

La riorganizzazione della Continuità assistenziale (Guardia medica) in Italia e nelle Marche

Franco Pesaresi

Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN)

20/07/2014

Il presente articolo, seppur autonomo nella sua struttura, costituisce la naturale prosecuzione degli articoli "Le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria nelle Marche e in Italia" pubblicato nel n. 1-2/2014 di "Appunti" e al seguente indirizzo web:

<http://www.slideshare.net/franopesaresi/le-postazioni-dellemergenza-sanitaria-nelle-marche-e-in-italia> nonché dell'articolo "Emergenza sanitaria e organizzazioni di volontariato nelle Marche" pubblicato al seguente indirizzo web: <http://www.slideshare.net/franopesaresi/emergenza-sanitaria-e-associazioni-di-volontariato-nelle-marche>

1. Funzioni e dimensionamento della Continuità assistenziale

La continuità dell'assistenza ai cittadini, quando non lavora il proprio medico di famiglia, è assicurata dal servizio di Continuità assistenziale (CA), che in passato si chiamava Guardia medica. Il servizio garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante o pediatra di libera scelta. Il Servizio di Continuità Assistenziale (CA), pertanto, garantisce l'assistenza medica di base a domicilio gratuita a tutte le persone, anche in età pediatrica, residenti nella regione.

Il servizio è attivo nelle ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi secondo i seguenti orari:

- di notte: dal lunedì alla domenica, dalle ore 20.00 alle ore 08.00
- di giorno: nei giorni prefestivi, dalle ore 10.00 alle ore 20.00 e nei giorni festivi, dalle ore 08.00 alle ore 20.00.

Il medico di continuità assistenziale può:

- effettuare visite domiciliari non differibili;
- prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona;
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni;
- proporre il ricovero in ospedale.

Al servizio di continuità assistenziale si accede attraverso un numero telefonico dedicato che si può reperire presso la propria Asl. Il medico di continuità assistenziale, sulla base della valutazione del bisogno espresso, può rispondere:

- tramite consiglio telefonico;
- con visita ambulatoriale (ove possibile);
- visita domiciliare.

La presenza della Continuità assistenziale nel territorio di ogni regione è regolata dall'Accordo collettivo nazionale (ACN) con i Medici di Medicina Generale (MMG) e dagli accordi applicativi delle singole regioni. L'art. 64 comma 2 dell'ACN 23/5/2005 dei MMG definisce infatti il rapporto di riferimento in un medico ogni 5.000 abitanti residenti per stabilire il numero di medici inseribili nei servizi di CA di ciascuna ASL. Il comma 3 dello stesso articolo dà la facoltà alle regioni di indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto medico/popolazione stabilendo che la variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli accordi regionali e comunque tale variabilità non può essere maggiore del 30% rispetto a quanto previsto al comma 2.

Recentemente, la Conferenza Stato-Regioni del 17/2/2013 ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" introducendo delle importanti novità. Tale atto prevede la centralizzazione su base almeno provinciale delle chiamate al servizio di Continuità assistenziale, condividendo con il sistema di emergenza-urgenza le tecnologie ed integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della continuità assistenziale. Tale funzione di ricezione delle chiamate di assistenza primaria, attivo 24 ore su 24, può essere assicurata dalle regioni in Centrali, anche adiacenti alle Centrali Operative (CO) del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. Poiché è verosimile che il cittadino possa commettere errori nell'attivare l'una o l'altra delle funzioni sopra elencate, è necessario che le due funzioni siano supportate da un'unica piattaforma tecnologica.

La situazione nazionale

In Italia, sono impiegati nel servizio di Continuità assistenziale 11.921 medici distribuiti in 2.881 punti di guardia medica. La maggioranza delle regioni non rispetta gli standard di presenza dei medici indicati dall'ACN con i Medici di medicina generale (Cfr. Tab. 1). Il costo complessivo è di circa mezzo miliardo di euro.

Tab. 1 – Attività della Continuità assistenziale/guardia medica. Anno 2011

Regioni	Punti di CA	Medici titolari		Ore totali	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti
		Numero	Per 100.000 ab.			
Piemonte	138	369	8	1.011.676	368	12.134
Valle d'Aosta	9	12	9	61.940	600	13.159
Lombardia	229	1.037	10	1.605.891	315	10.415
Bolzano	6	22	4	25.780	-	3.652
Trento	32	48	9	224.871	1.048	17.764
Veneto	112	631	13	1.056.294	228	12.271
Friuli V G	49	161	13	302.177	383	13.400
Liguria	55	169	10	320.675	444	7.727
Em. Romagna	165	624	14	1.205.001	157	16.197
Toscana	173	672	18	1.080.370	445	16.895
Umbria	43	228	25	367.178	215	19.695
Marche	87	315	20	571.291	360	25.559
Lazio	113	624	11	830.329	134	5.320
Abruzzo	96	400	30	602.724	281	23.603
Molise	48	158	49	288.476	579	33.929
Campania	191	1.215	21	1.782.259	240	23.128
Puglia	260	986	24	1.834.695	218	18.508
Basilicata	105	435	74	721.306	435	27.005
Calabria	321	914	45	1.857.694	438	43.551
Sicilia	431	1.928	38	2.489.510	256	25.164
Sardegna	218	973	58	1.282.698	621	24.181
Italia	2.881	11.921	20	19.522.835	296	16.622

Fonte: Ministero Salute, 2014

Il numero di prestazioni fornite

In base ai dati nazionali risulta che, mediamente, la Guardia medica eroga 5,5 prestazioni per turno e cioè una prestazione ogni 2 ore. La continuità assistenziale eroga tre tipologie di prestazioni che sono:

1. Visite ambulatoriali;
2. Consulenze telefoniche;
3. Visite domiciliari.

Secondo l'agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas, 2011) le prestazioni della Continuità assistenziali sono costituite soprattutto da prescrizioni fatte presso la sede della guardia medica (60% in media) e da consulenze telefoniche. Le visite domiciliari sono assai più rare.

Per valutare la distribuzione delle varie tipologie di prestazioni, la Zona Territoriale di Senigallia/Asur Marche (ex ASL Senigallia) ha disposto una rilevazione analitica delle prestazioni di tutte le sedi della Guardia medica per due settimane una delle quali nel mese di giugno 2009 e l'altra nel mese di novembre 2009. In base a questa rilevazione le prestazioni ambulatoriali della Continuità assistenziale costituirebbero il 52,8% del totale, le visite domiciliari il 31,2% mentre le consulenze telefoniche il 16,0% (Asur Marche/Zona Senigallia, 2010). Nel dettaglio il quadro era il seguente: nella Zona territoriale di Senigallia, per ogni turno e per ogni sede, la Guardia medica realizzava mediamente 3,4 visite ambulatoriali, 2 visite domiciliari e 1 consulenza telefonica ma con differenze anche sostanziali fra una sede e l'altra, differenze legate soprattutto al bacino di popolazione servito.

I dati sulle prestazioni medie sono confermati anche dai dati della ASL di Teramo (pubblicati nella Deliberazione del Direttore generale n. 4 del 7/1/2013) secondo la quale la media per turno delle visite domiciliari nel 2010 era complessivamente di 21 su un totale di 21 sedi di Continuità assistenziale e cioè, mediamente, 1 visita domiciliare per turno. Le visite ambulatoriali (e cioè di pazienti che si presentano presso la sede) erano complessivamente 75 per turno che ripartite fra le 21 sedi di CA determinano una media per turno per sede di 3,6 visite ambulatoriali.

Il quadro nazionale è dunque abbastanza uniforme. Ogni medico di guardia medica nel suo turno che è di 12 ore o di 10 ore mediamente esegue 3-3,5 prestazioni ambulatoriali, fornisce 1-1,5 consulenze telefoniche ed esegue 1-2 visite domiciliari.

Il panorama italiano è però di straordinaria varietà passando addirittura da una presenza di 4 medici di guardia medica per 100.000 abitanti della provincia di Bolzano ai 74 medici della Basilicata in un quadro di bassissima produttività del sistema e di scarso rispetto degli standard organizzativi nazionali (Cfr. Tab.1).

2. L'orientamento delle regioni

Diverse regioni stanno provvedendo alla riorganizzazione della Continuità assistenziale a seguito delle più recenti normative nazionali e della ricerca di una migliore produttività del sistema.

La Regione Abruzzo ha deciso di riorganizzare completamente il servizio di Continuità assistenziale. La nuova articolazione approvata con Decreto commissariale n.61/2013 prevede di passare da 90 a 70 sedi della Continuità con un utilizzo dei medici che passa da 409 a 311 unità circa (obiettivo 1 medico ogni 4.000 abitanti circa).

Anche la regione Calabria, recentemente, ha provveduto a riorganizzare l'attività di guardia medica passando da 335 postazioni a 280 (D.P.G.R. n.94/2012). È interessante segnalare i criteri alla base

di tale riorganizzazione. Nei comuni fino a 5.000 abitanti è stata prevista una postazione di CA ogni 3.500 abitanti, nei comuni da 5.001 a 15.000 abitanti una postazione ogni 10.000 abitanti ed oltre una postazione ogni 25.000 abitanti. A queste postazioni se ne sono aggiunte altre 5 per assicurare la centralizzazione delle chiamate nelle attuali centrali operative provinciali del 118. In questo modo la Regione Calabria è passata da 409 sedi di continuità assistenziale a 334 nel 2010 e poi a 280 nel 2012 con un rapporto di 1 medico ogni 7.200 abitanti.

Anche le regioni Emilia Romagna, Lazio ed Umbria hanno deciso di rimodulare le postazioni della Continuità assistenziale secondo criteri di efficienza ed economicità perché eccessiva è la variabilità della distribuzione dei punti della Continuità assistenziale. In queste tre regioni, però, non sono stati ancora prodotti gli atti necessari. L'Umbria ha comunque precisato che la riorganizzazione prevederà il rispetto del rapporto di un medico ogni 5.000 abitanti.

Le centrali operative

Ancora poche regioni si sono preoccupate di recepire le “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale” approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 17/2/2013. Fra queste, le Regioni Abruzzo, Calabria, Lazio, Liguria, Umbria hanno deciso l'attivazione di centrali operative aziendali che ricevono tutte le chiamate per la continuità assistenziale possibilmente all'interno della centrale operativa aziendale del 118. Tutte le chiamate alla Continuità assistenziale vengono centralizzate a livello provinciale presso la centrale operativa all'interno del quale risponde un medico di Continuità assistenziale. Il medico valuterà la chiamata e disporrà uno dei seguenti interventi:

- a. Inviare un medico di Continuità assistenziale per visita a domicilio;
- b. Rinviare a strutture più adeguate o al servizio di emergenza 118 coinvolgendo il personale della stessa Centrale operativa aziendale, in servizio per il 118, se la patologia non fosse valutabile e gestibile a domicilio;
- c. Invitare il paziente a raggiungere la sede ambulatoriale di Continuità assistenziale più vicina;
- d. Fornire un consiglio telefonico se questa è la richiesta o qualora valuti che la richiesta del cittadino sia così risolvibile.

Le stesse regioni hanno deciso l'attivazione di un numero unico di chiamata della Continuità assistenziale che è il 116117, numero unico europeo per le necessità sanitarie non urgenti da convogliare presso la centrale operativa del 118, anticipando quanto previsto dal “Patto per la salute 2014-2016” sottoscritto da Stato e Regioni nel luglio del 2014.

3. La Regione Marche

La regione Marche, sin dal 1998, ha percorso i tempi stabilendo la diffusione delle sedi della Guardia medica e la centralizzazione delle chiamate telefoniche presso le Centrali operative territoriali, salvo poi non rispettare né l'una né l'altra indicazione. L'art.12 della L.R. 36/1998, infatti, recita testualmente: *“1. Spetta alle Centrali operative territoriali ricevere e gestire le chiamate relative all'attività di continuità assistenziale d'urgenza nelle ore prefestive, festive e notturne. Nel caso in cui i protocolli operativi della Centrale richiedano l'intervento domiciliare, fatta salva la necessità dell'intervento dei mezzi di emergenza, la chiamata è inoltrata ai medici che, nelle rispettive località, garantiscono l'attività di continuità assistenziale. A tal fine i medici sono dotati di strumenti adatti a mantenere il costante collegamento con la Centrale operativa.*

2. In considerazione della nuova organizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di continuità assistenziale sono rideterminate secondo parametri rispondenti alle reali necessità del territorio e comunque facendo in modo che ogni sede assista almeno 20.000 abitanti. Nei Comuni montani svantaggiati previo parere della competente commissione assembleare la Giunta regionale può concedere deroghe rispetto al numero degli abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche della viabilità”.

Secondo tali disposizioni, in base alla popolazione attuale, la Regione Marche dovrebbe avere al massimo 309 medici da ripartire in 77 sedi di Continuità assistenziale mentre ne risultano 95,4 secondo la stessa regione (DGR 735/2013). Ogni postazione costa mediamente 150.000 euro circa, per cui, in questi anni, il maggior costo sostenuto dalle Marche rispetto agli standard di legge è stato annualmente di 2,7 milioni circa.

Recentemente, la Regione Marche, molto opportunamente, ha deciso con la DGR 735/2013 di dare tempestiva attuazione alle *“Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”* approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 17 febbraio 2013. Infatti, la DGR 735/2013 della regione Marche prevede la costituzione della centrale operativa della continuità assistenziale e la rideterminazione delle Postazioni di CA. Per rendere efficace e sostenibile il processo di riorganizzazione del servizio di Continuità assistenziale si prevede la centralizzazione delle chiamate su un numero unico, allocando la gestione delle chiamate presso le quattro centrali operative territoriali del 118, cosa peraltro già prevista dalla LR 13/2008. A tal fine si prevede un nucleo di gestione dedicato e un medico di Continuità assistenziale che direttamente filtra le chiamate, avendo il vantaggio di utilizzare le dotazioni tecnologiche, informatiche ed organizzative delle Centrali operative territoriali 118. Tutte le chiamate alla CA sono convogliate e gestite presso la centrale operativa del 118. Con la Centrale operativa sarà possibile migliorare la percezione della qualità del servizio da parte del cittadino, sarà possibile ottimizzare gli interventi, ridurre i tempi di attesa delle visite, monitorare correttamente le attività. I medici della Continuità assistenziale che riceveranno le telefonate saranno in grado di comprendere adeguatamente le effettive necessità dell'utenza ed inviare l'intervento più appropriato al domicilio dell'assistito. Secondo la DGR 735/2013, inoltre, le postazioni di CA sono rideterminate sulla base dei seguenti indicatori/obiettivi:

- Numero e tipologia di prestazioni attuali comprese le prestazioni ambulatoriali;
- Popolazione afferente al bacino di utenza;
- Distanze tra i comuni e orografia del territorio;

- Eventuali incrementi della popolazione che si verificano solo in alcuni periodi dell'anno;
- Nuova configurazione della rete ospedaliera, dell'emergenza urgenza e di quella territoriale, tenendo conto in particolare della costituzione delle case della salute;
- Ogni sede assista almeno 20.000 abitanti. Nei comuni montani svantaggiati ed in quelli che attualmente usufruiscono dei benefici di cui all'obiettivo 5b dell'Unione Europea, la Giunta regionale può concedere deroghe rispetto al numero degli abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche di viabilità.

Sulla base degli standard di fabbisogno, le sedi della Continuità assistenziale, definita per ciascun distretto dalla DGR 735/2013 è indicata nella Tab. 2.

Tab. 2 – Turni e postazioni di Continuità assistenziale previsti nei distretti delle Marche

Distretto	Popolazione	Turni 2011	Turni previsti dalla DGR 735/2013
1-Pesaro	139.165	6 turni notturni (Pesaro (3), Montecchio (2), Gabicce + 1 turno festivo e prefestivo (Pesaro))	6
2-Urbino	85.490	8 postazioni, 11 turni notturni (Cagli (2), Apecchio/Piobbico, Urbino (2+1f), Macerata Feltria, Mercatino Conca, Urbania, Sant'Angelo, Lunano)	8
3-Fano	142.308	8 turni notturni (Pergola (2), Mondavio, Mondolfo, Fano (2), Calcinelli, Fossombrone)	7
4-Senigallia	80.048	5 postazioni, (6 turni notturni): Ostra, Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia, Senigallia (2)	5
5-Jesi	109.522	6 turni notturni (Jesi, San Marcello, Filottrano, Cingoli, Moie di Maiolati, Cupramontana) + 3 turni diurni (8-20) nelle 3 RSA (Cupramontana, Filottrano, Montecarotto)	5
6-Fabriano	48.584	3 postazioni (4 turni): Fabriano (2), Sassoferrato, Serra San Quirico	3
7-Ancona	256.368	11 turni notturni (Loreto, Osimo, Camerano/Sirolo, Castelfidardo, Agugliano/Polverigi, Chiaravalle, Falconara (2), Ancona (3) + 1 turno f e pf (Osimo))	11
8-Civitanova	123.550	5 turni notturni (Civitanova Marche, Recanati, Porto Recanati, Potenza Picena, Trodica di Morrovalle)	5
9-Macerata	139.017	9 turni notturni (Macerata (2), Treia, Corridonia, Tolentino, Caldarola, Sarnano, Passo Sant'Angelo, Penna San Giovanni) + 3 postazioni festivi e prefestivi (Montecassiano, Pollenza, Mogliano)	9
10-Camerino	49.301	6 turni notturni (2 Castelraimondo, Pievetorina, Visso, Fiastra, Fiunimata)	4
11-Fermo	165.003	7 postazioni (8 turni notturni): Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Montegranaro, Montegiorgio (2), Petritoli +1 f-pf Petritoli	8
12-S.Benedetto DT	107.592	4 postazioni (5 turni notturni): Ripatransone, Montalto, Montefiore, San Benedetto D.T. (2) + 1 turno festivi e prefestivi estivo a SBDT	6
13-Ascoli Piceno	119.387	6 postazioni (7 turni notturni): Amandola, Santa Vittoria Ponte Maglio, Ascoli Piceno (2), Acquasanta Terme, Offida	6
Marche	1.565.335	92 turni notturni +7 solo festivi e pf + 3 turni diurni	83

Note: popolazione al 1/1/2011.

A momento attuale a tale deliberazione non è stata data ancora attuazione.

In base alla popolazione attuale – afferma la DGR 735/2013 – e alle deroghe concesse, la regione Marche dovrebbe avere al massimo 83 turni di continuità assistenziale, mentre ne risultano attualmente operative 95,4. In realtà, come abbiamo visto, in base alla popolazione marchigiana le sedi attivabili di Continuità assistenziale sarebbero 77 a cui si devono aggiungere le eventuali deroghe concesse che però non sono esplicitate. Sarebbe utile sapere quali sono¹.

Le postazioni di CA sono collocate nelle strutture sanitarie o socio-sanitarie, in particolare nelle Case della Salute, riconducendovi eventuali postazioni collocate attualmente in sedi diverse, al fine di favorire la collaborazione operativa fra il personale della CA e le strutture ospitanti, nonché di garantire il supporto assistenziale alle strutture territoriali.

Molto opportunamente, la DGR 735/2013 prevede la possibilità di attivazione nelle Case della Salute già sede di Punto di primo intervento (PPI) con interventi superiori al minimo di 6.000/anno, di un ambulatorio di continuità assistenziale in fascia oraria diurna, gestito da MMG e PLS anche integrati da medici di continuità assistenziale, per effettuare prestazioni programmate o ad accesso diretto, che necessitano di assistenza medica.

4. Valutazioni e proposte

Il basso livello di performance della Continuità assistenziale italiana rende evidente l'inadeguatezza dello standard organizzativo previsto dall' ACN 23/5/2005 dei Medici di medicina generale (MMG). Il risultato dipende infatti dalla bassa dimensione della popolazione assistita da ogni singola sede della Guardia medica. Il primo intervento, dunque, andrebbe fatto in direzione della modifica del rapporto medico/popolazione assistita, rapporto la cui applicazione andrebbe inoltre verificato con maggior impegno per ridurre le straordinarie differenze regionali che si registrano attualmente nella dotazione di personale della CA (Cfr. Tab. 1) per evitare sprechi di risorse ed iniquità eccessive.

Questo processo di revisione organizzativa sarà facilitato dalla centralizzazione provinciale di tutte le chiamate per la Continuità assistenziale che permetterà di fornire la risposta più appropriata al cittadino, un migliore utilizzo del personale medico ed una risposta al territorio più tempestiva potendo contare su una disponibilità di risorse non limitata alle singole sedi di Guardia medica.

Quanto alla regione Marche, è apprezzabile l'intervento di riorganizzazione della rete della Continuità assistenziale in attuazione delle *“Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”* approvate dalla conferenza Stato-

¹ Una ricerca di certo non esaustiva nel sito regionale “Norme Marche” (http://www.norme.marche.it/01_pagina.asp) che pubblica tutte le delibere della Giunta regionale non ha evidenziato alcuna deliberazione di deroga in materia.

Regioni il 17 febbraio 2013 ma la rete della Continuità assistenziale appare ancora sovradimensionata rispetto agli standard nazionali e, soprattutto, rispetto al carico di lavoro medio delle singole sedi di Guardia medica.

Bibliografia.

- Asur Marche/Zona territoriale 4 di Senigallia, Riorganizzazione della continuità assistenziale e potenziamento del Pronto soccorso, Sito web: <http://www.senigallia.org/images/file/20110214-progetto-pronto-soccorso.pdf>
- Agenas (Gullstand R., Enrichens F., Bono D., Gariano S., Benetollo P.P., Rosito A.M., Ghiotto M.C., Marcer D., Moirano F.), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni del piano di rientro*, Monitor n. 27/2011.
- Conferenza Stato-Regioni, atto n. 36 del 17/2/2013 “*Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*”.
- Conferenza Stato-Regioni, atto n. 82 del 10/7/2014 “*Il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016*”.
- Ministero della Salute, “*Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle aziende ospedaliere – anno 2011*”, Roma, 2014.
- Regione Abruzzo: Commissario ad acta Decreto 27 agosto 2013, n. 61: “*Sedi dei servizi di Continuità assistenziale delle aziende sanitarie locali della Regione Abruzzo*”.
- Regione Abruzzo: Commissario ad acta Decreto 22 novembre 2013, n. 94: “*Istituzione numero di chiamata 116117 della Continuità assistenziale ed attivazione delle quattro centrali operative aziendali*”.
- Regione Calabria: Commissario ad acta Decreto 28 giugno 2012, n. 94: “*Approvazione proposta programmata progetto Riordino, riorganizzazione e reingegnerizzazione della rete Urgenza/emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010*”.
- Regione Abruzzo: Commissario ad acta Decreto 22 novembre 2013, n. 94: “*Istituzione numero di chiamata 116117 della Continuità assistenziale ed attivazione delle quattro centrali operative aziendali*”.
- Liguria: DGR 17 maggio 2013, n.542: “*Recepimento dell'accordo Stato/Regioni e prov. Autonome di Trento e Bolzano del 7 febbraio 2013 sul documento recante “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”*”.
- Marche: DGR 20 maggio 2013, n.735: “*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*”.
- Regione Umbria: Deliberazione della Giunta regionale 28 maggio 2012, n. 609: “*Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del sistema sanitario regionale. Preadozione.*”.
- Regione Umbria: Deliberazione della Giunta regionale 30 luglio 2012, n. 970: “*Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del sistema sanitario regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti.*”.