

Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

Delibera del Direttore Generale n. 623 del 04/06/2015

Oggetto: Servizio di trasporti sanitari in emergenza/urgenza e ordinari/programmati per l'area nord di questa Azienda Sanitaria. Approvazione avviso ai sensi dell'art. 58 della L.R. 18/2012 e della D.G.R. 207/2015.

Proponente: UO Acquisti Beni e Servizi

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 3315 del 29/05/2015 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dr. Domenico BARZOTTI

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe LEGATO)*

* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

Oggetto: Servizio di trasporti sanitari in emergenza/urgenza e ordinari/programmati per l'area nord di questa Azienda Sanitaria. Approvazione avviso ai sensi dell'art. 58 della L.R. 18/2012 e della D.G.R. 207/2015.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

PREMESSO che con Decisione Amministrativa n°216 del 04/4/2011 del Direttore Generale della ex Asl n°1, è stato aggiudicato in via definitiva alla cooperativa Italy Emergenza coop. sociale il lotto 1 della procedura ristretta allo scopo indetta per l'affidamento del servizio di trasporti sanitari e non sanitari, relativo al servizio di trasporti sanitari in emergenza/urgenza e ordinari/programmati per le esigenze della ex Asl 1, per un importo annuo onnicomprensivo di € 1.190.251,04 oltre Iva, per una durata prevista in anni 4 decorrenti dalla data di avvio del servizio;

CHE in data 09/6/2011 è stato stipulato il relativo contratto, acquisito al rep. n°493/2011 della ex Asl 1, con avvio del servizio in data 01/7/2011, come risultante dall'art. 3 del contratto, con termine previsto quindi in data 30/6/2015;

CHE, con Determinazione Dirigenziale n. 1230 del 06/08/2011 dell'ex Azienda ASL 1 Umbria è stato rivalutato, con decorrenza dal 01/07/2012, il canone annuo che è passato dall'importo iniziale di € 1.190.251,16 ad € 1.227.148,92, oltre iva;

CONSIDERATO che in previsione della scadenza alla sopra indicata data del 30/6/2015 del servizio in argomento, questa UO con nota del 24/3/2015, prot. n°28760, ha richiesto al Responsabile del Dipartimento di Emergenza/Urgenza di questa Azienda Sanitaria, nonché ai Responsabili delle Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri e dei Distretti Sanitari Alto Tevere ed Alto Chiascio, di comunicare i fabbisogni per il nuovo affidamento del servizio in argomento;

CHE i Responsabili di cui sopra hanno comunicato, ognuno per la parte di propria competenza, i relativi fabbisogni, in base ai quali, questa U.O. ha provveduto a redigere l'avviso in oggetto ;

CONSIDERATO che l'art. 58 della Legge Regionale n°18 del 12/11/2012 prevede che il servizio di trasporto sanitario o prevalentemente sanitario, qualora non possa essere assicurato da personale e mezzi propri dell'aziende Sanitarie Regionali, debba essere affidato a soggetti autorizzati ed accreditati secondo la disciplina prevista nel regolamento di cui al c. 6 del medesimo articolo, con il seguente ordine di priorità:

- a) con convenzioni stipulate con le associazioni di volontariato, con la Croce Rossa Italiana, con le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo di cui all'art.1 c.18 del D. Lgs.502/1992;
- b) con contratti a titolo oneroso stipulati nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici di servizi;

CONSIDERATO che per mancanza di mezzi e personale propri, l'ex Azienda USL 1 decise di affidare quota parte del servizio in argomento, tramite procedura di gara, ad Italy Emergenza coop. Sociale, si ritiene di continuare con l'esternalizzazione dell'attività in oggetto ma seguendo le nuove disposizioni regionali sull'affidamento dei trasporti sanitari e prevalentemente sanitari;

CHE con D.G.R. n. 207 del 02/03/2015 è stato approvato il regolamento relativo ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento all'esercizio del trasporto sanitario e prevalentemente sanitario, in attuazione dell'art. 58 c.4 e 6 della LR Umbria 18/2012 ed all'art. 6 della sopracitata D.G.R. è stata disciplinata la fase transitoria in merito ai soggetti che, in questo periodo di tempo, possono essere considerati provvisoriamente autorizzati e accreditati;

CONSIDERATO che la Legge Regionale 18/2012, all'art. 58 c.4 prevede come prioritarie le procedure di affidamento di tali tipologie di servizi trasporti sanitari ai soggetti di cui alla lettera a) del citato comma 4, non escludendo, pertanto, le altre modalità indicate alla successiva lettera b);

CHE con nota protocollo 24685 del 12/03/2015 di questa U.O., si dava riscontro alla nota di Italy Emergenza Coop. Sociale, acquisita al protocollo n. 23935 del 11/03/2015, in merito all'attivazione del periodo di proroga, comunicando l'intenzione di questa Azienda Sanitaria d'avvalersi della facoltà di proroga del servizio da esercitarsi dal 01/07/2015 per un massimo di mesi 6, fatta salva la possibilità di cessazione anticipata di tale periodo, qualora intervenga per il servizio in argomento nuova aggiudicazione, considerato il grave danno che potrebbe derivare dall'interruzione di un Pubblico Servizio come quello svolto da Italy Emergenza Soc. Cooperativa;

CHE Italy Emergenza Cooperativa Sociale attraverso nota del 12/03/2015 acquisita al ns. protocollo con n. 24818 del medesimo giorno comunicava la disponibilità alla prosecuzione in proroga;

CHE la spesa per il periodo di proroga semestrale può essere stimata in euro 613.574,47 iva esente da iscrivere al conto M. 480-60-12;

CIO' premesso, al fine di garantire la competitività per quanto riguarda le attività di trasporto ordinario e programmato, così come previsto dal comma 3 dell'art. 2 della DGR207/2015, occorre procedere alla pubblicazione sul sito internet di questa Azienda Sanitaria di un avviso esplorativo volto a recepire la disponibilità dei soggetti ex art. 58 c.4 lett. a) della LR. 18/2012, aventi i requisiti previsti dal DGR 207/2015 e disciplinati per la fase transitoria dall'art. 6 della medesima DGR, interessati a svolgere in tutto o in parte il servizio di trasporto ordinario e programmato;

CHE il medesimo avviso, visto il c.4 dell'art.2 della sopracitata DGR per cui il trasporto di urgenza ed emergenza è attribuito in via prioritaria attraverso il convenzionamento diretto alle associazioni di volontariato, si intende reperire la disponibilità dei soggetti ex art. 58 c.4 lett. a) della LR. 18/2012, aventi i requisiti previsti dal DGR 207/2015 e disciplinati per la fase transitoria dall'art. 6 della medesima DGR, interessati a svolgere in tutto o in parte il servizio di trasporto sopra citato;

CHE l'avviso esplorativo e il modello per la manifestazione d'interesse vengono allegati al presente atto, quali parti integranti e sostanziali dello stesso;

CHE sarà cura dell'U.O. Affari Generali acquisire le manifestazioni d'interesse che perverranno a seguito della pubblicazione dell'avviso;

VISTA la L.R. Umbria n. 18/2012;

VISTO il D.G.R. Umbra n. 207/2015.

Tutto ciò premesso si propone di adottare la seguente Delibera:

- 1) **PRENDERE ATTO** della disponibilità espressa da Italy Emergenza Coop. Soc. alla prosecuzione del servizio in argomento dal 01/07/2015 per un massimo di mesi 6, fatta salva la possibilità di cessazione anticipata di tale periodo, qualora intervenga per il servizio in argomento nuovo affidamento;
- 2) **DARE ATTO** che la spesa, per l'eventuale periodo di proroga semestrale, può essere stimata in euro 613.574,47 iva esente da iscrivere al conto M. 480-60-12 di Bilancio 2015;
- 3) **AUTORIZZARE** la pubblicazione sul sito internet di questa Azienda Sanitaria di un avviso esplorativo volto a recepire la disponibilità dei soggetti ex art. 58 c.4 lett. a) della LR. 18/2012, aventi i requisiti previsti dal DGR 207/2015 e disciplinati per la fase transitoria dall'art. 6 della medesima DGR, interessati a svolgere in tutto o in parte il servizio di trasporto ordinario e programmato e di emergenza/urgenza;
- 4) **APPROVARE** l'avviso esplorativo e il modello per la manifestazione d'interesse che vengono allegati al presente atto, quali parti integranti e sostanziali dello stesso;

- 5) **DISPORRE** la trasmissione delle manifestazioni d'interesse che perverranno a seguito della pubblicazione dell'avviso all' U.O. affari Generali;
- 6) **TRAMETTERE** quindi il presente atto alla responsabile U.O. Affari Generali per il seguito di rispettiva competenza e per conoscenza ai Responsabili del Distretto Alto Tevere, del Distretto Alto Chiascio, della Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Città Di Castello, della Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino e del Dipartimento di Emergenza/Urgenza di questa Azienda Sanitaria;
- 7) **DARE ATTO** che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza.

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE

Dr. Simone Bellucci

IL DIRIGENTE U.O. ACQUISTI BENI E SERVIZI

Dr.ssa Antonella Lipparelli

AVVISO ESPLORATIVO PER LA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DEL TRASPORTO SANITARIO IN EMERGENZA-URGENZA E ORDINARIO-PROGRAMMATTO DI QUESTA AZIENDA SANITARIA, AI SENSI DELLA L. R. 18/2012 E DELLA D.G.R. 207/2015 AREA ALTOCHIASCIO E ALTOTEVERE

Il presente avviso è riservato alle associazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana, istituzioni e organismi a scopo non lucrativo di cui all'art. 1, comma 18 del D.Lgs. 502/1992 aventi i requisiti previsti dalla D.G.R. 207/2015.

Le Associazioni interessate all'affidamento in tutto o in quota parte del servizio in oggetto, **in possesso dei requisiti sopra citati**, possono inviare **entro il giorno** / / , **alle ore 13.00** apposita richiesta alla PEC : aslumbria1@postacert.umbria.it utilizzando **esclusivamente** il modello messo a disposizione unitamente al presente avviso.

il presente avviso è finalizzato esclusivamente a ricevere manifestazioni di interesse per favorire la partecipazione del maggior numero di operatori; le manifestazioni di interesse non vincolano in alcun modo l'Azienda Sanitaria, in quanto hanno come unico scopo di rendere noto all'Amministrazione la propria disponibilità per quanto in argomento. Ciò posto, la presentazione della domanda da parte del soggetto interessato non attribuirà allo stesso alcun interesse qualificato o diritto in ordine all'eventuale partecipazione alla fase per l'affidamento del servizio in oggetto, né comporterà l'assunzione di alcun obbligo specifico da parte dell'Azienda U.S.L.

Si riporta una stima puramente indicativa dei fabbisogni relativi all'affidamento da porre in essere:

TRASPORTI SANITARI IN REGIME DI EMERGENZA-URGENZA

- Trasporti Primari in emergenza – Servizio 118

- Trasporti Secondari in emergenza:

- **Trasferimenti in utero e neonatali**, disposte secondo le necessità rilevate dai competenti responsabili aziendali ed sulla base di specifici protocolli operativi della ASL1 e/o regionali-nazionali;

- **Trasferimenti per trapianti**, ove ci sia la necessità di un trasferto urgente e assistito;

- **Trasferimenti per TSO**, anche da domicilio;

- **Trasferimenti in emergenza-Urgenza da presidio ospedaliero ad altro presidio ospedaliero a maggiore complessità, anche fuori regione**. In questi casi sarà garantita la presenza-assistenza di personale sanitario medico e/o infermieristico dell'azienda, ospedaliero o territoriale-distrettuale, secondo la competenza;

- **Trasferimento Urgenti (senza assistenza) di Sangue e derivati ematici**, disposti a seguito di necessità rilevate ed espresse da competenti responsabili aziendali e sulla base di specifici protocolli operativi della ASL 1 e/o regionali nazionali;

fabbisogno

- 2 postazioni H24 365 giorni l'anno per l'ospedale di Città Di Castello con ambulanze di tipo A con autista;

- 1 postazione H24 365 giorni l'anno a chiamata in pronta disponibilità per l'ospedale di Città Di Castello con ambulanze di tipo A e con autista;

- 1 postazione H24 365 giorni l'anno per l'ospedale di Umbertide con ambulanza di tipo A con autista;

- 1 postazione H12 (dalle 8:00 alle 20:00) 365 giorni l'anno presso Gubbio con ambulanza di tipo A con autista;

- 1 auto per il trasporto di sangue in urgenze diurne con autista presente in servizio e notturne in regime di reperibilità con autista presso l'Ospedale di Gubbio- Gualdo Tadino;
- 1 auto per il trasporto di sangue in urgenze diurne con autista presente in servizio e notturne in regime di reperibilità con autista presso l'Ospedale di Città Di Castello;

TRASPORTI SANITARI IN REGIME ORDINARI PROGRAMMATI

- Trasporto di pazienti dializzati barellati;

fabbisogno

PRESIDIO OSPEDALIERO CITTA' DI CASTELLO E DISTRETTO ALTOTEVERE

- numero annuale medio di utenti in dialisi: 6/7;
- trattamento medio per paziente: 13 sedute mensili;
- servizio dal lunedì al sabato festivi infrasettimali compresi;
- i trasporti sono singoli;
- numero trasporti annuali: 865 (andata+ritorno= 1 viaggio)

NB: il numero utenti potrebbe essere superiore, nella rotazione, alla media sopra riportata in quanto non tutti i pazienti effettuano 13 trattamenti mese e/o per tutto l'anno.

PRESIDIO OSPEDALIERO GUBBIO-GUALDO E DISTRETTO ALTOCHIASCIO

- numero annuale medio utenti in dialisi 4
- trattamento medio per paziente: 13 sedute mensili;
- servizio dal lunedì al sabato festivi infrasettimali compresi;
- i trasporti sono singoli;

da questi numeri vengono stimati un numero di viaggi annui (andata+ritorno= 1 viaggio) pari a 624 (4*12*13) ;

- Trasferimenti/trasporti ordinari programmati;

fabbisogno

PRESIDIO OSPEDALIERO CITTA' DI CASTELLO E DISTRETTO ALTOTEVERE

Il volume dei trasporti stimato annuo è **2910** (andata+ritorno= 1 viaggio) , di cui il 90% barellato, dal quale si può stimare un chilometraggio annuale di circa **117.000 km**;

PRESIDIO OSPEDALIERO GUBBIO-GUALDO E DISTRETTO ALTOCHIASCIO

Il volume di trasporti stimato annuo è di **1874** (andata+ritorno= 1 viaggio), prevalentemente barellati, dalla quale si può stimare un chilometraggio annuale di circa **87.000 km**;

L'utilizzo giornaliero e il numero di ambulanze/mezzi stimato con autista come necessario per coprire il fabbisogno dei TRASPORTI SANITARI IN REGIME ORDINARI PROGRAMMATI risulta essere:

PRESIDIO OSPEDALIERO CITTA' DI CASTELLO E DISTRETTO ALTOTEVERE

Ambulanze di tipo B	L	M	M	G	V	S	D
Ambulanza H 12	2	2	2	2	2	1	
Ambulanza H 6	3	3	3	3	3		
Ambulanza H 6 in turno la mattina						1	
Ambulanza H 12 Domenica e Festivi							1

Mezzi omologati al trasporto (anche multiplo) disabili e persone con handicap non barellati	A necessità						
Totale Ambulanze	5	5	5	5	5	2	1

PRESIDIO OSPEDALIERO GUBBIO-GUALDO E DISTRETTO ALTOCHIASCIO

Ambulanze di tipo B	L	M	M	G	V	S	D
Ambulanza H 12	2	2	2	2	2	1	
Ambulanza H 12 (in regime di pronta disponibilità)	1	1	1	1	1	1	
Ambulanza H 6	1	1	1	1	1		
Ambulanza H 6 in turno la mattina						1	
Ambulanza H 12 Domenica e Festivi							1
Mezzi omologati al trasporto (anche multiplo) disabili e persone con handicap non barellati	A necessità						
Totale Ambulanze	4	4	4	4	4	3	1

Può essere richiesto la presenza di barellieri per i trasporti dove non necessita la presenza del personale sanitario.

Inoltre le associazioni dovranno impegnarsi ad utilizzare il programma informatizzato di gestione dati che sarà messo a disposizione dalla AUSL, i dati ivi inseriti saranno poi utilizzati ai fini della rendicontazione dei trasporti effettuati.

Per informazioni e/o chiarimenti rif. Rag. Sergio Dolciami, tel. 075/5412203 e Dr. Simone Bellucci, tel. 075/5412206, dalle ore 9,00 alle ore 13,00 dei giorni feriali.

Perugia,

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Legato

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)
(luogo)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

in qualità di legale rappresentante della (Barrare la casella interessata):

- Associazione di Volontariato;
 Croce Rossa Italiana;
 Istituzioni e organismi a scopo non lucrativo di cui all'art. 1, c.8 del D. Lgs. 502/92;
 Altro _____;

_____ (denominazione)

con sede in _____

partita iva /cod. fiscale _____

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

AD ESSERE CONTATTATO PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO IN EMERGENZA-URGENZA E ORDINARIO-PROGRAMMATO DI QUESTA AZIENDA SANITARIA, AI SENSI DELLA L. R. 18/2012 E DELLA D.G.R. 207/2015 PER L'AREA ALTOCHIASCIO E ALTOTEVERE, DI CUI ALL'AVVISO DEL __/__/____.

DICHIARA

(barrare la casella interessata)

- Di essere in possesso dell'autorizzazione e dell'accreditamento previsti dalla D.G.R. 207/2015;
 Di essere nelle condizioni previste dall'art. 6 della D.G.R. 207/2015,
 Di essere iscritto nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato o appartenere al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana ovvero alla Camera Commercio;

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE DISPONIBILE A SVOLGERE LE SEGUENTI ATTIVITA'

TRASPORTI SANITARI IN REGIME DI EMERGENZA-URGENZA

(barrare le caselle interessate)

TIPO DI TRASPORTO	AREA ALTOCHIASCIO	AREA ALTOTEVERE
Trasporti primari in emergenza		
Servizio 118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporti secondari in urgenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti in utero e neonatali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti per trapianti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti per TSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti in emergenza-Urgenza da presidio ospedaliero ad altro presidio ospedaliero a maggiore complessità, anche fuori regione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento Urgenti (senza assistenza) di Sangue e derivati ematici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e per tali trasporti di poter mettere a disposizione il seguente numero di mezzi:

TIPO MEZZO	NUMERO
Ambulanza di tipo A con autista	
Automezzo omologato per soccorso avanzato	
Automezzo omologato al trasporto di sangue e derivanti ematici con autista	

TRASPORTI SANITARI IN REGIME ORDINARI PROGRAMMATI

(barrare le caselle interessate)

TIPO DI TRASPORTO	AREA ALTOCHIASCIO	AREA ALTOTEVERE
Trasporto di pazienti dializzati barellati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimenti/trasporti ordinari programmati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e per tali trasporti di poter mettere a disposizione il seguente numero di mezzi:

TIPO MEZZO	NUMERO
Ambulanza di tipo B con autista	
Autovetture omologate al trasporto disabili e persone con handicap	
Pulmini omologate al trasporto disabili e persone con handicap	

(Qualora si disponga di altri mezzi non ricompresi nelle casistiche di cui sopra e qualora lo si ritenga utile ed opportuno, indicarli nella tabella in calce al presente documento)

- che l'indirizzo al quale inviare ogni comunicazione relativa alla procedura in oggetto ai fini dell'art. 79 del D. Lgs. 163/2006 è il seguente:

tel. _____, fax _____, e-mail _____, PEC _____.

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del Rappresentante l'impresa

Tipo automezzo/modello	Breve descrizione del servizio/i per cui il mezzo è omologato	Numero