza evidenza di peggioramento significativo
- n. report prodotti secondo allegato A alla DGR 1762 del 2024 compilati correttamente / n. report totali prodotti x 100	- Percentuale superiore all'anno precedente

La sperimentazione si considererà conclusa con esito favorevole qualora vengano raggiunti almeno due dei tre indicatori previsti. Il raggiungimento di tale soglia permetterà di attestare la piena implementazione del modello organizzativo sperimentale, attraverso la verifica del livello di coordinamento delle missioni primarie HEMS da parte della CRELI, del mantenimento o del miglioramento delle performance operative del servizio e della qualità e completezza dei dati raccolti durante il periodo sperimentale.

L'impatto economico per la sperimentazione di cui sopra è stimato in circa euro 20.000, per servizi professionali, attività di configurazione, parametrizzazione e allestimento postazioni.

Sperimentazione n. 3 - Mezzo di Soccorso di Base – MSB Morrovalle - implementazione

La riduzione dell'intervallo allarme-target costituisce uno degli obiettivi cruciali del sistema di emergenza territoriale, in quanto strettamente correlata alla tempestività del soccorso e, conseguentemente, agli esiti di salute.

In tale contesto il Comune di Morrovalle si configura come un naturale punto di raccordo tra la fascia costiera e l'entroterra, collocandosi in una posizione favorevole rispetto ad un ampio bacino di utenza e alle principali direttrici di mobilità che caratterizzano l'area.

L'implementazione sperimentale di un Mezzo di Soccorso di Base H12 nel territorio di Morrovalle consentirebbe di rafforzare la capacità di risposta del sistema di emergenza-urgenza territoriale in un'area di collegamento, tramite l'operatività di un mezzo MSB che insiste su territori differenti per caratteristiche insediative, demografiche e morfologiche. Tale collocazione sembrerebbe favorire una più capillare copertura del territorio che potrebbe determinare una riduzione dei tempi di percorrenza necessari per il raggiungimento del luogo dell'evento.

La presenza di un ulteriore POTES permetterebbe inoltre di ottimizzare l'allocazione dei

mezzi disponibili, garantendo una maggiore possibilità di risposta del sistema nei casi di contemporanea indisponibilità delle risorse limitrofe impegnate in altri interventi.

La sperimentazione risulta coerente con gli obiettivi regionali di costante miglioramento dell'intervallo allarme-target e dell'efficienza del sistema di emergenza territoriale e di garanzia di una più tempestiva e uniforme risposta ai bisogni della popolazione locale, consentendo al contempo di acquisire elementi utili per eventuali future attività programmatiche.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'AST di Macerata dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
- n. tot. di missioni effettuate dalla MSB Morrovalle in regime di stand-by in un anno;	- n. totale di missioni effettuate dalla MSB Morrovalle in regime di stand-by in un anno maggiore o uguale al numero di missioni registrate nell'anno precedente, sul medesimo periodo di osservazione ($\geq$ baseline anno precedente, stesso periodo).
- n. tot. missioni primarie effettuate in regime di stand-by dalla MSB Morrovalle in un anno nel territorio di riferimento / n. totale missioni primarie in un anno nel territorio di riferimento x 100;	- $\geq 50\%$
- Intervallo allarme-target delle missioni primarie nel territorio di riferimento.	- Mantenimento o miglioramento dell'intervallo allarme - target rilevato nel medesimo periodo dell'anno precedente.

La sperimentazione si intende superata con il raggiungimento di almeno due indicatori su 3. L'impatto economico per la sperimentazione di cui sopra è stimato in circa euro 155.000 relativi al convenzionamento con le Organizzazioni di Volontariato.

Sperimentazione n. 4 - Mezzo di Soccorso Infermieristico – MSI Sant'Elpidio a Mare – estensione operatività

Le patologie tempo-dipendenti rappresentano un ambito rilevante di intervento del sistema di emergenza territoriale, in quanto la tempestività della valutazione e dell'avvio del trattamento costituisce uno dei principali determinanti degli esiti clinici. La finalità dei sistemi di emergenza preospedaliera è riconducibile alla riduzione delle morti evitabili e delle disabilità gravi secondarie a eventi critici, in quest'ottica la scelta e l'invio del mezzo più idoneo per il trattamento extraospedaliero sono determinanti ridurre il più possibile

l'intervallo libero da terapia, ovvero l'intervallo di tempo in cui il paziente non riceve un trattamento terapeutico adeguato.

È quindi intuibile come il sistema di soccorso territoriale sia strategico nell'identificazione rapida, stabilizzazione e corretta destinazione dei pazienti in strutture idonee al trattamento definitivo. La letteratura scientifica e l'esperienza maturata nell'ambito dei sistemi di emergenza più evoluti evidenziano come la gestione precoce delle condizioni riconducibili alle c.d. patologie "First Hour Quintet", richieda la disponibilità di risorse sanitarie adeguatamente formate in grado di garantire una valutazione e trattamento avanzati già nella fase preospedaliera, favorendo il rapido inquadramento clinico, l'attivazione precoce dei percorsi di rete e l'orientamento del paziente verso il setting assistenziale più appropriato.

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il flusso EMUR consente inoltre il monitoraggio di indicatori riguardanti, tra gli altri, la tempestività della risposta, l'appropriatezza dell'invio del mezzo e la percentuale di interventi gestiti con personale sanitario, con particolare riferimento agli eventi riconducibili alle patologie tempo-dipendenti. La presenza di professionisti sanitari sul mezzo di soccorso costituisce pertanto un elemento rilevante ai fini della qualità complessiva della risposta clinico-assistenziale. In tale prospettiva, l'estensione dell'operatività del Mezzo di Soccorso Infermieristico da H12 a H24 nel territorio del Comune di Sant'Elpidio a Mare appare coerente con gli obiettivi regionali di miglioramento della copertura sanitaria territoriale e di incremento della quota di eventi assistiti da personale sanitario qualificato durante l'intero arco della giornata e con tempistiche ottimizzate.

La sperimentazione consentirà di valutare l'impatto dell'estensione oraria in termini di riduzione dell'intervallo allarme-target e l'incremento della capacità di presa in carico delle patologie tempo-dipendenti, fornendo anche quei elementi utili a fini programmatori.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'AST di Fermo dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
– n. di missioni effettuate dal MSI di Sant'Elpidio a Mare nella fascia oraria aggiuntiva notturna;	Evidenza di un utilizzo stabile del mezzo nella fascia oraria aggiuntiva per l'intero periodo di sperimentazione.
– Percentuale di pazienti First Hour Quintet assistiti da MSA/MSI nel periodo di sperimentazione rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente.	Mantenimento o incremento della percentuale.
– Intervallo allarme-target delle missioni effettuate nella fascia oraria aggiuntiva.	Mantenimento dell'intervallo allarme-target registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente o miglioramento dello stesso.

Il primo indicatore consente di verificare che l'estensione dell'operatività H24 risponda a un'effettiva esigenza assistenziale e che la fascia oraria aggiuntiva venga realmente utilizzata. Dimostrare l'impiego continuativo del mezzo rappresenta il presupposto per giustificare il mantenimento a regime. A seguire, si vuole dimostrare che il nuovo assetto organizzativo conserva almeno lo stesso livello di risposta sanitaria alle patologie FHQ e un eventuale incremento costituisce un beneficio ulteriore. Infine, il mantenimento dei tempi di risposta dimostra che l'estensione dell'operatività del Mezzo di Soccorso Infermieristico incrementa la copertura sanitaria territoriale senza compromettere l'efficienza complessiva del sistema di emergenza. Un eventuale miglioramento rappresenta un beneficio aggiuntivo, ma non costituisce requisito indispensabile ai fini del superamento della sperimentazione, poiché il tempo allarme-target è influenzato anche da variabili esterne non direttamente riconducibili all'intervento organizzativo. La sperimentazione si concluderà quindi con esito favorevole qualora, nel periodo di osservazione, siano raggiunti almeno due dei tre indicatori.

L'impatto economico per la sperimentazione è di circa euro 260.000, comprendenti il convenzionamento con le Organizzazioni di Volontariato e il personale infermieristico da impiegare.

Sperimentazione n. 5 – Sistemi di videoregistrazione - Body-Cam

Pur non incidendo direttamente sugli esiti di salute dei cittadini, la sicurezza degli operatori è una condizione essenziale per garantire un servizio di emergenza-urgenza efficace. Gli equipaggi del sistema di emergenza territoriale operano frequentemente in contesti caratterizzati da complessità e imprevedibilità, questo può esporli a episodi di aggressione verbale o fisica che compromettono sia l'incolumità del personale sia il regolare svolgimento dell'attività clinico-assistenziale.

La Relazione annuale dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie evidenzia come il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari rappresenti ancora oggi un'importante criticità. Nel 2025 sono state registrate quasi 18.000 aggressioni che hanno coinvolto oltre 23.000 professionisti sanitari e sociosanitari, confermando la necessità di adottare ulteriori misure di prevenzione e tutela. In tale contesto si inseriscono anche le recenti modifiche normative introdotte nel 2024, che hanno rafforzato gli strumenti di contrasto alle aggressioni nei confronti del personale sanitario, prevedendo, nei casi stabiliti dalla legge, la possibilità di procedere all'arresto in flagranza differita sulla base di documentazione videofotografica o audiovisiva idonea a documentare in modo inequivocabile il fatto. L'impiego sperimentale di sistemi di videoregistrazione (Body-Cam) in almeno tre postazioni (un MSA, un MSI e un MSB) potrebbe pertanto sia contribuire ad aumentare la percezione di sicurezza degli operatori sia costituire un elemento di deterrenza nei confronti di comportamenti aggressivi e, ove necessario, agevolare l'accertamento dei fatti da parte degli organismi preposti.

La sperimentazione consentirà di acquisire elementi utili per valutare l'accettabilità dello strumento da parte degli operatori e il potenziale contributo al miglioramento delle condizioni di sicurezza durante gli interventi.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'AST di Ascoli Piceno dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
- n. missioni con attivazione della Body-Cam conforme al protocollo / n. missioni eleggibili secondo protocollo $\times 100$	$\geq 75\%$
- n. operatori che esprimono un giudizio favorevole sull'utilizzo della Body-Cam /n. totale operatori coinvolti $\times 100$;	$\geq 80\%$
- n. operatori che dichiarano un aumento della percezione di sicurezza durante il servizio/n. totale operatori coinvolti $\times 100$.	$\geq 70\%$

La sperimentazione potrà considerarsi conclusa con esito favorevole qualora vengano raggiunti i valori di riferimento di almeno due dei tre indicatori previsti. Tale criterio tiene conto della possibile mancata adozione di uno specifico protocollo operativo per l'utilizzo del dispositivo, che non consentirebbe la misurazione del relativo indicatore di aderenza. È inoltre necessario considerare che gli episodi di aggressione nei confronti degli operatori dell'emergenza territoriale non sono attualmente rilevati attraverso sistemi standardizzati. La sperimentazione valuta prioritariamente la fattibilità organizzativa piuttosto che l'efficacia nella riduzione delle aggressioni stesse.

L'impatto economico per la sperimentazione di cui sopra è stimato in circa euro 50.000 comprendenti body-cam e relative licenze, infrastruttura IT, postazione front-end per gestione e controllo e relative licenze.

Sperimentazione n. 6 – Somministrazione di emocomponenti ed emoderivati nel setting preospedaliero

Il trauma rappresenta una delle principali cause di morte a livello mondiale, in particolare nella popolazione giovane. L'emorragia non controllata costituisce la principale causa di morte potenzialmente prevenibile nei pazienti traumatizzati, pertanto, richiede un riconoscimento precoce e un intervento tempestivo. Nel setting preospedaliero, il riconoscimento precoce dell'emorragia favorisce l'attivazione di percorsi dedicati, compresi i protocolli ospedalieri di trasfusione massiva, e l'avvio delle strategie terapeutiche più

appropriate. Questo approccio è centrale nella gestione iniziale del trauma maggiore ed è associato a un miglioramento degli esiti clinici nei pazienti con emorragia grave.

Una rianimazione volemica appropriata rappresenta una componente essenziale della gestione del paziente con shock emorragico. Le attuali strategie di trattamento si basano sui principi della Damage Control Resuscitation (DCR), approccio finalizzato al controllo precoce dell'emorragia, alla gestione delle alterazioni della coagulazione associate al trauma e a un utilizzo appropriato della terapia infusionale. In tale contesto trova collocazione l'avvio della rianimazione emostatica già nella fase preospedaliera.

A livello nazionale, le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità raccomandano di considerare la trasfusione di emocomponenti in ambito preospedaliero laddove tecnicamente possibile. In Italia, la somministrazione preospedaliera di emocomponenti ed emoderivati rappresenta una realtà in progressiva diffusione e un recente documento di consenso nazionale ha definito standard rigorosi per garantirne sicurezza, appropriatezza e sostenibilità organizzativa.

L'implementazione della pratica trasfusionale a bordo del servizio di elisoccorso regionale appare pertanto coerente con gli obiettivi di evoluzione del sistema regionale dell'emergenza-urgenza e con la necessità di garantire interventi avanzati sempre più precoci nei pazienti ad elevata criticità clinica, in particolare nei territori caratterizzati da tempi di trasporto prolungati verso il Centro Hub di riferimento per la rete trauma.

La sperimentazione consentirà altresì di acquisire dati epidemiologici, clinici e organizzativi utili ai fini della futura revisione della Rete Territoriale di Soccorso regionale, permettendo di valutare la fattibilità, la sicurezza e la sostenibilità organizzativa della procedura.

Al fine di valutare la sperimentazione di cui sopra, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche dovrà produrre idonea relazione avvalendosi dei seguenti indicatori:

Indicatore	Valore di riferimento
n. totale di pazienti che hanno ricevuto almeno un emocomponente/emoderivato durante la missione HEMS	finalizzato a documentare la casistica trattata durante il periodo di sperimentazione.
n. di eventi avversi correlabili alla procedura di somministrazione verificatisi durante il periodo di sperimentazione	Assenza di eventi avversi gravi correlabili alla procedura tali da compromettere la sicurezza e la prosecuzione della sperimentazione, sulla base della valutazione clinica degli eventi eventualmente verificatisi.
n. emocomponenti eliminati per mancato utilizzo o perdita dei requisiti di conservazione / n. totale emocomponenti caricati a bordo dell'HEMS $\times 100$	monitoraggio della sostenibilità organizzativa della sperimentazione

La sperimentazione potrà considerarsi conclusa con esito favorevole qualora i dati raccolti dimostrino la fattibilità organizzativa e la sicurezza della procedura nel setting HEMS. Data la natura innovativa dell'intervento e l'assenza, in letteratura, di valori soglia condivisi per la

definizione del successo di programmi di trasfusione preospedaliera, la valutazione sarà basata su un approccio clinico-organizzativo integrato. Il numero di pazienti trattati e il tasso di spreco degli emocomponenti assumono valore descrittivo, mentre gli eventuali eventi avversi saranno oggetto di valutazione multidisciplinare.

L'impatto economico per la sperimentazione di cui sopra è stimato in circa euro 20.000 comprendenti sistemi di trasporto, stabilizzatori di temperatura, elementi refrigeranti e unità riscaldanti.