

Programmazione regionale di prestazioni di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale in attuazione della delibera di G. R. n. 53/2013. Biennio 2013-2014

Premessa

La salute e il benessere della popolazione devono essere considerati un investimento per la società. Per la persona costituiscono una condizione importante che permette di avere soddisfazione dalla vita e di esercitare pienamente i propri ruoli (*flourishing as human being*); per la società, cittadini in buona salute, in situazione di relativo benessere rappresentano una condizione di dinamismo e progresso. Ma in un mondo di risorse limitate, investire in salute e benessere richiede una adeguata azione di politica sanitaria e di programmazione, affinché quelle risorse, come in ogni investimento, siano dirette verso le soluzioni più efficaci ed utilizzate nel modo più efficiente.

I tagli del fondo Sanitario nazionale, determinati dalle ultime manovre economiche, compresa la Legge di stabilità 2013 (Legge n. 228/2012), sono pari ad oltre 30 miliardi nel triennio 2013-2015. Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è stato complessivamente rideterminato in 106.824 milioni per l'anno 2013, in 107.716 milioni per l'anno 2014 ed in 107.616 milioni per l'anno 2015.

Nel 2013, per la prima volta nella storia del Servizio Sanitario Nazionale, il livello di risorse a disposizione per l'anno in corso è inferiore a quello dell'anno precedente ed anche negli anni 2014 e 2015 si manterrà al di sotto del livello 2012.

In un simile contesto, il rischio di regressione (se non di default) dell'intero Sistema e dei principi su cui si fonda diventano reali e pressanti.

Affinché il nostro Sistema sanitario risulti compatibile con il mutato quadro finanziario ed economico, e sostenibile rispetto alle necessità derivanti dall'evoluzione dei bisogni e delle aspettative della popolazione (pressione demografica e continui progressi delle tecniche mediche), è necessario intervenire in maniera puntuale, innovando e razionalizzando, spendendo meglio per spendere meno, aumentando la produttività delle risorse impiegate nel sistema ed eliminando i consumi inappropriati.

Nonostante nella nostra regione il SSR abbia mantenuto il pareggio di bilancio senza compromettere i livelli essenziali di assistenza e vi sia un generale riconoscimento di efficienza, esistono ancora, sia pure in misura diversa rispetto al quadro nazionale, importanti margini di recupero di risorse. Le inefficienze e gli sprechi vanno rimossi con determinazione, ma, pur supponendo che possano scomparire totalmente, rimane estremamente consistente lo scarto tra le risorse necessarie a garantire, in condizioni di qualità adeguata – cioè allo stato delle conoscenze scientifiche, allo stato dei bisogni prevalenti e alle aspettative della persona – i livelli essenziali di assistenza e l'effettiva disponibilità di risorse.

Per questo tagliare gli sprechi, ridurre le inefficienze, rendere più produttive le risorse non è la sola via da intraprendere; è necessario agire, parallelamente, con azioni di medio periodo volte ad una revisione complessiva dell'attuale sistema, attraverso innovazioni di carattere organizzativo, investimenti sulla qualità, attivazione di risorse della comunità, revisione dei modelli gestionali, in grado di garantire una più efficace risposta al bisogno e la sostenibilità economico finanziaria del sistema, anche sfruttando le potenzialità che le innovazioni tecniche offrono dal punto di vista della ingegneria organizzativa.

E' necessario realizzare un sistema sanitario più aperto ed integrato nelle sue diverse componenti, tale da assicurare continuità e coordinamento nella presa in carico del paziente migliorandone qualità, sicurezza, appropriatezza, efficienza, tempestività delle cure.

A ciò si aggiunga quanto disposto dal D.L. n. 95 del 2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 135 del 2012, in particolare dall'art. 15, comma 13, lettera c) che impone a questa Regione una rimodulazione dell'offerta attraverso una programmazione orientata alla riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pubblici e privati. Si tratta coerentemente di riprogettare la

produzione ospedaliera e l'assistenza territoriale, definendo modalità assistenziali in grado di innalzare la qualità dell'assistenza e renderne il costo sostenibile.

Emerge in questo senso la necessità di una riorganizzazione complessiva del SSR che dovrà garantire il giusto equilibrio tra l'orientamento al decentramento, richiesto dall'accessibilità e dall'integrazione con i servizi territoriali, e l'esigenza di concentrazione richiesta dalle garanzie di qualità e sicurezza delle prestazioni e dall'uso efficiente delle risorse.

In tale ottica la delibera di Giunta regionale n. 53/2013, proprio in considerazione della grande rilevanza che rivestono i soggetti accreditati all'interno del SSR, ha inteso fornire nuove indicazioni in materia di accreditamento finalizzate ad una complessiva revisione del sistema. Il quadro delineato deve ora necessariamente essere completato con l'adozione di un atto di programmazione, inteso non solo come valutazione quantitativa legata al mero fabbisogno di prestazioni, ma altresì basato su criteri distributivi/localizzativi e organizzativi a valenza regionale.

La programmazione regionale deve pertanto:

- garantire una migliore accessibilità alle prestazioni, evitando concentrazioni territoriali, ma allo stesso tempo dando un'applicazione più ampia del concetto di autosufficienza, attraverso un'adeguata valutazione della rete dell'offerta, anche dalle zone limitrofe;

- utilizzare al meglio le opportunità, anche di tipo tecnologico, offerte dagli operatori del settore;

- introdurre meccanismi "governati" di entrata/uscita dal sistema, tali da eliminare le inefficienze generate da rendite di posizione e assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate.

Sulla base di tali premesse viene declinata la programmazione regionale di prestazioni sanitarie, in attuazione della delibera di G. R. n. 53/2013, valevole per il biennio 2013-2014 e relativa a: assistenza ospedaliera, assistenza sanitaria salute mentale - dipendenze patologiche, assistenza specialistica ambulatoriale, soccorso-trasporto infermi a mezzo ambulanza/auto medica.

Assistenza ospedaliera

Il D.L. n. 95 del 2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 135 del 2012, in particolare all'art. 15, comma 13, lettera c) stabilisce che "...sulla base e nel rispetto degli standard fissati con regolamento approvato ai sensi dell'art. 1, comma 169, della L. n. 311 del 2004, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano adottano provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSN, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungo degenza post-acuzie ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto sarà per i presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto".

Questa Regione, di conseguenza, è tenuta a rimodulare l'offerta complessiva di posti letto attraverso una programmazione orientata ad una riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale, per farne rientrare il numero entro i parametri sopra riportati, in coerenza con le risorse programmate per il SSN e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

Con atto programmatico regionale, avente valenza triennale, di prossima adozione, sarà complessivamente rimodulata la dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati.

Nelle more dell'adozione di tale atto programmatico, considerato che ad oggi non è ancora stato emanato il Regolamento di cui all'art. 1, comma 169, della L. n. 311/2004 e all'art. 15, comma 13, lettera c) del D.L. n. 95, che dovrà definire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, si ribadisce che, stante l'onere di definire la dotazione dei posti letto sulla base della normativa vigente, il fabbisogno regionale è ampiamente

soddisfatto e l'attuale dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati è superiore agli standard previsti nel D.L. 95 sopra richiamato.

In ogni caso, fino a che non sarà completata la complessiva riorganizzazione territoriale regionale e, comunque, almeno fino al 31/12/2017, non si ravvisa l'opportunità di aprire a nuove strutture la possibilità di richiedere l'accreditamento istituzionale.

Diverso è il caso in cui una struttura intenda fare richiesta di variazione di una o più tipologie di discipline accreditate, senza che questo comporti un aumento dei posti letto accreditati. La struttura potrà presentare domanda di nuovo accreditamento, previa richiesta di nulla osta regionale (ai sensi della DGR 555/2000), e la Regione procederà nel percorso di accreditamento solo previa verifica del fabbisogno di tali nuove discipline tramite l'azienda sanitaria competente per territorio. Con lo stesso criterio potranno essere accolte domande per l'avvio del procedimento di accreditamento che abbiano per oggetto trasformazioni di attività o riorganizzazioni di offerta a livello di Area Vasta, che non comportino comunque aumenti complessivi di posti.

Per quanto attiene ai posti letto in strutture hospice si conferma la programmazione regionale già definita con la delibera di Giunta regionale n. 456 del 2000 di costituzione della Rete delle Cure Palliative, ad eccezione dei posti letto di hospice pediatrico che verranno valutati di volta in volta a seconda delle peculiari esigenze che si manifesteranno.

Assistenza sanitaria salute mentale - dipendenze patologiche

I criteri di programmazione dell'assistenza ospedaliera esposti nel paragrafo che precede si applicano anche alle strutture ospedaliere per la salute mentale, la cui programmazione terrà conto, altresì, degli indirizzi e degli standard specifici del settore (DGR n. 313/2009 recante "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011"; Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" Rep. Atti n. 4/CU del 24 gennaio 2013).

In analogia con quanto previsto per la rete complessiva dei posti letto ospedalieri, potranno essere accolte domande per l'avvio del procedimento di accreditamento che abbiano per oggetto trasformazioni di attività, da SPDC a SPOI, all'interno della stessa disciplina codice 40, o riorganizzazioni di offerta a livello di Area Vasta che non comportino aumenti complessivi di posti. Potranno altresì essere valutate, previa richiesta di nulla osta regionale (ai sensi della DGR 555/2000), domande di accreditamento di posti letto di residenze sanitarie psichiatriche ospedaliere (DGR n. 2000/2009) in stabilimenti ospedalieri pubblici.

Per quanto concerne le strutture residenziali, semi-residenziali e territoriali della salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la determinazione del nuovo fabbisogno tiene conto della riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e del programma di rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche. Tale programma è finalizzato ad una riprogettazione complessiva dell'utilizzo delle residenze sanitarie e sociosanitarie da parte dei Centri di Salute Mentale e dei Sert, allo scopo di ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriately e favorire l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato (DGR n. 199/2013).

Per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si evidenzia il fabbisogno di una residenza terapeutica intensiva per minori gestita dal DAISM – DP dell'azienda UsI di Parma (delibera di Giunta regionale n. 911/2007), in relazione ad un progetto già presentato dal Dipartimento stesso.

Attraverso un apposito atto programmatico regionale, di prossima adozione, e sulla base dei criteri sopra esposti, sarà complessivamente rimodulato il fabbisogno di posti letto residenziali pubblici e privati accreditati per la salute mentale adulti, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria della infanzia e dell'adolescenza e il fabbisogno di strutture territoriali per lo stesso settore. Nelle more dell'adozione di tale atto, considerata l'ampia offerta di posti letto in strutture residenziali sanitarie,

non si prevede la possibilità di accettare nuove domande di accreditamento da parte di nuove strutture residenziali e territoriali.

In via eccezionale potranno essere accolte domande per l'avvio del procedimento di accreditamento da parte di nuove strutture o domande di ampliamento, variazione di tipologia di attività, soltanto se l'Azienda sanitaria o l'Area Vasta ne ravvisi la necessità e richieda espressamente alla Regione di procedere all'accoglimento della domanda con l'evidenza delle motivazioni, previa richiesta di nulla osta regionale, se l'oggetto della domanda concerne strutture residenziali (DGR n.555/2000).

La presente programmazione di strutture per l'assistenza sanitaria di salute mentale - dipendenze patologiche sostituisce i fabbisogni già deliberati nel provvedimento di Giunta regionale n. 1891/2010, ad esclusione dei procedimenti di accreditamento già avviati.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Per il governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che rappresenta la prima e più frequente modalità di accesso al Servizio Sanitario regionale da parte del cittadino, sono stati definiti numerosi indicatori che hanno consentito la misurazione omogenea della pianificazione aziendale di tale livello assistenziale.

Negli ultimi anni, da parte delle Aziende USL, sono stati definiti fabbisogni attraverso l'analisi degli indici di consumo, dell'attività erogata ai residenti ponderata sugli abitanti e della mobilità inter-infra aziendale/regionale, con l'obiettivo di garantire in ciascun ambito territoriale un'equa distribuzione della capacità produttiva.

Le Aziende USL, dal 2009, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e gli IRCSS, ove presenti, hanno elaborato annualmente i piani di produzione per ambito provinciale ed in raccordo per Area Vasta, nell'ambito della programmazione triennale condivisa in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Tutto ciò per rispondere sempre più ad un fabbisogno che partisse da un'articolazione distrettuale, ma che non si circoscrivesse rigidamente ai confini aziendali, un fabbisogno che, nel rispetto anche dei tempi di attesa, si orientasse sempre più su analisi di qualità dell'attività erogata e dei percorsi condivisi, piuttosto che su mere analisi quantitative.

A supporto del soddisfacimento di tale fabbisogno, un ruolo fondamentale hanno assunto in questi anni i soggetti privati accreditati, la cui attività, regolata dai contratti di fornitura stipulati con le Aziende USL, è risultata essere, nel 2012, al netto dell'attività di laboratorio, circa il 18% del totale dell'attività specialistica ambulatoriale (circa 3 milioni di prestazioni su un totale di circa 16,6).

La collaborazione delle Aziende sanitarie con i soggetti privati accreditati, favorita anche dalla regolamentazione in materia di accreditamento degli ultimi anni (legge 296/2006, accordi della Regione Emilia-Romagna con le Associazioni rappresentative dei soggetti privati, l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012)), ha reso sempre più necessaria l'analisi quali/quantitativa delle prestazioni erogate e l'ottimizzazione della distribuzione dei punti di offerta, delle risorse professionali e tecnologiche.

Questi elementi e le criticità poste al sistema sanitario, quali la pressione e la diversificazione della domanda, il contenimento del fondo sanitario, il processo di deospedalizzazione con conseguente trasferimento di attività in regime ambulatoriale, l'aumento della popolazione con patologie croniche e anziana con bisogni socio-assistenziali, sono alla base della ridefinizione in corso della rete dei servizi ospedalieri e territoriali.

In questo contesto vanno ridefinite anche le relazioni tra Aziende USL e fornitori privati accreditati, nell'ottica di assicurare alle Aziende USL, attraverso valutazioni comparative della qualità e dei

costi, la possibilità di selezionare, tra le diverse strutture accreditate, quelle che meglio soddisfano le proprie esigenze di flessibilità, organizzazione e distribuzione territoriale.

Al fine di facilitare le Aziende USL nei rapporti con le strutture private accreditate e nella stipula dei contratti, questa Regione ha ritenuto opportuno apportare modifiche alle procedure di accreditamento con la delibera di Giunta regionale n. 53/2013, demandando a successivi atti la definizione degli indirizzi di programmazione regionale, nonché dei criteri in base ai quali le Aziende individueranno i contraenti e definiranno i contenuti dei contratti di fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Pertanto, sulla base dei principi sopra enunciati, in fase di prima applicazione, si definiscono le priorità per il biennio 2013-2014, ai fini dell'avvio dei nuovi procedimenti di accreditamento (di nuove strutture o di ampliamenti di attività di strutture già accreditate).

Nel precisare che le richieste di rinnovo degli accreditamenti già concessi non sono sottoposte alle limitazioni di seguito specificate, mentre le richieste di ampliamento di attività in strutture già accreditate, anche contestuali alla domanda di rinnovo, saranno valutate con gli stessi criteri e modalità previsti per i nuovi accreditamenti, si stabilisce che le strutture private potranno presentare domanda di nuovo accreditamento per le seguenti attività:

- assistenza specialistica ambulatoriale erogata in strutture polispecialistiche ovvero in strutture che possono offrire servizi di accoglienza e una gamma di prestazioni completa almeno per qualche percorso di diagnosi o terapia, situate sul territorio della Regione Emilia-Romagna, tranne che nei comuni di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini e relativi comuni confinanti, in modo da favorire una potenziale diffusione geografica di punti di offerta di specialistica ambulatoriale. Si precisa che vengono escluse dal procedimento di accreditamento le attività di laboratorio e di RM osteoarticolari e TC osteoarticolari, in quanto il fabbisogno negli ultimi anni è stato soddisfatto in tutti gli ambiti territoriali regionali ed in particolare per TC osteoarticolari e RM osteoarticolari per le quali con una delibera di Giunta regionale di prossima emanazione saranno approvate le condizioni di erogabilità;
- servizi complementari al processo assistenziale/diagnostico erogato al paziente da parte di strutture accreditate pubbliche e private;
- assistenza odontoiatrica.

In via eccezionale, qualora una Azienda USL ne ravvisi la necessità e ne faccia espressa domanda alla Direzione Generale Sanità e Politiche sociali regionale con l'evidenza delle motivazioni, potrà essere avviato il procedimento di accreditamento:

- per le strutture che non rispecchino le indicazioni di ubicazione sopra richiamate;
- per le attività sopra indicate di laboratorio e TC osteoarticolari e RM osteoarticolari.

In ogni caso la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali regionale, rispetto a quanto sopra riportato, valuterà la richiesta di deroga dell'Azienda USL, le motivazioni addotte e i dati inerenti i fabbisogni dei residenti del relativo ambito territoriale. In particolare, effettuerà le valutazioni sulla base degli indicatori di specialistica ambulatoriale, con specifico riferimento all'indice di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL, che verrà calcolato sugli ultimi dati definitivi annuali del flusso informativo regionale (ASA), e confrontato rispetto al valore regionale, assunto come soglia di riferimento.

Di contro, nel biennio 2013-2014 la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali regionale non avvierà il procedimento di accreditamento nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale per le seguenti attività:

- attività di Genetica medica, in quanto per dare attuazione alla delibera di Giunta regionale n. 1980/2012 "Indicazioni in ordine all'esecuzione dei test di genetica medica nella Regione Emilia Romagna" si è stabilito che i test di genetica a carico del Servizio Sanitario Nazionale possono essere eseguiti solo nei laboratori, sedi di erogazione pubblica, inseriti nella rete Hub & Spoke;
- attività di riabilitazione, in quanto dall'analisi dei dati del flusso informativo di specialistica ambulatoriale, inerenti gli anni 2010-2011, è risultato essere soddisfatto il fabbisogno in tutti gli ambiti territoriali regionali;
- attività di Procreazione medicalmente assistita (PMA), in quanto è in fase di recepimento a livello regionale l'Allegato dell'Accordo Stato Regioni del 15/3/2012 "Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie autorizzate di cui alla legge 19 febbraio 2004, n. 40 per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di cellule umane", ai sensi dell'articolo 6, comma 1 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191.

Poiché la concessione dell'accreditamento non conferisce automaticamente lo status di erogatore con oneri a carico del SSR, si demanda alle Aziende USL, a fronte del rispetto dei criteri di priorità delineati a livello regionale per l'avvio del procedimento di accreditamento per le strutture private autorizzate, la decisione circa l'eventuale stipula di contratti di fornitura.

Trasporto infermi non urgente a mezzo ambulanza

L'accreditamento del soccorso-trasporto infermi a mezzo ambulanza/auto medica coinvolge circa 160 soggetti gestori di cui oltre il 90 % è costituito da associazioni di volontariato (Anpas e Misericordie) o Comitati o Sottocomitati di Croce Rossa Italiana. I restanti soggetti, che operano con personale dipendente, sono costituiti quasi esclusivamente in cooperative sociali.

Lo strumento dell'accreditamento è risultato particolarmente soddisfacente poiché ha consentito, all'interno dei singoli territori, il mantenimento e la valorizzazione dei soggetti gestori caratterizzati da una prevalente presenza di volontari.

Nell'ambito del soccorso urgente, in considerazione di un fabbisogno sostanzialmente stabile, non sono ipotizzabili significative modifiche o integrazioni degli attuali accreditamenti.

Per il settore "trasporto infermi" o "trasporto sanitario non urgente" svolto a mezzo ambulanza, considerata la prevista riorganizzazione della rete ospedaliera e vista la sempre maggiore diffusione dei servizi territoriali e della domiciliarità, si ipotizza un aumento del fabbisogno che difficilmente potrà essere garantito dalle associazioni di volontariato già accreditate o in via di accreditamento. E' quindi prevedibile la necessità di un maggiore ricorso a soggetti imprenditoriali che dispongono di personale dipendente.

Al riguardo è utile ricordare che le associazioni di volontariato devono svolgere la loro attività con l'apporto prevalente e determinante dei volontari e pertanto hanno difficoltà ad espandere la loro attività visti i vincoli relativi all'assunzione (L. 266/1991).

Per quanto detto sopra, si ritiene necessario prevedere un incremento dei soggetti accreditabili per il solo settore “trasporto infermi” o “trasporto sanitario non urgente” svolto a mezzo ambulanza.

Possono, pertanto, presentare domanda di accreditamento, a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto, i soggetti che svolgono attività di trasporto infermi a mezzo ambulanza, titolari dell'autorizzazione sanitaria dei mezzi “per l'attività di trasporto infermi a mezzo ambulanza” rilasciata da un Comune della Regione Emilia-Romagna entro il 30/6/2009, per almeno due ambulanze ed in possesso dei requisiti di cui alle delibere di Giunta regionale n. 44/2009 del 26/01/2009 “Requisiti per l'accREDITamento delle strutture di soccorso/trasporti infermi” e n. 53 del 21/1/2013 “Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accREDITamento”.

Tali soggetti dovranno inoltre documentare un'attività di “trasporto non urgente” a mezzo ambulanza svolta con continuità (valutata in almeno 1000 pazienti trasportati in uno degli ultimi tre anni) a favore di strutture sanitarie o socio assistenziali pubbliche o private accreditate della Regione Emilia-Romagna.

Rispetto all'attuale modalità di accREDITamento, il cui livello quantitativo è stato definito attraverso una programmazione di fabbisogno effettuata dalle Aziende sanitarie nel 2009, il presente atto a valenza programmatica prevede di definire un bacino di strutture accreditate per il trasporto non urgente a mezzo ambulanza al quale le Aziende potranno accedere per la stipula di contratti di fornitura per la copertura dei propri fabbisogni, ribadendo che la concessione dell'accREDITamento non conferisce automaticamente titolo per erogare attività con oneri a carico del SSR.

Il limite di accreditabilità per ogni struttura è quello definito dai fattori produttivi presenti.

In particolare l'attività di “trasporto non urgente” a mezzo ambulanza con oneri a carico del SSR deve trovare riscontro con quanto previsto dalla normativa e dagli specifici regolamenti aziendali.