AREU
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

377 / 2026 del 06/11/2026

***Oggetto*: APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO 28 RECANTE ATTIVITÀ DI SOCCORSO SANITARIO CON ELICOTTERO IN REGIONE LOMBARDIA" REV. 8**

AREU • Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
Palazzo Lombardia • via Melchiorre Gioia, 37 - 20124 Milano
Tel 02 67129001 • Mail protocollo@pec.areu.lombardia.it
C.F. e P. IVA 11513540960 • **www.areu.lombardia.it**

Copia informatica per consultazione

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO 28 RECANTE ATTIVITÀ DI SOCCORSO SANITARIO CON ELICOTTERO IN REGIONE LOMBARDIA" REV. 8

vista la seguente proposta di deliberazione avanzata dal Direttore della Struttura Complessa Affari Generali e Legali

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) è un Ente del S.S.R. disciplinato dall'art. 16 L.R. 30.12.2009 n. 33 e s.m.i. e attivato dalla DGR n. 2701/2019 e dalla DGR n. 4078/2020;

VISTA la deliberazione dell'Agenzia n. 1/2024 "PRESA D'ATTO DELLA D.G.R. N. XII/1650 DEL 21/12/2023 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA DIREZIONE DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (AREU) – (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BERTOLASO)" di nomina del Dott. Massimo Lombardo a Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU);

DATO ATTO che AREU si è dotata del Regolamento n. 28, denominato "Attività di soccorso sanitario con elicottero in Regione Lombardia", che disciplina lo svolgimento delle attività di soccorso sanitario effettuate mediante elicottero nell'ambito del territorio regionale;

VISTA la nota prot. AREU n. 34606 del 30/10/2026 con la quale il Direttore della S.C. Elisoccorso di AREU ha richiesto l'approvazione della revisione n. 8 del suddetto Regolamento;

DATO ATTO che il testo aggiornato del Regolamento è stato sottoposto alla valutazione della S.S. Qualità, Risk Management e Internal Auditing di AREU, per gli aspetti di rispettiva competenza;

RITENUTO, pertanto, di procedere all'approvazione della revisione n. 8 del Regolamento n. 28, nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

PRECISATO che le disposizioni contenute nel Regolamento acquistano efficacia dalla data di approvazione dello stesso mediante deliberazione del Direttore Generale di AREU, salvo diversa disposizione contenuta nel provvedimento di approvazione;

DATO ATTO, altresì, che il Regolamento prevede un periodo transitorio di 6 (sei) mesi, decorrente dalla data della sua entrata in vigore, durante il quale i professionisti sanitari (medici e infermieri) già impiegati nell'attività di elisoccorso, indipendentemente dalla procedura di selezione attraverso la quale sono stati ammessi a tale attività, dovranno maturare e dimostrare il possesso dei requisiti minimi di attività previsti dal Regolamento, in relazione alla rispettiva figura professionale e alla base HEMS di assegnazione;

PRESO ATTO che il Proponente del procedimento attesta la completezza, la regolarità tecnica e la legittimità del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, resi per quanto di specifica competenza ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

DELIBERA

Per tutti i motivi in premessa indicati e integralmente richiamati:

1. di approvare la revisione n. 8 del Regolamento n. 28, denominato "Attività di soccorso sanitario con elicottero in Regione Lombardia", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che le disposizioni del Regolamento acquistino efficacia dalla data di adozione della presente deliberazione, ferme restando le disposizioni transitorie in esso previste;
3. di dare atto che i professionisti sanitari (medici e infermieri) già impiegati nell'attività di elisoccorso alla data di entrata in vigore del Regolamento dispongono di un periodo transitorio di 6 (sei) mesi per maturare e dimostrare il possesso dei requisiti minimi di attività previsti dall'art. 6.1.1, applicabili alla rispettiva figura professionale e base HEMS di assegnazione;
4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del Bilancio dell'Agenzia;
5. di dare atto che ai sensi della L. n. 241/1990, Responsabile del presente procedimento è il dott. Francesco Daminelli, Direttore della S.C. Elisoccorso;
6. di disporre che vengano rispettate tutte le prescrizioni inerenti alla pubblicazione sul portale web dell'Agenzia di tutte le informazioni e i documenti richiesti e necessari ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., c.d. Amministrazione Trasparente;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Agenzia, dando atto che lo stesso è immediatamente esecutivo (ex art. 32 comma 5 L. n. 69/2009 s.m.i. e art. 17 comma 6 L.R. n. 33/2009).

La presente delibera è sottoscritta digitalmente, ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i., da:

Il Direttore Amministrativo Andrea Albonico

Il Direttore Sanitario Gabriele Mario Perotti

Il Direttore Generale Massimo Lombardo

REGOLAMENTO 28
ATTIVITÀ DI SOCCORSO SANITARIO CON ELICOTTERO IN REGIONE LOMBARDIA

Oggetto e ambito di applicazione

Il presente regolamento disciplina lo svolgimento dell'attività di soccorso sanitario effettuata con elicottero nell'ambito di Regione Lombardia.

I contenuti del regolamento non possono essere declinati nell'ambito delle articolazioni dell'Agenzia (AAT, SOREU).

Indice

Art. 1 – Definizione di "elisoccorso"
- 1.1 – HEMS Philosophy
- 1.2 – Operazioni HEMS HEC
- 1.3 – Cultura della sicurezza

Art. 2 – Attività di competenza del Servizio Sanitario Regionale
Art. 3 – Area di competenza
Art. 4 – Attività di volo notturno
Art. 5 – Gestione del Servizio
- 5.1 – Responsabilità
- 5.2 – Programmazione, controllo e sviluppo

Art. 6 – Articolazione dell'équipe di elisoccorso
- 6.1 – Personale sanitario
  - 6.1.1 – Requisiti
  - 6.1.2 – Procedimento di verifica dei requisiti
  - 6.1.3 – Sospensione ed esclusione dall'attività di elisoccorso
  - 6.1.4 – Assegnazione alle basi HEMS
- 6.2 – Personale tecnico CNSAS

Art. 7 – Missione di elisoccorso
- 7.1 – Intervento primario
  - 7.1.1 – Criteri clinici
  - 7.1.2 – Criteri situazionali
  - 7.1.3 – Competitività rispetto al trasporto su gomma
- 7.2 – Intervento secondario
  - 7.2.1 – Classificazione sanitaria
  - 7.2.2 – Trasferimento con elicottero
  - 7.2.3 – Competitività rispetto al trasporto su gomma
  - 7.2.4 – Richiesta di intervento secondario
  - 7.2.5 – Trasporto secondario fuori Regione
  - 7.2.6 – Preparazione del paziente
  - 7.2.7 – Trasporto Eli-STEN
  - 7.2.8 – Trasporto Eli-STAM
  - 7.2.9 – Trasporti ECMO
- 7.3 – Utilizzo di emocomponenti in elisoccorso
- 7.4 – Trasporto organi, équipe chirurgiche e pazienti convocati per il trapianto
  - 7.4.1 – Trasporto organi ed équipe

Copia informatica per consultazione

7.4.2 – Trasporto organi con contenitori isotermici
7.4.3 – Trasporto pazienti convocati per il trapianto
7.5 – Intervento nell'ambito di situazioni di Protezione Civile
7.6 – Richieste di intervento sopraggiunte
7.7 – Elicottero fuori servizio
7.8 – Interruzione della missione
7.8.1 – Recupero dell'équipe
7.9 – Fine dell'intervento
Art. 8 – Entrata in vigore e periodo transitorio
Art. 9 – Principali riferimenti normativi
Art. 10 – Documentazione AREU di riferimento.

Art. 1

Definizione di "elisoccorso"

1. In accordo al quadro normativo europeo (rif. Regolamento UE n. 965/2012, come aggiornato dal Regolamento di esecuzione UE 2023/1020), per volo HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) si intende un volo effettuato con elicottero da un operatore autorizzato dall'Autorità competente a svolgere missioni HEMS, nel rispetto delle condizioni previste da tale autorizzazione, in cui il trasporto immediato e rapido è essenziale e il cui scopo è uno dei seguenti:
   a) agevolare il soccorso medico d'emergenza trasportando uno o più dei seguenti elementi:
      - personale medico;
      - forniture mediche (apparecchiature, sangue, farmaci, organi);
      - persone malate o ferite e altri soggetti direttamente coinvolti;
   b) condurre un'operazione in cui una persona si trovi ad affrontare un rischio per la salute, imminente o previsto, causato dall'ambiente circostante, laddove si verifichi almeno una delle seguenti circostanze:
      - tale persona necessiti di essere soccorsa o di ricevere rifornimenti;
      - sia necessario trasportare persone, animali o attrezzature da e verso il sito operativo HEMS.

   Il volo HEMS può comportare l'impiego di siti operativi la cui necessità di utilizzo non è prevedibile né pianificabile prima dell'evento che determina l'intervento. Tali siti, anche non preventivamente ricogniti (non-pre-surveyed), sono selezionati nel corso della missione dal pilota comandante dell'elisoccorso (Pilot In Command – PIC), previa valutazione della loro idoneità alle operazioni.
   Nell'ambito di un volo HEMS possono essere effettuate operazioni HEMS HEC (Human External Cargo), costituite da operazioni di volo e a terra finalizzate al trasporto di una o più persone come carico esterno umano.
   Possono essere classificati come voli HEMS anche i trasporti secondari e il trasporto urgente di personale o forniture mediche, inclusi sangue, organi e medicinali, qualora il trasporto immediato e rapido sia essenziale (rif. artt. 7.2 e 7.4 del presente regolamento).
   In ragione delle finalità di salvaguardia della vita e della salute, alle operazioni HEMS sono applicabili specifiche deroghe e attenuazioni rispetto ai requisiti ordinari delle operazioni di trasporto aereo commerciale (Commercial Air Transport, CAT).
2. I trasporti sanitari programmati o urgenti differibili sono voli Air Ambulance (rif. art. 7.2 del presente regolamento), rientranti nell'ambito dei CAT. Tali operazioni non beneficiano delle deroghe operative e dei minimi ridotti specificamente previsti per le missioni di soccorso HEMS.
3. La classificazione del volo come HEMS o Air Ambulance compete – sulla base delle informazioni

disponibili e dei criteri stabiliti dal presente regolamento – al personale sanitario di Sala Operativa, che deve pertanto essere consapevole dei rischi aggiuntivi potenzialmente presenti nelle operazioni HEMS. La classificazione della missione non pregiudica le valutazioni aeronautiche: compete al PIC la decisione finale relativa all'accettazione, alla fattibilità, alla pianificazione e alla condotta del volo, compresa la decisione di modificarlo, interromperlo o non effettuarlo, nel rispetto della normativa aeronautica, delle procedure dell'operatore aereo e delle condizioni operative contingenti (cfr. art. 7 del presente regolamento).

4. La terminologia aeronautica non contraddice né sostituisce la terminologia medica ma rileva ai fini dell'applicazione della disciplina aeronautica, mantenendo quale principio di riferimento che il rischio aeronautico risulti proporzionato al compito da svolgere.

Art. 1.1
HEMS Philosophy

1. Nell'ambito delle operazioni HEMS sono incluse anche "*quelle operazioni di salvataggio (rescue) che riguardano il salvataggio di persone, che vengono minacciate dalle condizioni ambientali e che necessitano di essere salvate anche attraverso il trasporto di attrezzature mediche, animali e forniture mediche necessarie per eseguire una missione di salvataggio*"[1].
2. Le norme e le specifiche deroghe operative previste per l'HEMS risultano adeguate alla complessità delle operazioni di soccorso in montagna. Tali operazioni condividono con la definizione di volo HEMS alcuni elementi caratteristici, quali l'incertezza circa l'esatta localizzazione della persona a rischio e le sue condizioni cliniche, nonché la necessità di trasportare soccorritori, unità cinofile, attrezzature o rifornimenti a supporto delle operazioni a terra.
3. Quando il trasporto immediato e rapido è essenziale e ricorrono le condizioni indicate all'art. 1 comma 1 del presente regolamento, possono pertanto essere classificati come voli HEMS:
   a) il salvataggio di persone esposte a un rischio per la salute, imminente o previsto, causato dall'ambiente circostante;
   b) le operazioni urgenti di soccorso in ambiente montano, impervio e/o ostile;
   c) il trasporto di soccorritori e altro personale necessario alla missione;
   d) il trasporto di unità cinofile;
   e) il trasporto di attrezzature, rifornimenti e forniture necessarie all'intervento;
   f) le operazioni HEMS HEC, effettuate mediante verricello o gancio baricentrico.
4. La classificazione come volo HEMS non presuppone necessariamente la presenza iniziale di una persona già individuata come paziente o le cui condizioni cliniche siano note.
5. La necessità di operare su un sito non preventivamente ricognito e di intervenire nel minor tempo possibile comporta l'accettazione di un livello di rischio operativo superiore rispetto alle ordinarie operazioni CAT. Tale rischio deve essere identificato, valutato, mitigato e mantenuto al livello più basso ragionevolmente praticabile ("as low as reasonably practicable"; cfr. GM1 SPA.HEMS.100 pubblicata da EASA).
   Il rischio potenziale deve essere limitato a un livello proporzionato al compito da svolgere. Qualora non sussistano elementi di rischio per la salute causati dall'ambiente e non sia necessario soccorrere o rifornire una persona né trasportare persone, animali o equipaggiamenti da o verso

[1] Rif. ITO 2024/01-ONO *Operazioni HEMS secondo il nuovo Regolamento EU 2023/1020*, paragrafo 1, «Estensione e scopo dell'HEMS – HEMS Philosophy», pubblicata da ENAC (Ente Nazionale per l'Aviazione Civile) ed espressamente rivolta anche alle amministrazioni regionali committenti dei servizi di elisoccorso. Tale Indicazione Tecnica e Operativa è stata pubblicata a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento di esecuzione (UE) 2023/1020 e del materiale interpretativo (Guidance Material, GM) successivamente pubblicato da EASA (Agenzia dell'Unione Europea per la sicurezza aerea).

un sito operativo HEMS, non ricorrono i presupposti per applicare il concetto di volo HEMS e le relative deroghe operative.

6. Nel sistema ENAC successivo al 25 maggio 2024, il recupero urgente di una persona localizzata in montagna o in altro ambiente ostile non viene automaticamente qualificato come SAR (Search And Rescue): è normalmente una missione HEMS, se soddisfa la nuova definizione di volo HEMS. Restano escluse da questo ambito le operazioni SAR ricadenti nell'articolo 2, paragrafo 3, lettera a), del Regolamento (UE) 2018/1139. Pertanto, ai fini del presente regolamento e dell'attività di elisoccorso svolta dall'Agenzia, è preferibile abbandonare la seguente terminologia: "SAR", "search and rescue", "voli di ricerca e salvataggio".
7. Ai fini del presente regolamento, per ambiente impervio si intende un luogo che per le caratteristiche del terreno (conformazione, morfologia, pendenza, condizioni del suolo…) e/o per la presenza di ostacoli naturali, non permette o rende estremamente difficile il raggiungimento e/o il transito da parte di un mezzo su gomma (pendio boschivo, canalone innevato…), come indicato dalla IOP 67 *Supporto TCO per richieste provenienti da ambiente impervio e/o ostile*.
   Per ambiente ostile si intende un luogo che presenta condizioni difficili di movimentazione (forra, grotte, crepaccio, pareti e canali rocciosi, valanga…), come indicato dalla IOP 67 *Supporto TCO per richieste provenienti da ambiente impervio e/o ostile*. L'ostilità dell'ambiente può derivare da caratteristiche ambientali o da condizioni di movimentazione/meteorologiche (es. nevicate, piogge o temperature basse) tali da costituire una minaccia, attuale o potenziale, per la salute o la sopravvivenza della persona da soccorrere e/o dei soccorritori.
   La scelta delle modalità di soccorso tiene conto di criteri meglio specificati agli artt. 7.1.2 e 7.1.3 del presente regolamento.

Art. 1.2
Operazioni HEMS HEC

1. Tutti gli elicotteri impiegati nel Servizio regionale di elisoccorso sono configurati ed equipaggiati per l'esecuzione di operazioni HEMS HEC mediante verricello.
2. Tali operazioni sono finalizzate al trasporto esterno di una o più persone nell'ambito di una missione HEMS, quando l'impiego del verricello sia necessario per raggiungere, soccorrere, recuperare o evacuare persone malate, ferite o esposte a un rischio per la salute causato dall'ambiente circostante, oppure per trasportare il personale necessario all'esecuzione della missione. Nell'ambito delle medesime operazioni, il verricello può essere impiegato anche per il trasporto di unità cinofile, attrezzature o forniture necessarie all'intervento.
3. Il personale sanitario di AREU destinato a partecipare alle operazioni HEMS HEC deve essere specificamente formato, addestrato e sottoposto a un aggiornamento periodico per il mantenimento delle competenze, secondo programmi condivisi con l'operatore aereo.
4. AREU assicura che l'organizzazione del Servizio, i percorsi formativi del personale sanitario e gli accordi con gli Enti e le organizzazioni di soccorso coinvolti siano coerenti con le procedure dell'operatore aereo e favoriscano l'integrazione dell'intera équipe di elisoccorso, la standardizzazione delle comunicazioni e l'applicazione dei principi di Crew Resource Management (CRM).
5. Sono di competenza del PIC la valutazione della fattibilità aeronautica, la scelta del sito operativo HEMS e della tecnica operativa più appropriata — compresi l'atterraggio, l'appoggio parziale, il volo stazionario e l'impiego del verricello — nonché la decisione aeronautica relativa alla modifica o all'interruzione della manovra (rif. art. 1 comma 3 del presente regolamento).
6. Ai fini del presente regolamento, l'espressione "operazioni speciali" indica l'insieme delle

operazioni HEMS HEC effettuate mediante verricello e delle manovre di imbarco o sbarco del personale di soccorso eseguite in condizioni di appoggio parziale dell'elicottero o di volo stazionario in prossimità del suolo.

Art. 1.3
Cultura della sicurezza

1. L'Agenzia riconosce l'elevata complessità clinica, organizzativa, tecnica e aeronautica del contesto nel quale si svolge l'attività di elisoccorso e promuove una cultura della sicurezza fondata sulla fiducia, sulla segnalazione degli eventi, sull'analisi sistemica e sull'apprendimento continuo.
2. La cultura della sicurezza si fonda, in particolare, sull'integrazione dei seguenti principi:
   a) cultura giusta (Just Culture): riconosce la distinzione tra gli errori commessi in buona fede e le condotte intenzionali, le violazioni consapevoli o i comportamenti gravemente negligenti;
   b) cultura della segnalazione degli eventi significativi (Reporting Culture): favorisce la comunicazione tempestiva e trasparente degli errori, degli eventi significativi, degli inconvenienti e delle condizioni potenzialmente pericolose;
   c) cultura dell'apprendimento (Learning Culture): utilizza le informazioni derivanti dalle segnalazioni e dall'analisi degli eventi per individuare azioni correttive e preventive e promuovere il miglioramento continuo del sistema.
3. Gli errori, gli eventi significativi (comprendenti anche i near misses) e gli inconvenienti sono analizzati secondo un approccio sistemico, tenendo conto dei fattori individuali e di gruppo, delle condizioni operative e ambientali, nonché dei fattori tecnici e organizzativi che possono avervi contribuito. L'analisi è finalizzata a individuare e rafforzare le misure di prevenzione, ridurre il rischio di eventi analoghi e accrescere la resilienza del sistema.
   L'Agenzia promuove un clima di sicurezza psicologica nel quale gli operatori possano segnalare errori, criticità e condizioni di rischio senza timore di indebite conseguenze punitive. Le segnalazioni sono utilizzate per comprendere le cause degli eventi e introdurre o rafforzare adeguate barriere di sicurezza, nel rispetto della riservatezza e di quanto previsto dalla PRO 03 *Gestione degli eventi significativi e delle azioni di miglioramento* che costituisce il riferimento documentale dell'Agenzia per tale attività. Restano ferme le responsabilità previste dalla legge nei casi di condotte dolose, violazioni consapevoli o comportamenti gravemente negligenti.

Art. 2
<u>Attività di competenza del Servizio Sanitario Regionale</u>

1. Sono istituzionalmente di competenza del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e totalmente a carico dello stesso le seguenti tipologie di intervento:
   a) <u>intervento primario</u>: soccorso sanitario territoriale che prevede l'assistenza e l'eventuale trasferimento del paziente dal luogo in cui si è verificato l'evento acuto al Presidio ospedaliero più idoneo; quanto sopra in tutte le situazioni e per tutte le patologie che mettono a rischio la salute e/o la sopravvivenza di persone, eventualmente in collaborazione con altri Enti preposti alla fase di soccorso, nel rispetto delle specifiche competenze, secondo modalità meglio precisate all'art. 7.1 del presente regolamento;
   b) <u>intervento secondario</u>: trasferimento assistito, in cui la logistica e/o le condizioni cliniche del paziente facciano ritenere significativamente preferibile un trasporto con elicottero rispetto al trasporto su gomma, da un ospedale a un altro per il ricovero o per l'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici urgenti che non possono essere effettuati nell'ospedale richiedente, secondo modalità meglio precisate all'art. 7.2 del

Copia informatica per consultazione

presente regolamento;

c) trasporto organi, équipe chirurgiche e pazienti convocati per il trapianto: trasporto di organi da trapiantare, di équipe chirurgiche di prelievo e materiale per il prelievo di organi da donatore, e di pazienti convocati per il trapianto ("riceventi"), in caso di esigenze non compatibili con i convenzionali trasporti su gomma o con mezzi alternativi, secondo modalità meglio precisate all'art. 7.4 del presente regolamento.

2. Sono altresì istituzionalmente di competenza del SSR e totalmente a carico dello stesso le seguenti tipologie di attività:
   a) soccorso e trasporto, anche secondario, in occasione di emergenze di massa anche con funzione di valutazione globale dell'evento e delle sue dimensioni su richiesta delle Autorità preposte al coordinamento delle operazioni di soccorso; interventi in ambito NBCR con possibilità di trasporto di persone o materiali in aree non contaminate;
   b) trasporto per forniture urgenti di sangue intero, emocomponenti ed emoderivati, antidoti, vaccini e farmaci rari, campioni istologici e/o citologici, in caso di esigenze urgenti non compatibili con i convenzionali trasporti su gomma o con mezzi alternativi;
   c) recupero e trasporto di persone decedute in ambiente impervio, tenuto fermo che il recupero e il trasporto di persone il cui decesso sia già stato accertato non costituisce, di per sé, una missione HEMS. L'eventuale impiego dell'elicottero del SSR può essere disposto in via eccezionale, su richiesta o previa autorizzazione dell'Autorità giudiziaria, e previa verifica, con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS), Vigili del Fuoco, Guardia di Finanza e con gli altri Enti competenti, dell'indisponibilità o dell'inadeguatezza di modalità alternative di recupero. Tali operazioni, non rivestendo ordinariamente carattere di urgenza sanitaria, sono differibili e devono essere programmate nelle condizioni temporali, meteorologiche e ambientali più favorevoli, salvaguardando prioritariamente la sicurezza dell'équipe e dei soccorritori e la disponibilità dell'elicottero per le missioni di soccorso sanitario;
   d) esercitazioni e attività di addestramento del personale sanitario e dei TE (Tecnici Elisoccorso) del CNSAS, inserite in programmi di formazione annuali;
   e) esercitazioni e attività di addestramento del personale non sanitario, impegnato nell'elisoccorso in modo occasionale, se inserite in protocolli di intesa preventivamente autorizzati da parte di AREU;
   f) attività di ricognizione per finalità di carattere operativo (operatività di elisuperfici, etc.).
3. AREU valuta l'opportunità/necessità di dislocare un elicottero in aree interessate da manifestazioni di massa, in funzione delle necessità della popolazione prevista/interessata; qualora le stesse manifestazioni prevedano una struttura organizzativa dell'evento, AREU richiede all'Organizzazione il riconoscimento delle spese aggiuntive sostenute.
4. AREU ha la facoltà di autorizzare la partecipazione dell'elicottero a eventi/manifestazioni dimostrativi nell'ambito del monte ore annuale o a carico delle Società di gestione del Servizio. In tali casi l'elicottero non può mai essere completamente dedicato all'evento/manifestazione (l'elicottero resta disponibile e prontamente utilizzabile per l'attività istituzionale di competenza).
5. Si ribadisce quanto previsto dalla L.R. n. 5 del 17 marzo 2015 *Disposizioni in materia di interventi di Soccorso Alpino e Speleologico in zone impervie, recupero e salvataggio di persone infortunate o in situazioni di emergenza*, art. 3 comma 2: "*Gli interventi di elisoccorso in ambiente impervio o ostile, comprensivi di recupero e trasporto, qualora non sussista la necessità di accertamento diagnostico o di prestazioni sanitarie presso un Pronto Soccorso, sono soggetti a una compartecipazione alla spesa a carico dell'utente trasportato, se richiesto da quest'ultimo o riconducibile ad esso. La compartecipazione è aggravata qualora si ravvisi un comportamento*

imprudente". Compete alla SOREU territorialmente competente, in coordinamento con l'équipe di soccorso, classificare l'esito della missione (rif. L.R. n. 5/2015, art. 3 comma 3).

6. Non è prevista l'effettuazione di voli sanitari richiesti dai pazienti e/o dai congiunti per motivi di avvicinamento al domicilio.

Art. 3

Area di competenza

1. Il territorio ordinario di competenza del Servizio di elisoccorso coincide con l'intero territorio della Regione Lombardia. Il Servizio può essere attivato per interventi di soccorso primario anche nel territorio delle Regioni confinanti, su richiesta della Centrale Operativa territorialmente competente e nel rispetto dei protocolli d'intesa vigenti. Gli interventi al di fuori del territorio nazionale possono essere effettuati su richiesta o nell'ambito del coordinamento delle Autorità istituzionalmente competenti, nel rispetto della normativa vigente e delle procedure di volta in volta applicabili.
2. Gli elicotteri del Servizio di elisoccorso regionale costituiscono una risorsa regionale integrata, organizzata secondo un modello di gestione unitaria e a disposizione dell'intera rete dell'emergenza urgenza della Regione Lombardia. Ciascun elicottero può essere impiegato sull'intero territorio regionale, definendo dinamicamente l'ambito ordinario di intervento sulla base dei tempi stimati di risposta, delle condizioni operative contingenti e delle esigenze complessive di copertura della rete.
3. Le sedi delle basi HEMS di elisoccorso sono:
   a) Bergamo (sigla ELI_BG): ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo;
   b) Brescia (sigla ELI_BS): aeroporto di Montichiari (o altra area in via di definizione);
   c) Como (sigla ELI_CO): base di Villa Guardia;
   d) Milano (sigla ELI_MI): aeroporto di Bresso;
   e) Sondrio (sigla ELI_SO): aviosuperficie di Caiolo.
4. In Regione Lombardia, le basi di Brescia, Como e Sondrio svolgono attività H 24; le basi di Bergamo e Milano svolgono attività con operatività H 12.
5. In caso di temporanea indisponibilità di uno o più elicotteri (es. per addestramento, eventi eccezionali autorizzati da AREU, etc.), la copertura del Servizio è assicurata dagli elicotteri operativi. Per garantire la migliore copertura territoriale, il Direttore della S.C. Elisoccorso può disporne il temporaneo riposizionamento presso una base HEMS diversa da quella di assegnazione o presso altro sito idoneo, nel rispetto dei requisiti aeronautici e operativi applicabili.
6. L'attivazione dell'elicottero è ad opera della SOREU titolare dell'evento, che si avvale dell'attività della CREli (Consolle Regionale Elisoccorso), così come indicato dalla IOP 33 *Attività della consolle regionale elisoccorso*.

Art. 4

Attività di volo notturno

1. Un volo viene considerato notturno se è effettuato in condizioni di oscurità, di norma nel periodo compreso fra la mezz'ora dopo il tramontare del sole e la mezz'ora precedente l'alba. L'attività di volo notturno è possibile da e per:
   a) aeroporti/eliporti notturni;
   b) elisuperfici autorizzate per tale attività secondo la normativa aeronautica e, in applicazione del Regolamento UE n. 965/2012 e del Regolamento di esecuzione UE 2023/1020, per tutte le aree rispondenti ai requisiti di tale norma, purché individuate secondo quanto previsto dalle

procedure dell'operatore aereo sulla base di un documento di risk assessment accettato dall'Autorità Aeronautica e inserite tra le destinazioni riportate sul Manuale Operativo Parte C dell'esercente;

c) atterraggi fuori campo, ovvero atterraggi in aree non censite con o senza la collaborazione di personale a terra.

2. L'attività con i NVG (Night Vision Goggles) è possibile su tutte le cinque basi HEMS del Servizio regionale di elisoccorso.
3. Sono possibili le operazioni speciali notturne secondo le indicazioni disciplinate dall'Autorità Aeronautica e recepite dall'operatore aereo e da AREU.

Art. 5

Gestione del Servizio

1. La gestione del Servizio di elisoccorso è affidata ad AREU per le cinque basi operative HEMS indicate all'art. 3 comma 3 del presente regolamento.
2. AREU ha il compito di:
   a) espletare la gara per l'affidamento del Servizio direttamente o avvalendosi di una Centrale di committenza, recependo nel capitolato d'appalto le prescrizioni del presente regolamento;
   b) verificare che venga garantita l'adeguatezza delle prestazioni erogate nei termini previsti dal capitolato d'appalto;
   c) garantire direttamente o per il tramite delle ASST/IRCCS sede di base di elisoccorso: i supporti logistici, compresi i locali per il personale di guardia e tutte le infrastrutture necessarie per l'espletamento dell'attività nonché gli equipaggiamenti richiesti per l'espletamento delle procedure, ove non forniti nel contratto con i gestori degli aeromobili o nella convenzione con il CNSAS;
   d) garantire, tramite stipula di convenzioni con le ASST/IRCCS, la guardia attiva di medici e infermieri, dipendenti del SSR;
   e) assicurare che l'organizzazione del Servizio, i percorsi formativi del personale sanitario e l'integrazione del personale tecnico del CNSAS siano coerenti con le procedure dell'operatore aereo e favoriscano l'integrazione dell'intera équipe, la standardizzazione delle comunicazioni e l'applicazione dei principi di CRM;
   f) favorire l'integrazione nell'équipe sanitaria del TE del CNSAS;
   g) garantire la realizzazione di un adeguato sistema informativo e di radio-telecomunicazione per ottenere il migliore livello di efficienza del Servizio, secondo le disposizioni regionali in materia;
   h) garantire un'assicurazione integrativa per ogni operatore sanitario dipendente con copertura degli infortuni;
   i) organizzare corsi di formazione e aggiornamento per il personale sanitario, nonché per il personale tecnico per quanto attiene agli aspetti sanitari.
   j) garantire, per quanto di competenza, la fornitura di equipaggiamenti sanitari, apparecchiature, materiali, Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), abbigliamento e calzature necessari per l'espletamento del Servizio, in conformità ai requisiti e ai parametri tecnici definiti dalle Strutture competenti dell'Agenzia.

Art. 5.1

Responsabilità

1. La responsabilità organizzativa del Servizio di elisoccorso regionale è affidata al Direttore della S.C. Elisoccorso.
2. La responsabilità gestionale delle basi e delle risorse umane necessarie per l'espletamento dell'attività è affidata al Direttore della AAT sede di base HEMS, che si avvale della collaborazione e del supporto di un Referente medico della base, formalmente identificato/a e incaricato/a della Direzione dell'Esecuzione del Contratto (DEC).
3. Al Referente della base HEMS sono affidati i compiti indicati dal DOC 90 *Attività e funzioni medico referente base HEMS*.

Art. 5.2

Programmazione, controllo e sviluppo

1. Ferme restando le competenze regionali in materia, la programmazione e il controllo del Servizio regionale di elisoccorso competono alla S.C. Elisoccorso, che si avvale di un gruppo di lavoro denominato Tavolo Tecnico Elisoccorso (TTE) con funzione di analisi, confronto, proposta e supporto alla programmazione, al monitoraggio e al miglioramento del Servizio, nonché allo sviluppo di progetti di innovazione e sperimentazione.
2. Il TTE si compone come segue:
   a) il Direttore della S.C. Elisoccorso con funzione di coordinamento;
   b) i Referenti medici e infermieristici delle cinque basi HEMS.

   Il Direttore della S.C. Elisoccorso e i Referenti delle basi HEMS non possono delegare terzi a partecipare al TTE in loro rappresentanza.
3. In relazione agli argomenti trattati, il TTE può avvalersi del contributo di professionisti ed esperti, interni o esterni ad AREU, individuati in ragione delle specifiche competenze. Può essere altresì prevista la partecipazione di rappresentanti della CREli.
4. I componenti del TTE concorrono alla progettazione, alla programmazione e alla realizzazione dei percorsi formativi iniziali e ricorrenti del personale sanitario di elisoccorso, secondo le modalità definite dal DOC 105 *Percorso formativo per gli operatori sanitari operanti in elisoccorso*. A tal fine, il TTE si avvale della collaborazione di medici e infermieri operanti nell'elisoccorso, individuati presso le singole basi HEMS e denominati "formatori sanitari di elisoccorso".
5. I componenti del TTE e i formatori sanitari di elisoccorso promuovono, nell'ambito delle attività formative e operative, i principi della cultura della sicurezza di cui all'art. 1.3 del presente regolamento. Gli stessi concorrono inoltre alla realizzazione di eventi regionali di clinical governance, coordinati dalla S.C. Elisoccorso, rivolti al personale sanitario di tutte le basi HEMS regionali e finalizzati all'apprendimento condiviso e al miglioramento continuo. Tali eventi possono prevedere, in relazione agli argomenti trattati, il coinvolgimento delle SOREU, della CREli e delle componenti aeronautica e tecnica dell'elisoccorso.
6. Al TTE possono inoltre essere affidati i seguenti compiti:
   a) proporre i criteri organizzativi e gestionali e predisporre la documentazione prescrittiva relativamente all'attività di elisoccorso;
   b) predisporre le procedure e identificare gli indicatori per la verifica della qualità;
   c) proporre procedure e/o documenti connessi alla gestione di eventuali interventi richiesti da altre Regioni o Stati limitrofi o che richiedano interventi da parte di risorse confinanti extraregionali;
   d) identificare procedure utili a favorire un efficace impiego dell'elisoccorso garantendo l'integrazione con le altre risorse a disposizione delle SOREU;

e) collaborare nella definizione delle caratteristiche degli equipaggiamenti sanitari, delle dotazioni tecniche e dei DPI, inclusi abbigliamento e calzature impiegati per l'espletamento del Servizio, compresi i nuovi materiali necessari allo svolgimento dell'attività, supportando eventualmente la Direzione AREU nell'elaborazione dei documenti tecnici per avviare le procedure di acquisizione;
f) supportare la S.C. Direzione medico-organizzativa nell'implementazione dei flussi informativi relativi all'attività di elisoccorso, con riferimento sia alle richieste di intervento, sia agli aspetti sanitari e tecnici al fine di ottenere dati utilizzabili in ambito regionale ed extraregionale;
g) attivare i flussi informativi inerenti alla formazione e all'addestramento del personale (sia di condotta sia tecnico e sanitario), così da consentire la verifica del rispetto della normativa vigente;
h) predisporre i documenti tecnici necessari per avviare le procedure di affidamento del Servizio.

7. La documentazione predisposta dal TTE viene proposta alla Direzione per approvazione.
8. Il Referente medico e il Referente infermieristico della base HEMS, nel rispetto del DOC 90 *Attività e funzioni medico referente base HEMS* e del DOC 129 *Attività e funzioni infermiere referente base HEMS*, monitorano gli eventi significativi connessi all'attività di elisoccorso, ne promuovono la tempestiva segnalazione al Direttore della S.C. Elisoccorso e concorrono all'individuazione e all'attuazione delle conseguenti azioni di miglioramento. A tal fine, i Referenti della base HEMS operano in collaborazione con le diverse professionalità della base, di concerto con il Direttore e con il Coordinatore infermieristico della AAT sede della base (rif. art. 1.3 del presente regolamento e PRO 03 *Gestione degli eventi significativi e delle azioni di miglioramento*).

Art. 6
Articolazione dell'équipe di elisoccorso

1. Il Servizio di elisoccorso si fonda sull'integrazione funzionale delle componenti sanitaria, aeronautica e tecnica, quale presupposto essenziale per l'esecuzione in sicurezza delle operazioni. Tali componenti costituiscono un'unica équipe multidisciplinare, nel rispetto delle rispettive competenze e responsabilità e delle prerogative del PIC.
2. L'intera équipe di elisoccorso è quindi costituita dal personale di condotta e dal personale sanitario, a cui si aggiunge il personale tecnico del CNSAS o altro personale istituzionale o all'uopo convenzionato, impiegabile in particolari contesti operativi (subacquei, etc.).
3. Il personale di condotta è costituito da PIC, Copilota (CP, laddove previsto) e Technical Crew Member (TCM). I TCM presenti nelle Basi HEMS della Lombardia devono essere in possesso della qualifica di Helicopter Hoist Operator (HHO).
4. L'attività del personale di condotta è regolamentata dalla normativa vigente in materia; la gestione del personale di condotta è in capo all'operatore aereo che la esercita in conformità al contenuto del capitolato tecnico di gara. Il PIC decide della fattibilità aeronautica della missione (rif. artt. 1 e 7 del presente regolamento).
5. Il personale dell'équipe di soccorso, comprendente il personale sanitario (medico e infermiere) e il TE del CNSAS, si attiene alle disposizioni impartite dal PIC nell'ambito delle competenze di quest'ultimo.
6. Ciascun membro dell'équipe contribuisce, in tutte le fasi dell'operazione, all'individuazione dei pericoli, alla valutazione dinamica e alla mitigazione dei rischi, condividendo informazioni e osservazioni derivanti dalla propria prospettiva professionale e operativa.
7. L'integrazione dell'équipe si realizza attraverso la formazione e l'addestramento congiunti, la condivisione delle procedure dell'operatore aereo e l'applicazione dei principi di CRM, quali la

Copia informatica per consultazione

consapevolezza situazionale, l'impiego di comunicazioni standardizzate e le verifiche reciproche delle condizioni di sicurezza.

8. A ciascun membro dell'équipe di soccorso è affidata, per quanto di competenza, la responsabilità del corretto utilizzo dei presidi nonché dei DPI forniti, come da normativa vigente.

Art. 6.1
Personale sanitario

1. Il personale sanitario è costituito da medico e da infermiere che, in possesso dei requisiti psicofisici e professionali previsti, abbiano effettuato il percorso formativo per operatori sanitari in elisoccorso e svolto le attività precisate all'articolo seguente (rif. DOC 105 *Percorso formativo per gli operatori sanitari operanti in elisoccorso*).
2. Al medico è affidata la responsabilità operativa sanitaria della missione (rif. DOC 123 *Job description medico elisoccorritore*); lo stesso può avvalersi, in particolari situazioni (es. trasporti secondari), di figure specialistiche.
3. L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica (rif. DOC 124 *Job description infermiere elisoccorritore*).
4. Al personale sanitario di elisoccorso spetta il compito di:
   a) controllare l'equipaggiamento e le attrezzature sanitarie di bordo, in collaborazione con il personale tecnico, segnalando tempestivamente ai Referenti medico e infermieristico della base ogni criticità/malfunzionamento al fine di garantire il ripristino dell'efficienza o la sostituzione;
   b) ripristinare, con la collaborazione del personale tecnico, l'operatività sanitaria dell'elicottero nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le attività necessarie. Tale tempo deve tenere conto della complessità e dell'impegno della missione precedente, delle esigenze di riordino, sanificazione e reintegro dei materiali;
   c) completare la registrazione dei dati di missione, secondo quanto indicato da AREU.

Art. 6.1.1
Requisiti

1. L'attività di elisoccorso è consentita agli operatori sanitari in possesso dell'idoneità medica all'attività di elisoccorso fino al compimento del sessantaquattresimo (64°) anno di età.
2. All'atto dell'inserimento iniziale nell'attività di elisoccorso, la verifica del possesso dei requisiti psicofisici è eseguita dal Medico competente di AREU sulla base del relativo protocollo di sorveglianza sanitaria. Le successive visite di sorveglianza sanitaria sono eseguite dal medesimo per i dipendenti dell'Agenzia, mentre sono in capo all'ASST/IRCCS titolari del contratto di lavoro per gli altri operatori, nel rispetto dei requisiti stabiliti da AREU nel protocollo citato (rif. D.G.R. n. 4677 del 7 luglio 2025 *Determinazioni in merito alla collaborazione tra Agenzia Regionale Emergenza Urgenza e gli Enti sanitari pubblici per l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera;* Decreto n. 1697 del 9 febbraio 2018 della Direzione Generale Welfare *Core protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità*).
3. Il personale sanitario di elisoccorso deve avere superato le prove di selezione propedeutiche all'attività specifica ed è tenuto a rispettare gli obblighi formativi previsti dal DOC 105 *Percorso formativo per gli operatori sanitari operanti in elisoccorso*.
4. Visto il Regolamento UE n. 965/2012, come aggiornato dal Regolamento di esecuzione UE 2023/1020, considerato che i voli HEMS sono tra le operazioni più impegnative dal punto di vista della sicurezza e che l'attivazione di una missione di volo rappresenta l'interfaccia più delicata tra la SOREU e l'operatore aereo (rif. artt. 1 e 7 del presente regolamento), AREU individua, quale

standard organizzativo di riferimento per il mantenimento delle specifiche competenze e della continuità operativa, lo svolgimento dell'attività precisata di seguito.

a) Medici:
   - almeno 30 turni di elisoccorso da 12 ore nell'arco di 12 mesi.
     Tale obbligo, pur assumendo quale parametro raccomandato di riferimento 3 turni al mese, comprende un margine di flessibilità organizzativa connesso allo svolgimento delle ulteriori attività obbligatorie previste per i medici di elisoccorso.

   Per il personale medico assegnato alle basi HEMS di Bergamo, Como e Milano:
   - almeno 360 ore nell'arco di 12 mesi, corrispondenti a una media di almeno 30 ore mensili, di attività all'interno delle SOREU, previo conseguimento e mantenimento della relativa idoneità.
     Tale obbligo si applica sia nel caso di nuovi ingressi di prima assegnazione sia nel caso di medici provenienti dalle basi di Brescia e Sondrio e riassegnati alle basi di Bergamo, Como e Milano.
     Il numero, la durata e la distribuzione dei turni sono determinati dal Direttore dell'AAT di assegnazione in relazione alle esigenze del servizio.
     Per i nuovi ingressi assegnati alle basi HEMS di Bergamo, Como e Milano, il candidato deve conseguire l'idoneità all'attività di SOREU, nelle modalità, termini e condizioni previste dal DOC 167 *Piano di inserimento del medico in SOREU*, entro massimo 6 (sei) mesi dall'avvio dell'attività operativa di elisoccorso. In termini generali, per le basi citate il mancato possesso dell'idoneità all'attività di SOREU costituisce causa ostativa allo svolgimento dell'attività di elisoccorso.
     Il personale risultato inidoneo al termine del percorso di inserimento in SOREU può essere ammesso, secondo modalità e tempi definiti dall'Agenzia, a ripetere integralmente ed ex novo il percorso formale previsto per il conseguimento dell'idoneità all'attività di SOREU.

   Per il personale medico assegnato alle basi HEMS di Brescia e Sondrio:
   - almeno 12 ore al mese di attività in orario istituzionale (o fuori orario di servizio, ex sistema premiante) sui MSA dell'AAT sede della base HEMS di assegnazione.
     Tale attività può tradursi, in caso di necessità dichiarata dal Direttore della AAT sede della base HEMS di assegnazione, in ulteriori turni di elisoccorso.
     Tale obbligo si applica sia nel caso di nuovi ingressi di prima assegnazione sia nel caso di medici provenienti dalle basi di Bergamo, Como e Milano e riassegnati alle basi di Brescia e Sondrio.

b) Infermieri:
   - almeno 36 turni di elisoccorso da 12 ore nell'arco di 12 mesi.

I Direttori e i Coordinatori infermieristici di AAT e i professionisti sanitari (medici e infermieri) afferenti alle Strutture della Direzione AREU, purché in possesso dei requisiti previsti ai precedenti commi, possono essere impiegati, in caso di necessità e secondo le esigenze organizzative dell'Agenzia, presso tutte le basi HEMS regionali. Con riferimento ai minimi di attività disciplinati dal presente comma, a tale personale si applica esclusivamente il requisito minimo di 30 turni di elisoccorso da 12 ore nell'arco di 12 mesi.

5. Tutti i professionisti sanitari (medici e infermieri), assegnati o comunque impiegati nelle attività di elisoccorso, indipendentemente dalla procedura di selezione in base alla quale sono stati ammessi nel Servizio regionale di elisoccorso, devono essere in possesso e mantenere, per tutta la durata dello svolgimento dell'attività, tutti i requisiti previsti dal presente articolo.

Art. 6.1.2

Procedimento di verifica dei requisiti

1. Il mancato possesso o il venir meno di uno o più dei requisiti previsti dall'art. 6.1.1 del presente regolamento, nella misura prevista per ciascuna figura professionale e in relazione alla base HEMS di assegnazione, comporta la sospensione o l'esclusione dall'attività di elisoccorso secondo quanto indicato di seguito e all'articolo seguente.
2. Rilevato il mancato possesso di uno dei requisiti di cui all'articolo precedente, il Direttore della S.C. Elisoccorso avvia il procedimento di verifica come di seguito descritto.
   a) Il Direttore della S.C. Elisoccorso dà formale comunicazione al professionista interessato, indicando il/i requisito/i mancante/i e gli elementi posti a fondamento della contestazione. Ove la natura del/dei requisito/i mancante/i sia incompatibile con la prosecuzione, anche temporanea, dell'attività in condizioni di sicurezza, il Direttore della S.C. Elisoccorso può disporre all'interno della comunicazione la sospensione cautelare del professionista dall'attività di elisoccorso sino alla conclusione del procedimento e ne dà informazione al Direttore Sanitario.
   b) Il professionista, entro 14 (quattordici) giorni solari dal ricevimento della comunicazione, può presentare osservazioni scritte e motivate, nonché eventuale documentazione integrativa, chiedendo la rivalutazione della propria posizione e fornendo ogni elemento ritenuto utile a dimostrare il possesso dei requisiti o la sussistenza di circostanze rilevanti ai fini della decisione.
   c) Il Direttore della S.C. Elisoccorso, esaminate le osservazioni e la documentazione eventualmente prodotte dal professionista, procede alla verifica definitiva del possesso dei requisiti previsti dall'articolo precedente, da cui può determinarsi uno dei seguenti esiti:
      - qualora, all'esito della verifica, sia confermato il mancato possesso di uno o più dei requisiti, il Direttore della S.C Elisoccorso dispone, con provvedimento scritto e motivato, l'esclusione del professionista dall'attività di elisoccorso, comunicato all'interessato e alle Strutture competenti;
      - nei casi espressamente previsti, o qualora venga accertato che l'assenza dei requisiti previsti sia caratterizzata da particolare lievità, il Direttore della S.C Elisoccorso dispone, con provvedimento scritto e motivato, la sospensione del professionista dall'attività di elisoccorso, prevedendo un percorso di reinserimento all'esito del quale il professionista potrà essere riammesso all'attività;
      - qualora, invece, le osservazioni o la documentazione prodotte consentano di accertare il possesso dei requisiti, nonché il mantenimento delle competenze richieste ai fini dello standard organizzativo previsto per la continuità operativa, il procedimento è archiviato e dell'esito viene data comunicazione al professionista interessato.

Art. 6.1.3

Sospensione ed esclusione dall'attività di elisoccorso

1. Il mancato svolgimento delle attività indicate ai commi 3 e 4 dell'articolo 6.1.1 del presente regolamento, nella misura prevista per ciascuna figura professionale, in presenza di giustificati motivi, determina la sospensione del professionista dall'attività di elisoccorso. Costituiscono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, giustificato motivo le seguenti circostanze:
   a) infortunio;
   b) gravidanza;
   c) malattia;
   d) aspettativa, motivi di studio, formazione o ricerca preventivamente condivisi con il Direttore/Coordinatore della AAT sede della base HEMS di assegnazione e con il Direttore

della S.C. Elisoccorso.

Ai fini della ripresa dell'attività di elisoccorso, oltre a quanto previsto dal successivo comma 3 del presente articolo, le modalità di recupero del professionista sospeso per giustificato motivo e di reinserimento nell'attività di elisoccorso sono concordate con il Direttore della S.C. Elisoccorso, che potrà avvalersi della consulenza del Medico competente.

2. Con riferimento all'attività presso le basi di Bergamo, Como e Milano, qualora il professionista neoinserito non abbia conseguito l'idoneità all'attività di SOREU entro il periodo di 6 (sei) mesi dall'avvio dell'attività operativa di elisoccorso, è sospeso da detta attività per il periodo necessario al completamento del percorso formativo e al conseguimento dell'idoneità all'attività di SOREU.

   In caso di giudizio di inidoneità all'attività di SOREU, qualora il professionista sia riammesso a ripetere integralmente ed ex novo il percorso formativo di SOREU, è anch'egli sospeso dall'attività di elisoccorso per il periodo necessario al completamento del percorso formativo e al conseguimento dell'idoneità all'attività di SOREU.

   Il professionista è definitivamente escluso dall'attività di elisoccorso qualora non consegua l'idoneità all'attività di SOREU al termine del percorso formativo ripetuto, non venga ammesso a partecipare a tale percorso oppure vi rinunci.

3. In caso di sospensione dall'attività di elisoccorso, laddove non sia raggiunto il numero minimo di turni previsti, la ripresa è subordinata al completamento di uno dei seguenti percorsi, che tengono conto della durata del periodo di assenza o di ridotta attività.
   a) In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di turni previsto nell'arco di 12 mesi, sono richiesti la partecipazione alla prima sessione semestrale utile – recuperando nella stessa anche gli obblighi formativi e certificativi non assolti – e il conseguimento del relativo giudizio di idoneità all'attività di elisoccorso.
   b) In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di turni previsto in un periodo di tempo tra 12 e 24 mesi, sono richiesti la verifica dell'idoneità medica specifica da parte del Medico competente di AREU, la partecipazione alla prima edizione utile del corso di formazione previsto per i nuovi ingressi (rif. DOC 105 *Percorso formativo per gli operatori sanitari operanti in elisoccorso*) e il superamento delle relative verifiche di idoneità all'attività di elisoccorso. A tal fine, il professionista è ammesso direttamente al corso, senza essere sottoposto alla procedura di selezione né concorrere per i posti disponibili e senza essere inserito nella relativa graduatoria. Qualora il corso non venga attivato in tempi utili, l'Agenzia organizza uno specifico percorso di aggiornamento e rivalutazione dell'idoneità all'attività di elisoccorso.
4. Il professionista giudicato inidoneo al termine dei percorsi sopra descritti o, ove vi rinunci, è escluso dall'attività di elisoccorso.
5. Il professionista giudicato idoneo al termine dei percorsi sopra descritti è riammesso all'attività di elisoccorso e la base di assegnazione è individuata dal Direttore della S.C. Elisoccorso in relazione alle esigenze organizzative del Servizio. Rimane fermo che, per i medici, il reintegro nelle basi di Bergamo, Como e Milano è condizionato al possesso o all'acquisizione di piena idoneità allo svolgimento dell'attività di SOREU.
6. Il mancato svolgimento delle attività indicate all'art. 6.1.1 commi 3 e 4 del presente regolamento per un periodo superiore ai 24 mesi, anche in presenza di giustificati motivi, comporta l'esclusione dall'attività di elisoccorso.
7. Fuori dai casi espressamente previsti, la mancanza o il venire meno dei requisiti previsti dall'art. 6.1.1, nella misura stabilita per ciascuna figura professionale, comporta l'esclusione del professionista dall'attività di elisoccorso.

8. L'esclusione dall'attività di elisoccorso comporta l'impossibilità di svolgere tale attività in tutte le basi HEMS regionali. Il professionista escluso, ai fini della riammissione, deve partecipare ex novo alla procedura di selezione per nuovi ingressi in elisoccorso.

Art. 6.1.4
Assegnazione alle basi HEMS

1. Il personale sanitario che abbia superato con esito favorevole la procedura di selezione è assegnato dal Direttore della S.C. Elisoccorso a una delle cinque basi HEMS della Regione Lombardia, tenuto conto delle esigenze organizzative e operative del Servizio di elisoccorso regionale.
2. Trascorsi almeno 2 anni dalla data del primo turno operativo svolto presso la base di prima assegnazione, il personale interessato può presentare alla S.C. Elisoccorso istanza motivata di riassegnazione a un'altra base HEMS.
   L'istanza è ammissibile a condizione che il richiedente soddisfi i requisiti previsti dall'art. 6.1.1 del presente regolamento, anche in relazione alla base HEMS per cui si richiede la riassegnazione, e alleghi il parere dei Referenti medici delle basi HEMS di provenienza e di destinazione.
3. La presentazione dell'istanza e l'eventuale acquisizione di pareri favorevoli non determinano alcun diritto alla riassegnazione. La decisione finale compete al Direttore della S.C. Elisoccorso, che valuta prioritariamente le esigenze organizzative, operative e di continuità del Servizio a livello regionale, nonché la disponibilità di personale presso le basi interessate.

Art. 6.2
Personale tecnico CNSAS

1. Il CNSAS Lombardo fornisce la componente tecnica delle équipe di elisoccorso mediante i Tecnici di Elisoccorso (TE) e assicura, ove previsto, il supporto delle Unità Cinofile da Valanga (UCV), secondo le modalità disciplinate dalla convenzione vigente tra AREU e CNSAS Lombardo e relativi allegati (Delibera AREU n. 123 del 31 marzo 2025 *Convenzione tra AREU e CNSAS Lombardo per gli interventi di soccorso nel territorio montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie del territorio di Regione Lombardia anni 2025/2029 – Provvedimenti*).
2. Nell'ambito delle proprie competenze, la componente tecnica del CNSAS fornisce le informazioni in suo possesso sulle caratteristiche degli ambienti interessati dall'intervento. Il TE coordina e dirige le operazioni tecnico-alpinistiche delle diverse organizzazioni coinvolte ed è l'unico responsabile della sicurezza a terra dei soccorritori e delle persone soccorse, anche durante la movimentazione delle équipe su terreno impervio (rif. art. 1 comma 2 Legge n. 74 del 21 marzo 2001 *Disposizioni per favorire l'attività svolta dal Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico* e la vigente Convenzione tra AREU e CNSAS Lombardo).
3. L'UCV sarà presente nelle basi secondo un calendario, redatto dal CNSAS Lombardo e trasmesso ad AREU, definito sulla base delle diverse situazioni ambientali locali e tenendo conto anche del Bollettino Valanghe elaborato dal Centro Nivometeorologico di ARPA Lombardia. Le UCV possono essere fornite anche dalla Guardia di Finanza, secondo gli accordi e le modalità operative vigenti.
4. Il TE può avvalersi del supporto di squadre di terra e/o richiedere l'imbarco di tecnici del CNSAS Lombardo qualora lo ritenga necessario per l'effettuazione e la risoluzione dell'intervento di soccorso.
5. Al fine di monitorare la rispondenza alla normativa D.lgs. 81/2008 e s.m.i., il CNSAS Lombardo ha incaricato un responsabile esterno per il monitoraggio delle attrezzature e dei dispositivi comuni a disposizione delle basi di elisoccorso. Tale figura è stata individuata dal CNSAS e scelta tra

professionisti abilitati all'erogazione di servizi e prestazioni in materia di sicurezza sul lavoro (rif. Convenzione AREU-CNSAS Lombardo già citata).

6. Per quanto concerne gli interventi di elisoccorso in ambito montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie e/o ostili del territorio di Regione Lombardia è presente (sulla base della programmazione dei turni di servizio), nell'ambito della CREli, il TCO (Tecnico di Centrale Operativa del CNSAS): tale figura supporta il personale di SOREU nelle situazioni di difficile localizzazione del chiamante e nella gestione tecnica/operativa della missione (attivazione squadre CNSAS, specificità del mezzo da inviare, contatti con gli operatori in posto, etc.), come indicato nel DOC 165 *Attività e funzioni TCO*.

Art. 7

Missione di elisoccorso

1. Il professionista sanitario di SOREU provvede alla classificazione del volo come HEMS o Air Ambulance e al coordinamento sanitario della missione secondo i criteri indicati all'art 1 e come meglio precisato agli articoli seguenti relativi agli interventi primari e secondari.
   I professionisti sanitari di SOREU devono ricevere una formazione specifica ed essere consapevoli dei rischi aggiuntivi potenzialmente associati alle operazioni HEMS e dei criteri che ne giustificano l'attivazione.
   A seguito dell'attivazione della missione, il PIC effettua la valutazione aeronautica della stessa, tenendo conto, in particolare, delle condizioni meteorologiche attuali e previste, delle caratteristiche orografiche e ambientali dello scenario, delle limitazioni operative, dell'efficienza e delle prestazioni dell'elicottero, nonché di ogni altro elemento rilevante ai fini della sicurezza del volo.
   Compete al PIC decidere se accettare, rifiutare o interrompere la missione. Nessun soggetto può interferire con le decisioni del PIC in materia di sicurezza del volo né esercitare pressioni o condizionamenti di natura sanitaria, organizzativa, gestionale o economica diretti a ottenere l'inizio o la prosecuzione di una missione ritenuta non effettuabile in condizioni di sicurezza.
2. L'elicottero sanitario è una risorsa a disposizione della SOREU che la impiega. La SOREU deve fornire all'équipe tutto il supporto necessario, in particolare sul piano informativo e logistico, per agevolare le operazioni di soccorso e contenere, per quanto possibile, i tempi di missione.
3. La missione viene proposta dalla SOREU titolare dell'evento, avvalendosi del supporto della CREli, come disciplinato dalla IOP 33 *Attività della consolle regionale elisoccorso*.
4. I criteri di utilizzo degli elicotteri sanitari devono:
   a) garantire un efficace impiego della "risorsa elicottero" in termini clinici e di competitività in relazione alla tempistica complessiva della missione;
   b) ottimizzare l'impiego dell'elicottero e garantire la copertura del territorio di competenza;
   c) garantire gli standard di sicurezza.
5. Di norma il personale sanitario di elisoccorso non può rifiutare l'intervento.
   Qualora, al momento dell'attivazione, emergano elementi di valutazione clinica, logistica o di opportunità che contrastino con i contenuti del presente regolamento, il medico elisoccorritore ha il dovere di segnalarlo al medico della SOREU richiedente. Qualora, nonostante la segnalazione, che deve essere sempre mantenuta nei limiti di un rapido confronto costruttivo, il medico di SOREU confermasse l'attivazione, la missione sarà regolarmente espletata (fatto salvo il rifiuto aeronautico da parte del PIC) ed eventualmente poi segnalata al Direttore della S.C. Elisoccorso.
6. Imprevisti che impediscono il raggiungimento della destinazione o l'atterraggio dell'elicottero in elisuperficie (condizioni meteorologiche sfavorevoli, mancata accensione delle luci

dell'elisuperficie, ostacoli sull'area di atterraggio o lungo l'area dedicata circostante, insufficiente visibilità, etc.) possono essere motivo di interruzione della missione, se non risolvibili nell'immediatezza.

7. Il Servizio antincendio in fase di atterraggio presso le basi di Bergamo, Como, Sondrio e Milano viene attivato dalla CREli. Il supporto logistico per il trasferimento del paziente e dell'équipe da e per l'elisuperficie, sono a cura della SOREU titolare dell'evento.

Art. 7.1
Intervento primario

1. La risorsa elisoccorso viene utilizzata dalle SOREU in base a criteri di opportunità clinico-situazionale. La richiesta dell'elicottero deve essere inoltrata dalla SOREU titolare dell'evento alla CREli che individua il mezzo disponibile più competitivo/appropriato, come descritto nella IOP 33 *Attività della Consolle Regionale Elisoccorso*.
2. Per quanto concerne gli interventi di elisoccorso in ambito montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie e/o ostili del territorio di Regione Lombardia è fortemente raccomandato un contatto telefonico privilegiato tra elisoccorso e CNSAS o TCO (negli orari di operatività) per la definizione prioritaria e contestuale delle strategie operative più opportune (rif. DOC 165 *Attività e funzioni TCO*). La CREli aggiorna la SOREU titolare dell'evento relativamente all'andamento della missione.
3. Dopo il riscontro clinico dal posto da parte dell'équipe sanitaria, l'individuazione dell'ospedale di destinazione è a cura della consolle sanitaria della SOREU titolare dell'evento. A questo proposito, la SOREU, prima di confermare definitivamente la destinazione del paziente, garantendo contestualmente l'idonea accoglienza, deve confrontarsi con l'équipe di elisoccorso allo scopo di verificare i presupposti operativi (meteo, autonomia, effemeridi, etc.) e le condizioni cliniche del paziente.
4. Dal momento dell'affidamento del paziente all'ospedale di destinazione o alla missione "conclusa in posto", l'elisoccorso deve tornare sotto il diretto controllo della CREli.
5. Nell'ambito della strategia del soccorso la scelta della risorsa elisoccorso è guidata da criteri clinici e situazionali riferiti allo specifico evento, così descritti agli articoli seguenti.

Art. 7.1.1
Criteri clinici

1. I criteri clinici risultano generalmente sovrapponibili a quelli in uso per l'attivazione dei MSA riportati nel DOC 74 *Indicazioni per l'attivazione dei MSA*. L'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata quando sia necessario elevare tempestivamente il livello assistenziale erogabile al paziente, in particolare in caso di indisponibilità o di non competitività temporale dei MSA su gomma.
2. In considerazione della disponibilità a bordo di emocomponenti – plasma e globuli rossi concentrati – l'elisoccorso costituisce una risorsa da considerare in tutti i casi in cui, sulla base della dinamica dell'evento, del meccanismo lesivo, delle informazioni disponibili e/o della valutazione clinica iniziale, sia sospettata un'emorragia maggiore in atto oppure sussista un rischio elevato di emorragia grave o di evoluzione verso lo shock emorragico, con potenziale necessità di una trasfusione precoce e bilanciata di emocomponenti (rif. art. 7.3 del presente regolamento).

Art. 7.1.2
Criteri situazionali

Guidano nella scelta della risorsa elisoccorso i seguenti criteri situazionali.

1. Vantaggio temporale rispetto al trasporto su gomma: non è corretto presumere un vantaggio universale dell'elicottero (cfr. art. 7.1.3 del presente regolamento). L'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata quando il fattore tempo risulti determinante per l'esito del soccorso e l'impiego dei soli mezzi su gomma comporti tempi incompatibili con le condizioni cliniche, reali o presunte, del paziente. La valutazione non deve basarsi esclusivamente sul tempo stimato di arrivo dell'elicottero sul luogo dell'evento, ma deve considerare il tempo complessivo necessario per il completamento della missione secondo criteri meglio precisati all'art. 7.1.3 del presente regolamento.
2. Intervento in ambiente impervio, ostile o di difficile accesso terrestre, comprese le Aree Interne lombarde (rif. D.G.R. n. 5587 del 23 novembre 2021 *Programmazione europea 2021-2027. Approvazione del documento "La strategia regionale Agenda del controesodo: individuazione delle Aree Interne per il ciclo di programmazione europea 2021-2027"*): l'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata quando le caratteristiche dello scenario rendano l'accesso al paziente, il soccorso, il recupero o il trasporto mediante i soli mezzi terrestri impossibili, eccessivamente tardivi, pericolosi oppure clinicamente inappropriati.
   Sulla base delle informazioni disponibili, la SOREU valuta l'appropriatezza dell'attivazione dell'elisoccorso mediante un'analisi comparativa dei rischi e dei benefici rispetto all'impiego delle sole risorse terrestri (risk assessment), considerando in particolare i seguenti fattori ("STEP", vedi Figura 1 a pag. 20).
   a) Sicurezza: rischio attuale o evolutivo per l'incolumità del paziente e/o delle équipe di soccorso, correlato alle caratteristiche orografiche, ambientali, logistiche o meteorologiche dello scenario, nonché alle modalità di accesso, recupero ed evacuazione.
   b) Tempo: compatibilità dei tempi stimati di accesso, stabilizzazione, recupero e trasporto mediante mezzi terrestri con la gravità clinica, reale o presunta, del paziente, ponendo particolare attenzione al rischio evolutivo e all'eventuale natura tempo-dipendente della patologia in atto, reale o presunta.
   c) Evacuazione: rischio che le modalità tecniche di recupero, movimentazione e trasporto terrestre possano determinare o favorire un deterioramento clinico, in particolare nei casi di sospetta lesione vertebro-midollare, trauma maggiore o altra condizione sensibile alla movimentazione, compreso il rischio di rescue collapse (rif. PRO 20 *Gestione del paziente ipotermico*).
   d) Prestazioni avanzate: necessità di rendere tempestivamente disponibili competenze professionali, procedure, tecnologie o risorse sanitarie avanzate proprie dell'équipe di elisoccorso, non disponibili oppure non attivabili in tempo utile mediante le risorse terrestri (es. utilizzo di emocomponenti, rif. art. 7.3 del presente regolamento).
   Nell'ambito della valutazione di appropriatezza e fattibilità dell'intervento, la SOREU può avvalersi della collaborazione della CREli. In particolare, per gli eventi in ambito montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie e/o ostili del territorio regionale è fortemente raccomandato il coinvolgimento precoce del TCO del CNSAS. Nel caso in cui l'intervento preveda il coinvolgimento di una componente tecnica (CNSAS e/o Vigili del Fuoco e/o Guardia di Finanza) la SOREU monitora i tempi di intervento assicurando la pronta attivazione di una risorsa tecnica complementare, qualora la prima risorsa attivata stia riscontrando ritardi o problemi di attivazione.

3. Evento con più pazienti critici: l'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata in caso di evento che coinvolga più pazienti critici, al fine di incrementare la capacità complessiva di risposta del sistema, favorire la loro tempestiva ospedalizzazione e distribuire i pazienti tra le Strutture sanitarie idonee, evitando, per quanto possibile, il sovraccarico degli ospedali geograficamente più prossimi all'evento.
4. Centralizzazione verso reti specialistiche a ridotta densità ospedaliera: l'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata quando il paziente necessiti di centralizzazione verso una rete specialistica caratterizzata da ridotta densità ospedaliera e il trasporto terrestre comporti tempi incompatibili con le sue condizioni cliniche o con il percorso diagnostico-terapeutico indicato (a titolo esemplificativo, le reti o i centri specialistici per la chirurgia della mano, le grandi ustioni, il trauma maggiore pediatrico e i punti nascita dotati di Terapia Intensiva Neonatale – TIN).

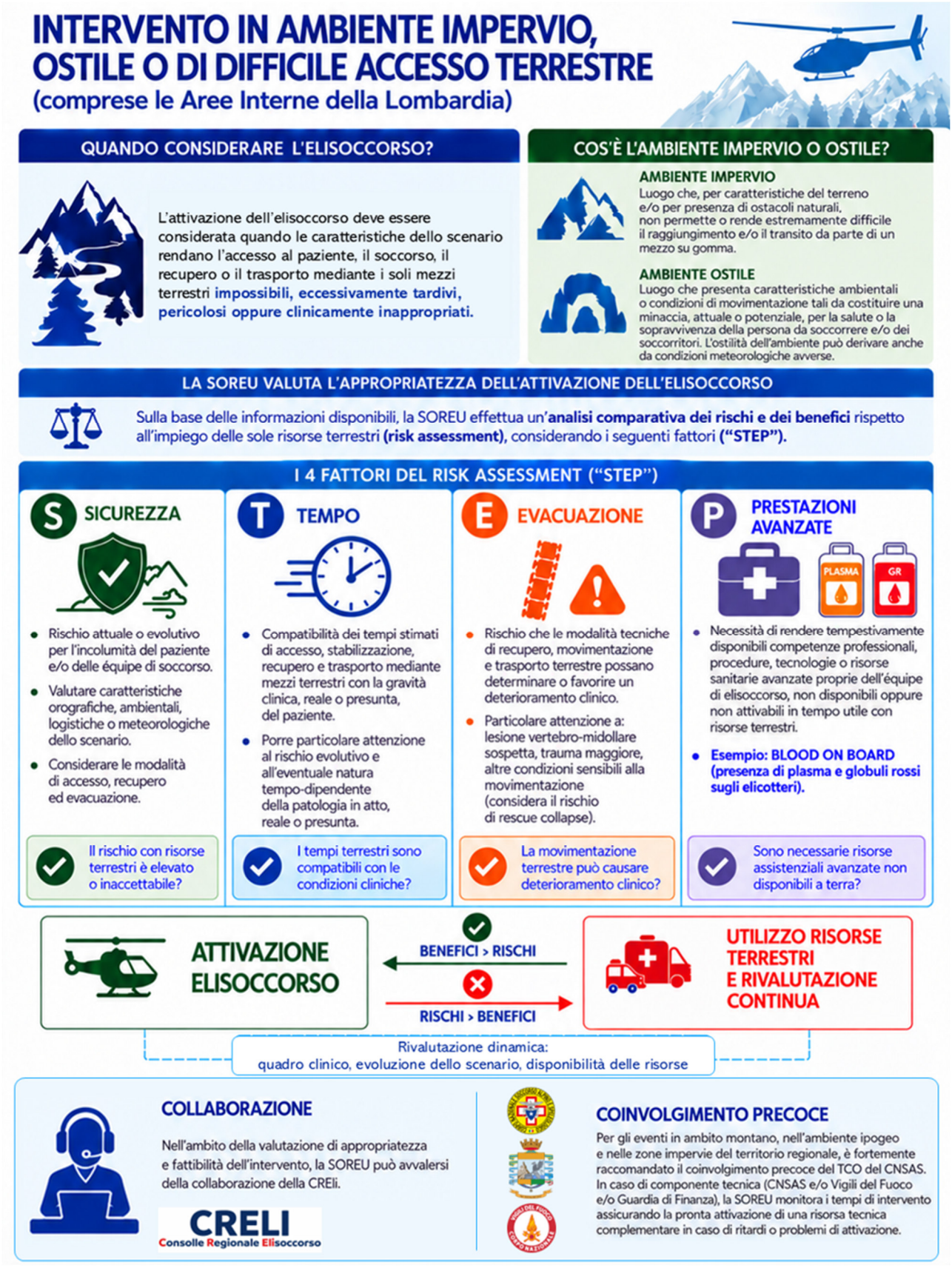

INTERVENTO IN AMBIENTE IMPERVIO, OSTILE O DI DIFFICILE ACCESSO TERRESTRE
(comprese le Aree Interne della Lombardia)
QUANDO CONSIDERARE L'ELISOCCORSO?
L'attivazione dell'elisoccorso deve essere considerata quando le caratteristiche dello scenario rendano l'accesso al paziente, il soccorso, il recupero o il trasporto mediante i soli mezzi terrestri impossibili, eccessivamente tardivi, pericolosi oppure clinicamente inappropriati.
COS'È L'AMBIENTE IMPERVIO O OSTILE?
AMBIENTE IMPERVIO
Luogo che, per caratteristiche del terreno e/o per presenza di ostacoli naturali, non permette o rende estremamente difficile il raggiungimento e/o il transito da parte di un mezzo su gomma.
AMBIENTE OSTILE
Luogo che presenta caratteristiche ambientali o condizioni di movimentazione tali da costituire una minaccia, attuale o potenziale, per la salute o la sopravvivenza della persona da soccorrere e/o dei soccorritori. L'ostilità dell'ambiente può derivare anche da condizioni meteorologiche avverse.
LA SOREU VALUTA L'APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVAZIONE DELL'ELISOCCORSO
Sulla base delle informazioni disponibili, la SOREU effettua un'analisi comparativa dei rischi e dei benefici rispetto all'impiego delle sole risorse terrestri (risk assessment), considerando i seguenti fattori ("STEP").
I 4 FATTORI DEL RISK ASSESSMENT ("STEP")
S SICUREZZA
Rischio attuale o evolutivo per l'incolumità del paziente e/o delle équipe di soccorso.
Valutare caratteristiche orografiche, ambientali, logistiche o meteorologiche dello scenario.
Considerare le modalità di accesso, recupero ed evacuazione.
Il rischio con risorse terrestri è elevato o inaccettabile?
T TEMPO
Compatibilità dei tempi stimati di accesso, stabilizzazione, recupero e trasporto mediante mezzi terrestri con la gravità clinica, reale o presunta, del paziente.
Porre particolare attenzione al rischio evolutivo e all'eventuale natura tempo-dipendente della patologia in atto, reale o presunta.
I tempi terrestri sono compatibili con le condizioni cliniche?
E EVACUAZIONE
Rischio che le modalità tecniche di recupero, movimentazione e trasporto terrestre possano determinare o favorire un deterioramento clinico.
Particolare attenzione a: lesione vertebro-midollare sospetta, trauma maggiore, altre condizioni sensibili alla movimentazione (considera il rischio di rescue collapse).
La movimentazione terrestre può causare deterioramento clinico?
P PRESTAZIONI AVANZATE
PLASMA
GR
Necessità di rendere tempestivamente disponibili competenze professionali, procedure, tecnologie o risorse sanitarie avanzate proprie dell'équipe di elisoccorso, non disponibili oppure non attivabili in tempo utile con risorse terrestri.
Esempio: BLOOD ON BOARD (presenza di plasma e globuli rossi sugli elicotteri).
Sono necessarie risorse assistenziali avanzate non disponibili a terra?
ATTIVAZIONE ELISOCCORSO
BENEFICI > RISCHI
RISCHI > BENEFICI
UTILIZZO RISORSE TERRESTRI E RIVALUTAZIONE CONTINUA
Rivalutazione dinamica:
quadro clinico, evoluzione dello scenario, disponibilità delle risorse
COLLABORAZIONE
Nell'ambito della valutazione di appropriatezza e fattibilità dell'intervento, la SOREU può avvalersi della collaborazione della CREli.
CRELI
Consolle Regionale Elisoccorso
COINVOLGIMENTO PRECOCE
Per gli eventi in ambito montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie del territorio regionale, è fortemente raccomandato il coinvolgimento precoce del TCO del CNSAS. In caso di componente tecnica (CNSAS e/o Vigili del Fuoco e/o Guardia di Finanza), la SOREU monitora i tempi di intervento assicurando la pronta attivazione di una risorsa tecnica complementare in caso di ritardi o problemi di attivazione.

Figura 1

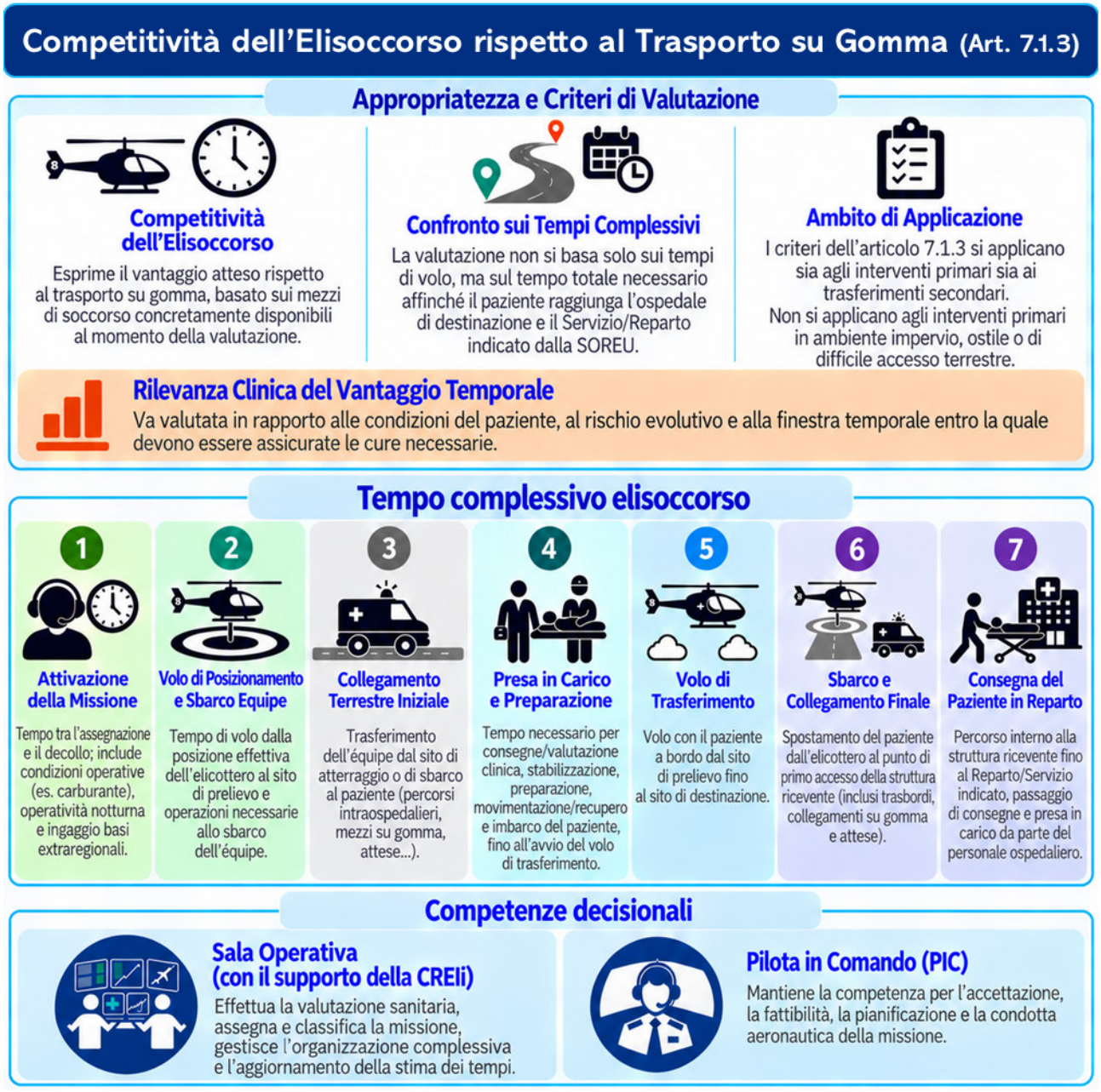


Figura 2

Art. 7.1.3

Competitività rispetto al trasporto su gomma (Figura 2)

1. Ai fini del presente regolamento, la competitività dell'elisoccorso esprime il vantaggio atteso rispetto al trasporto su gomma a bordo dei mezzi di soccorso concretamente disponibili. Il presente articolo non si applica ai casi in cui il luogo dell'evento non permetta o renda estremamente difficile il raggiungimento del paziente e/o il transito da parte di un mezzo su gomma (es. interventi in ambiente impervio, ostile o di difficile accesso terrestre, rif. art. 7.1.2 comma 2 del presente regolamento).
2. I criteri del presente articolo si applicano anche ai trasferimenti secondari disciplinati all'art. 7.2

del presente regolamento.

3. L'impiego dell'elicottero per l'esecuzione di un trasporto sanitario è appropriato quando, rispetto al trasporto su gomma, assicura un vantaggio temporale clinicamente significativo o un beneficio assistenziale tale da giustificarne l'utilizzo.
4. La valutazione non deve basarsi esclusivamente sulla durata del volo, ma sul confronto tra i tempi complessivi necessari affinché il paziente raggiunga l'ospedale di destinazione e sia accompagnato presso il Servizio/Reparto indicato dalla SOREU.
5. La rilevanza clinica del vantaggio temporale è valutata in rapporto alle condizioni del paziente, al rischio evolutivo e alla finestra temporale entro la quale devono essere assicurate le cure necessarie.
6. Il tempo complessivo stimato del trasferimento con elicottero comprende le fasi di seguito indicate.
   a) Attivazione della missione: tempo intercorrente tra l'assegnazione della missione e il decollo, tenendo conto delle condizioni operative di volo (es. vettore in volo di rientro da precedente missione con necessità di effettuare rifornimento di carburante), degli eventuali maggiori tempi delle operazioni notturne e delle procedure d'ingaggio delle basi HEMS extraregionali come meglio precisato al comma 8 del presente articolo.
   b) Volo di posizionamento e sbarco dell'équipe: tempo di volo dalla posizione effettiva dell'elicottero al sito operativo individuato per il prelievo del paziente e delle operazioni necessarie a consentire lo sbarco dell'équipe.
   c) Collegamento terrestre iniziale: tempo necessario per il trasferimento dell'équipe dal sito di atterraggio o di sbarco al paziente, comprendendo le eventuali operazioni speciali, i percorsi intraospedalieri, gli eventuali collegamenti con mezzi su gomma e le relative attese.
   d) Presa in carico del paziente e preparazione alla partenza: tempo necessario per il passaggio delle consegne, ove previsto, valutazione clinica del paziente, interventi di stabilizzazione necessari, eventuali operazioni di recupero, preparazione al trasporto, movimentazione e imbarco del paziente, fino all'avvio del volo di trasferimento.
   e) Volo di trasferimento: volo con paziente a bordo dal sito di prelievo fino al sito di destinazione;
   f) Sbarco e collegamento finale al punto di primo accesso: trasferimento del paziente dall'elicottero al punto di primo accesso della Struttura ricevente, comprendendo gli eventuali trasbordi, collegamenti con mezzi su gomma e le relative attese;
   g) Consegna del paziente: percorso all'interno della Struttura ricevente fino al Reparto/Servizio di destinazione del paziente indicato dalla SOREU e passaggio delle consegne fino alla presa in carico del paziente da parte del personale ospedaliero.
7. La stima del tempo complessivo del trasferimento con elicottero utilizza le informazioni cliniche e operative disponibili al momento della valutazione. Devono essere considerati la posizione e la disponibilità effettiva delle risorse, le caratteristiche dei siti operativi, i collegamenti terrestri, le condizioni meteorologiche e di viabilità e gli eventuali tempi aggiuntivi prevedibili. Le incertezze che possono modificare il confronto devono essere considerate nella valutazione.
8. Qualora sia considerata l'attivazione di una base HEMS extraregionale, la stima del tempo complessivo del trasferimento con elicottero comprende anche i tempi necessari per l'inoltro e la gestione della richiesta, il coordinamento tra le Sale Operative interessate e la conferma della disponibilità della risorsa. Tali tempi rientrano nella fase di attivazione di cui al comma 6, lettera a), anche quando precedano l'assegnazione della missione. Gli eventuali maggiori tempi rispetto all'attivazione di una risorsa regionale devono essere considerati nella valutazione comparativa con le risorse regionali e i mezzi di soccorso su gomma concretamente disponibili.
9. Il tempo così ottenuto deve essere confrontato con il tempo complessivo stimato del trasporto

su gomma. Nella valutazione comparativa devono essere considerati anche:

a) la finestra temporale entro la quale deve essere assicurato al paziente il trattamento definitivo;
b) la stabilità clinica e il rischio evolutivo del paziente;
c) il livello assistenziale necessario e quello concretamente assicurabile da ciascuna tipologia di mezzo di soccorso disponibile;
d) i rischi e le controindicazioni cliniche connessi alle diverse modalità di trasporto e movimentazione del paziente;
e) la disponibilità delle risorse al momento della valutazione;
f) eventuali limitazioni operative conosciute al momento della valutazione.

10. La valutazione sanitaria e organizzativa è effettuata dalla Sala Operativa territorialmente competente con il supporto della CREli e, se ritenuto utile, delle équipe coinvolte. Le stime sono aggiornate quando intervengano variazioni rilevanti delle condizioni considerate. Restano di competenza del PIC le decisioni relative all'accettazione, alla fattibilità, alla pianificazione e alla condotta aeronautica della missione.

Art. 7.2
Intervento secondario

1. Ai sensi dell'Allegato 4 alla D.G.R. n. 2933 del 19 dicembre 2014, per trasporto sanitario secondario si intende il trasporto di pazienti in continuità di assistenza da un ospedale a un altro ospedale per necessità diagnostico-terapeutiche non disponibili nella Struttura che propone il trasferimento. Pertanto, per intervento secondario con elicottero si intende l'impiego degli elicotteri del Servizio regionale di elisoccorso per il trasferimento assistito di pazienti tra Strutture sanitarie.
2. Quanto precisato di seguito si applica al personale delle basi HEMS, agli operatori delle SOREU e al personale delle Strutture sanitarie richiedenti.

Art 7.2.1
Classificazione sanitaria

1. I trasporti sanitari secondari sono classificati, in relazione alle condizioni cliniche del paziente e alla finestra temporale entro la quale deve essere assicurato l'accesso alle cure definitive, nelle seguenti categorie.
   a) Urgente a prognosi tempo-dipendente: trasporto del paziente critico che si trova in osservazione presso un Pronto Soccorso ("Trasporto secondario precoce" o "Trasporto primario differito"), oppure ricoverato presso una degenza, le cui condizioni cliniche sono tali da richiederne in brevissimo tempo (cfr. D.G.R. n. 2933/2014, Allegato 4) il trasferimento per l'esecuzione di procedure diagnostiche e/o terapeutiche e/o interventistiche presso altra Struttura sanitaria appartenente a una rete di patologia specifica.
   b) Urgente differibile: trasferimento clinicamente necessario verso una Struttura dotata di competenze, risorse diagnostiche e/o terapeutiche, intensive o altamente specialistiche non disponibili presso la Struttura inviante, quando il paziente non presenti un immediato pericolo di vita e il trasferimento possa essere differito di 2 – 6 ore dal momento della richiesta, senza un significativo incremento del rischio clinico. La finestra temporale entro la quale il trasferimento deve essere effettuato è indicata dal medico della Struttura inviante, verificata dal medico della SOREU e documentato su linea registrata.
   c) Programmabili: trasferimenti di pazienti ricoverati verso altre Strutture sanitarie o sociosanitarie, finalizzati a:

- completare accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o consulenze specialistiche in elezione o comunque differibili;
- proseguire le cure presso la Struttura più appropriata, compreso il trasferimento di ritorno verso una Struttura a minore intensità assistenziale (back transport);
- favorire il riequilibrio della disponibilità di posti letto nei reparti di area critica dei Centri HUB, purché il trasferimento sia clinicamente appropriato, avvenga verso una Struttura idonea e assicuri la necessaria continuità assistenziale.

In generale, le condizioni cliniche del paziente consentono la programmazione del trasporto con diverse ore o anche con qualche giorno di anticipo rispetto alla data prefissata del trasporto.

I trasferimenti programmabili sono effettuati subordinatamente alla disponibilità delle risorse e senza pregiudicare la capacità di risposta del Sistema regionale agli interventi primari e ai trasferimenti urgenti tempo-dipendenti.

Art 7.2.2
Trasferimento con elicottero

1. Il trasferimento con elicottero è indicato quando, sulla base di una valutazione complessiva, tale modalità assicuri un beneficio clinico concreto rispetto al trasporto su gomma, tenuto conto:
   a) delle condizioni cliniche e della stabilità del paziente;
   b) della natura eventualmente tempo-dipendente della patologia;
   c) della necessità di accedere a prestazioni diagnostiche, terapeutiche e/o interventistiche non disponibili presso la Struttura inviante;
   d) dei tempi complessivi della missione, determinati secondo quanto previsto dall'art. 7.1.3 e 7.2.3 del presente regolamento;
   e) dei rischi connessi alle diverse modalità di trasporto;
   f) del livello assistenziale assicurabile durante il trasferimento;
   g) delle condizioni operative e della disponibilità delle risorse regionali.
2. La mera riduzione del tempo di percorrenza non costituisce, di per sé, indicazione all'impiego dell'elicottero. Il vantaggio temporale deve risultare clinicamente rilevante e deve essere valutato considerando l'intero intervallo compreso tra l'attivazione della risorsa e l'arrivo del paziente presso la Struttura di destinazione.
3. Di norma, le seguenti condizioni costituiscono controindicazione al trasferimento con elicottero e devono pertanto essere indagate da parte del medico di SOREU in fase di programmazione:
   a) rifiuto validamente espresso dal paziente al trasporto con elicottero;
   b) agitazione psicomotoria o alterazioni del comportamento non adeguatamente controllate, tali da compromettere la sicurezza del trasporto;
   c) peso o dimensioni corporee incompatibili con i limiti operativi dell'elicottero o con le caratteristiche dei dispositivi di movimentazione, imbarco, trasporto e fissaggio del paziente
   d) presenza di condizioni cliniche non compatibili con la fisiologia del volo non trattate/stabilizzate.
4. Il medico della Struttura inviante è responsabile:
   a) della valutazione clinica iniziale e dell'indicazione al trasferimento;
   b) della stabilizzazione del paziente, nei limiti consentiti dalle condizioni cliniche e dalle risorse disponibili;
   c) dell'individuazione, d'intesa con la rete specialistica competente, della Struttura di destinazione;
   d) dell'avvenuta accettazione da parte della Struttura ricevente;

e) della trasmissione alla SOREU di informazioni cliniche complete, aggiornate e pertinenti;
f) della predisposizione della documentazione clinica necessaria al trasferimento.

5. Il medico di SOREU verifica l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'impiego dell'elicottero e, secondo quanto previsto dall'art. 7.2.1 del presente regolamento, classifica il trasferimento sotto il profilo sanitario come urgente tempo-dipendente, urgente differibile o programmabile.
6. La classificazione sanitaria del trasferimento non determina automaticamente la qualificazione aeronautica della missione di volo. Il medico di SOREU decide se la missione debba essere effettuata come volo HEMS o come volo Air Ambulance, secondo i criteri stabiliti dall'art. 1 del presente regolamento. Un trasferimento sanitario secondario è classificato come volo HEMS esclusivamente quando il trasporto immediato e rapido del paziente sia essenziale. Negli altri casi, la missione è classificata come volo Air Ambulance.
7. Nei trasferimenti urgenti tempo-dipendenti possono essere impiegati, anche contemporaneamente, tutti gli elicotteri disponibili del Servizio regionale di elisoccorso, purché siano rigorosamente rispettati i criteri di appropriatezza e le procedure di attivazione previsti dal presente regolamento. L'impiego delle risorse è disposto dalla SOREU secondo criteri di priorità clinica, appropriatezza e, con il supporto della CREli, di coordinamento regionale.
8. Limitatamente agli organi con ristretti tempi di ischemia (di norma: cuore, fegato, pancreas e polmoni), il volo per trasporto organi è da classificare come tempo-dipendente (rif. art. 7.4.1 del presente regolamento).
9. L'accettazione dei trasferimenti urgenti differibili o programmabili è subordinata al mantenimento della capacità di risposta del Sistema regionale per gli interventi primari e per i trasferimenti urgenti tempo-dipendenti. Deve essere garantita la disponibilità operativa di almeno:
   - 2 (due) elicotteri in orario diurno, elevati a 3 (tre) nei mesi di luglio e agosto e nei giorni festivi e prefestivi;
   - 1 (uno) elicottero in orario notturno (rif. art. 4 del presente regolamento), elevato a 2 (due) nei mesi di luglio e agosto, nelle notti del venerdì e nelle notti antecedenti i giorni festivi.
10. Il PIC può richiedere al medico di SOREU tutte le informazioni necessarie alla valutazione operativa e può chiedere che siano esplicitate o rivalutate:
    - la priorità sanitaria del trasferimento;
    - la classificazione della missione come volo HEMS o come volo Air Ambulance.

    La classificazione della missione non vincola il PIC all'accettazione o all'esecuzione del volo. (rif. artt. 1 e 7 del presente regolamento).
11. La presa in carico del paziente da parte dell'équipe di elisoccorso decorre dal passaggio formale delle consegne presso la Struttura inviante e permane fino alla consegna al medico della Struttura ricevente. L'équipe assicura la continuità clinico-assistenziale durante il trasferimento.

Art. 7.2.3
Competitività rispetto al trasporto su gomma

1. L'impiego dell'elicottero per l'esecuzione di un trasporto sanitario secondario è appropriato quando, rispetto al trasporto su gomma, assicura un vantaggio temporale clinicamente significativo o un beneficio assistenziale tale da giustificarne l'utilizzo.
2. La valutazione, quindi, non deve basarsi esclusivamente sulla durata del volo, ma sul confronto tra i tempi complessivi necessari affinché il paziente raggiunga il reparto o il servizio della Struttura ricevente, svolta come indicato all'art. 7.1.3 del presente regolamento.

Art. 7.2.4
Richiesta di intervento secondario

1. È compito del medico della Struttura che dispone il trasferimento del paziente la ricerca dell'ospedale di destinazione idoneo.
2. È compito della SOREU che gestisce l'evento, fatte le dovute valutazioni (rif. art. 7.2.2 e 7.2.3 del presente regolamento) disporre l'attivazione dell'elicottero, nonché verificare l'accettazione del paziente presso l'ospedale di destinazione.
3. È fortemente raccomandato un contatto diretto tra il medico della Struttura inviante (medico che ha in cura il paziente e che dispone il trasferimento dello stesso) e il medico dell'elisoccorso al fine di concordare la preparazione del paziente.
4. La SOREU inoltra la richiesta alla CREli che verifica il mezzo disponibile più competitivo/appropriato. La CREli che riceve tale richiesta mette in contatto, mantenendosi in conferenza per fornire eventuale supporto, la SOREU titolare dell'evento con l'équipe di elisoccorso perché vengano forniti i dettagli necessari all'espletamento della missione. Nel corso di questa conferenza telefonica, la SOREU titolare dell'evento ha il compito di verificare preliminarmente con il personale di condotta la fattibilità della missione.
5. È compito del medico che ha in cura il paziente e che dispone il trasferimento contattare direttamente il medico della Struttura ricevente al fine di fornire tutte le informazioni sulle condizioni del paziente e sugli accertamenti clinico-strumentali a cui è stato sottoposto, nonché gestire la comunicazione finalizzata a ottenere il consenso informato al trasporto con elicottero.
6. La richiesta di intervento secondario, predisposta compilando il MOD 14 *Richiesta di trasporto sanitario urgente mediante elisoccorso*, deve essere consegnata all'équipe di elisoccorso.
   Il medico elisoccorritore, dopo aver raccolto le necessarie notizie cliniche dal medico della SOREU e dal medico curante ospedaliero, ha facoltà di rifiutare il trasferimento, qualora sussista evidenza di controindicazioni cliniche al trasporto in elicottero. La stessa facoltà è applicabile anche una volta giunti al letto del paziente, qualora emergano nuove evidenze cliniche che controindichino il trasporto.
7. Il trasporto secondario può avvalersi della collaborazione di figure specialistiche (neonatologo, cardiologo, ginecologo, ostetrica, etc.) se le condizioni e le esigenze di assistenza del paziente lo richiedono, fatte salve le competenze del PIC.
8. Il trasporto con elicottero non è "prenotabile": la Struttura richiedente deve inoltrare la richiesta di trasporto con elisoccorso esclusivamente a seguito dell'accertata disponibilità della Struttura di destinazione del paziente e sempre per il tramite della SOREU territorialmente competente che tratterà la richiesta come indicato sopra.

Art. 7.2.5
Trasporto secondario fuori Regione

1. Il trasferimento con elisoccorso verso una Struttura sanitaria situata fuori dalla Regione può essere effettuato quando il paziente necessiti di prestazioni specialistiche diagnostiche o terapeutiche urgenti, non disponibili presso le Strutture regionali in tempi compatibili con le condizioni cliniche dello stesso. L'indicazione deve essere comunicata al competente Centro regionale di riferimento e presuppone l'accettazione del paziente da parte della Struttura di destinazione.
2. L'impiego dell'elisoccorso è autorizzato dalla S.C. Elisoccorso, che individua la risorsa più appropriata in relazione alle caratteristiche della missione, alla disponibilità dei mezzi e alle esigenze di copertura del Servizio regionale.
3. Ai fini dell'organizzazione dei trasferimenti programmabili, il Direttore delle S.C. Elisoccorso ne dà

notizia alla Direzione Sanitaria e coinvolge il Referente medico della base HEMS individuata, al quale compete informare il personale interessato. Al momento della richiesta di attivazione della missione di trasferimento, la CREli verifica la capacità di risposta della rete regionale applicando i criteri previsti al comma 9 dell'art. 7.2.2 del presente regolamento.

4. La scelta deve essere giustificata e specificata compilando il MOD 14 *Richiesta di trasporto sanitario urgente mediante elisoccorso*.

Art. 7.2.6
Preparazione del paziente

1. La preparazione del paziente è affidata al medico che ha in cura lo stesso e che ha disposto il trasferimento e che quindi ne ha competenza e responsabilità, nel rispetto di quanto indicato nel MOD 14 *Richiesta di trasporto sanitario urgente mediante elisoccorso*. Ulteriori indicazioni possono essere concordate in determinate situazioni particolari (es. paziente pediatrico, paziente gravida, etc.).
2. Il medico che prepara il paziente deve predisporre con attenzione la documentazione di accompagnamento dello stesso, che deve risultare completa e ordinata e indicare in modo chiaro e inequivocabile sia il nome della Struttura ricevente sia quello del Reparto di destinazione. È raccomandato che in fase di riscontro sanitario il medico di elisoccorso verifichi tali informazioni con la SOREU titolare dell'evento.
3. Una volta identificate la destinazione del paziente e le risorse necessarie all'effettuazione del trasporto, salvo casi eccezionali o accordi particolari, l'affidamento del paziente al medico di elisoccorso avviene di norma in Pronto Soccorso o nel Reparto richiedente, così come il suo affidamento al personale medico dell'ospedale di destinazione.

Art. 7.2.7
Trasporto Eli-STEN

1. Il trasporto neonatale con termoculla in elicottero (Eli-STEN) è assimilato a un trasporto secondario tempo-dipendente e, come indicato nella IOP 50 *Reti STAM e STEN*, può essere disposto solo dal neonatologo della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'ASST di Lecco.
2. Il trasporto con elicottero è indicato quando risulti competitivo rispetto al mezzo su gomma (rif. artt. 7.1.3 e 7.2.3 del presente regolamento). Sono sempre da tenere in considerazione i tempi di configurazione del pianale, procedura necessaria al caricamento della termoculla che avviene presso l'ASST di Lecco.
3. Il Servizio viene svolto esclusivamente dagli elicotteri certificati per il trasporto della termoculla.
4. L'assistenza clinica, la preparazione del neonato/lattante e l'accompagnamento durante il trasporto sono assicurati dall'équipe neonatale della TIN dell'ASST di Lecco, formata ed equipaggiata per l'attività in elicottero. Tale équipe viene imbarcata presso l'Ospedale "A. Manzoni" di Lecco e, al termine della missione, lì riaccompagnata in elicottero, compatibilmente con le condizioni operative e aeronautiche (rif. IOP 50).
5. In supporto all'équipe neonatale per la movimentazione della termoculla è prevista, compatibilmente con le esigenze aeronautiche, la presenza a bordo del TE del CNSAS, come previsto dalla IOP 50. Il TE non assume responsabilità clinico-assistenziali né responsabilità relative alla preparazione, al funzionamento e alla gestione sanitaria della termoculla, che restano in capo ai professionisti competenti (équipe neonatale).
6. Durante l'esecuzione della missione STEN, il personale sanitario rimane in base e si riconfigura come indicato dalla IOP 33 *Attività della consolle regionale elisoccorso*.

Art. 7.2.8
Trasporto Eli-STAM

1. Il trasporto assistito materno con elicottero (Eli-STAM) è assimilato a un trasporto secondario tempo-dipendente e, come indicato nella IOP 50 *Reti STAM e STEN*, il trasporto della gravida/puerpera è proposto dal medico-ginecologo del Centro SPOKE e confermato dal medico-ginecologo del Centro HUB (rif. D.G.R. n. 2396 del 11 novembre 2019 *Rete regionale per l'assistenza materno neonatale determinazioni in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante*). Il trasporto con elicottero è indicato quando è competitivo rispetto al trasporto con mezzo su gomma (rif. art. 7.1.3 e 7.2.3 del presente regolamento).
2. La D.G.R. n. 2396 del 11 novembre 2019 elenca le seguenti specifiche controindicazioni allo STAM genericamente valide per tutti i mezzi di trasporto (confermate anche a seguito della D.G.R. n. 4557 del 16 giugno 2025):
   a) condizioni materne non stabilizzate;
   b) condizioni fetali che richiedono un parto immediato;
   c) parto imminente;
   d) rottura delle membrane amniocoriali con feto in presentazione podalica o di spalla e contrazioni uterine presenti;
   e) distacco di placenta in atto certo o sospetto;
   f) condizioni logistiche/ambientali.
3. Il trasporto Eli-STAM deve essere convalidato a seguito di una decisione congiunta dei Centri HUB e SPOKE, volta ad accertare che i benefici del trasferimento superino i rischi del viaggio.
4. Il parto di una donna in elicottero rappresenta un'evenienza sicuramente peggiore rispetto a un parto in una Struttura di primo livello; il trasporto Eli-STAM, pertanto, non potrà essere richiesto/effettuato in tutte le condizioni in cui il rischio di parto durante il volo è superiore rispetto a quello del parto nel Centro SPOKE inviante.
5. Il trasporto con elicottero è altresì controindicato in presenza di condizioni cliniche non compatibili con la fisiologia del volo.
6. Il trasporto Eli-STAM è applicabile ai casi di urgenza/emergenza che possono insorgere antepartum e nel corso del peripartum compreso il postpartum/puerperio. Pertanto, il trasporto Eli-STAM può essere richiesto/effettuato anche per il trasporto urgente della puerpera in presenza di complicanze, insorte nel postpartum o durante il puerperio, che richiedano cure specialistiche e un'assistenza elevata, anche post-intensiva, non garantiti dal Centro SPOKE. Il trasporto è finalizzato alla centralizzazione presso un Centro HUB.
7. Il medico del Centro SPOKE richiedente si avvale delle indicazioni del Centro HUB secondo le modalità previste dalla IOP 50 per confermare l'indicazione e l'individuazione della Struttura ricevente. Per l'indicazione all'impiego dell'elisoccorso, la preparazione e l'assistenza al trasporto della paziente, il medico ginecologo richiedente (Centro SPOKE) può avvalersi della collaborazione dell'ostetrica e del medico-ginecologo del Centro HUB. In caso di necessità, con il consenso del PIC, il personale sanitario può richiedere la presenza e l'assistenza dell'ostetrica/o del Centro SPOKE durante il volo di trasferimento. Di norma, non è garantito il rientro in elicottero del personale ospedaliero presso la sede di afferenza.
8. Diversamente, nell'ambito del progetto pilota di cui alla D.G.R. n. 4557 del 16 giugno 2025 è prevista, per i trasporti Eli-STAM richiesti dai Centri SPOKE dell'ASST Valtellina e Alto Lario (P.O. Ospedale di Sondrio e P.O. Ospedale di Sondalo), la possibilità di effettuare la missione con il supporto di un'ostetrica/o del centro HUB di riferimento (Ospedale "Manzoni" dell'ASST Lecco).

La procedura si svolge in accordo a quanto indicato nella IOP 50. Nel contesto di questo progetto, è garantito il rientro dell'ostetrica/o presso l'Ospedale A. Manzoni di Lecco.

9. Con riferimento al comma 8, l'ostetrica deve essere preventivamente formata per lo svolgimento dell'attività e dotata dei DPI previsti per l'elisoccorso.

Art. 7.2.9

Trasporti ECMO

1. La richiesta di trasporti ECMO deve giungere alla CReTO da parte del Referente del Centro ECMO e deve essere gestita secondo le modalità previste per i trasporti secondari.
2. In fase di richiesta il Referente del Centro ECMO deve precisare, oltre ai dati logistici, anche se è previsto il solo trasporto in andata dell'équipe ECMO o anche la tratta di rientro con il paziente.
3. In caso di trasporto dell'équipe ECMO senza paziente (solo andata verso il Centro periferico), la CReTO, dopo aver accuratamente valutato con il personale di condotta la fattibilità e competitività del trasporto, attiva la missione secondo la procedura in uso per il trasporto secondario urgente tempo-dipendente:
   a) il Servizio viene svolto dagli elicotteri che possono effettuare il trasporto ECMO ed è previsto l'utilizzo dell'elicottero con il solo personale di condotta ma è comunque necessario verificare preliminarmente il numero di componenti dell'équipe ECMO e il quantitativo di materiale sanitario da imbarcare;
   b) all'attivazione è fortemente raccomandato ricordare all'équipe ECMO di indossare abbigliamento e calzature adeguate al volo;
   c) il Referente del Centro ECMO deve attivare contestualmente anche i mezzi su gomma per la tratta di rientro di équipe e paziente.
4. Su richiesta del Referente del Centro ECMO e dopo valutazione del medico della SOREU Metropolitana, è anche possibile, in via eccezionale e residuale, escluse tutte le alternative, che venga effettuato il rientro della équipe con paziente. È necessario verificare la tipologia di dispositivo ECMO in dotazione: infatti gli aeromobili in linea sono attualmente certificati per il volo con il solo dispositivo ECMO "Cardiohelp".
5. In caso di trasporto dell'équipe ECMO con paziente:
   a) la gestione del trasporto dell'équipe ECMO dal Centro di III° livello verso la piazzola di atterraggio (e ritorno) deve essere organizzato dalla CReTO, come pure il trasporto dell'équipe ECMO dalla piazzola di atterraggio al Centro periferico (e ritorno);
   b) se è previsto anche l'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali di bordo è necessario che sia presente in supporto anche un operatore sanitario dell'équipe di elisoccorso, oltre al personale di condotta;
   c) deve essere comunque sempre possibile utilizzare un mezzo back-up su gomma, che quindi deve essere in ogni caso previsto.

Art. 7.3

Utilizzo di emocomponenti in elisoccorso

1. Nell'ambito delle missioni di soccorso, il medico elisoccorritore, avuto riguardo alle condizioni del paziente, alla durata della missione e ad ogni altro elemento utile, può valutare l'indicazione alla trasfusione di emocomponenti e far procedere alla somministrazione, in accordo a quanto previsto dal protocollo BoB "Blood on Board" (rif. Delibera AREU n. 156 del 13 giugno 2023 *Approvazione protocollo "trasfusione di emocomponenti in fase preospedaliera"*).
2. La gestione e l'utilizzo di emocomponenti devono essere effettuati in conformità di quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Al fine di garantire un elevato livello di sicurezza

trasfusionale, a bordo dell'elisoccorso sono disponibili esclusivamente unità di globuli rossi concentrati di gruppo 0 Rh negativo (0-) e unità di plasma di gruppo AB (AB).

3. L'équipe di elisoccorso deve segnalare alla SOREU l'utilizzo di emocomponenti tramite comunicazione su linea registrata e le informazioni relative all'indicazione posta dal medico di elisoccorso alla trasfusione (es. condizioni cliniche del paziente, informazioni anamnestiche, dinamica dell'evento). Le informazioni relative alla trasfusione (numero, tipo, codice identificativo degli emocomponenti trasfusi, ora di inizio e fine trasfusione, parametri vitali del paziente a inizio e fine trasfusione, eventuali reazioni avverse e trattamento conseguentemente effettuato) devono essere indicate nella relazione di soccorso (o nell'allegato alla stessa, per una migliore leggibilità).
4. Le attività di reperimento delle unità di emocomponenti, l'identificazione, la validazione e la tracciabilità, la predisposizione della modulistica prevista dalla normativa vigente e l'allestimento del contenitore sono a carico del SIMT. Di norma, la movimentazione delle unità (dal SIMT della ASST sede di base HEMS fino alla base HEMS e viceversa) è a carico dell'ASST; qualora la base HEMS non si trovi all'interno dell'area ospedaliera, la stessa è a carico di AREU. La gestione delle attrezzature/apparecchiature necessarie all'utilizzo di emocomponenti in elisoccorso è a carico dei servizi previsti dalla ASST e/o dal SIMT, con l'eccezione del sistema portatile riscaldatore di fluidi.
5. È in capo alla ASST sede di base HEMS l'organizzazione e l'erogazione dell'attività formativa rivolta al personale sanitario elisoccorritore avente ad oggetto il buon uso del sangue e il corretto utilizzo di emocomponenti.
6. Le attività di presa in carico del contenitore recante le unità di emocomponenti (comprendenti la verifica dei contenuti e delle condizioni delle stesse), lo stivaggio dei contenitori a bordo dell'elisoccorso, l'identificazione, la verifica e la preparazione delle sacche prima dell'utilizzo, l'esecuzione del prelievo pretrasfusionale, la somministrazione di emocomponenti, la compilazione e la gestione della modulistica predisposta dal SIMT e della relazione di soccorso, la consegna delle sacche trasfuse al Pronto Soccorso di destinazione del paziente e ogni altra attività inerente alla gestione e all'utilizzo di emocomponenti in elisoccorso sono in capo all'équipe sanitaria di elisoccorso.
7. Per quanto attiene all'informazione e al consenso alla trasfusione di emocomponenti, il medico elisoccorritore può agire ai sensi del comma 7 dell'art. 1 Legge n. 219/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* e del comma 4 art. 24 D.M. 2 novembre 2015 *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*, fatto salvo l'esplicito dissenso del paziente manifestato su linea registrata o formalmente documentato.
8. L'équipe di elisoccorso deve registrare eventuali reazioni indesiderate derivanti dall'utilizzo di emocomponenti in ambito extraospedaliero nella relazione di soccorso, deve porre le stesse in evidenza al personale sanitario ospedaliero che prende in carico il paziente avendo cura di restituire l'unità implicata.

   Ogni reazione indesiderata conseguente all'utilizzo di emocomponenti deve essere tempestivamente segnalata al Referente medico della base HEMS interessata, al Direttore della AAT di afferenza della base HEMS interessata, al Direttore della S.C. Elisoccorso e, per conoscenza, alla S.C. Direzione medico-organizzativa e alla S.S. Qualità, risk management e internal auditing; deve, inoltre, essere segnalata ogni eventuale situazione meritevole di verifica e approfondimento sotto il profilo organizzativo e procedurale secondo i principi e le modalità indicate all'art. 1.3 del presente regolamento.
9. Le attività di interfaccia con il SIMT della ASST sede di base HEMS, ai fini della corretta gestione e

utilizzo di emocomponenti, sono assicurate dal Direttore della AAT sede di base HEMS che può avvalersi del Referente medico della base e di un professionista sanitario specificamente identificato e incaricato della supervisione delle attività ricadenti all'interno del protocollo BoB.

10. Fatta salva la compilazione obbligatoria della check-list trasfusionale per la somministrazione di emocomponenti in fase preospedaliera di cui alla Delibera AREU n. 156/2023, il Direttore della AAT sede di base HEMS deve predisporre e approvare, in collaborazione con il SIMT della ASST sede di base HEMS, la documentazione di supporto alle attività di verifica delle attività di cui al comma 4 del presente articolo, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente in materia e, in particolare, per garantire un elevato livello di sicurezza trasfusionale. È in capo al Direttore della AAT sede di base HEMS l'eventuale raccordo con il Comitato Etico e con il Comitato per il buon uso del sangue della ASST sede di base HEMS.

Art. 7.4
Trasporto organi, équipe chirurgiche e pazienti convocati per il trapianto

Art. 7.4.1
Trasporto organi ed équipe

1. La gestione logistica del trasporto di organi/tessuti, équipe chirurgiche di prelievo e pazienti candidati al trapianto per la Regione Lombardia è affidata alla SOREU Metropolitana, che opera in stretta collaborazione con il NITp (rif. PRO 07 *Trasporto organi, tessuti e campioni biologici; trasferimento équipe chirurgiche e pazienti convocati per il trapianto*).
2. La SOREU Metropolitana può avvalersi di mezzi su gomma o ad ala fissa dedicati, nonché, quando temporalmente più competitivi e limitatamente ai casi di organi con ristretti tempi di ischemia (di norma: cuore, fegato, pancreas e polmoni), anche degli elicotteri del Servizio di elisoccorso regionale.
3. La SOREU Metropolitana, dopo aver verificato la disponibilità dell'équipe chirurgica a viaggiare in elicottero e aver accuratamente valutato con il personale di condotta la fattibilità del trasporto, attiva la missione secondo le modalità in uso per il trasporto secondario, garantendo i tempi previsti per l'attività di prelievo degli organi.
4. Il Servizio viene svolto da tutti gli elicotteri regionali. La priorità d'ingaggio è in funzione sia dell'orario di operatività dei piloti in turno, in modo da garantire la maggior disponibilità possibile, sia delle specifiche caratteristiche del mezzo (es. range operativo, velocità di crociera).
5. È previsto l'utilizzo dell'elicottero con il solo personale di condotta.
6. All'attivazione è fortemente raccomandato ricordare all'équipe chirurgica di indossare abbigliamento e calzature adeguate al volo.
7. Il trasporto dell'équipe chirurgica sul territorio di Regione Lombardia verso la piazzola di atterraggio (e ritorno) viene garantito dalla SOREU Metropolitana con un mezzo su gomma.
8. Il trasporto dell'équipe chirurgica da piazzola di atterraggio extraregionale al Centro di Prelievo (e ritorno) è coordinato dal NITp oppure dalla SOREU Metropolitana, in sinergia con la Centrale Operativa 118 competente per territorio.
9. È raccomandato riservare la risorsa su ala rotante esclusivamente alla fase di rientro dell'équipe chirurgica con organo prelevato, al fine di ridurre i tempi di ischemia, salvo motivate eccezioni che saranno valutate dalla CReTO in accordo con il Direttore della S.S. Trasporto Organi. Inoltre, considerati i limiti tecnici/meteo dell'elicottero, è importante che sia previsto sempre un mezzo back-up su gomma.

Art. 7.4.2
Trasporto organi con contenitori isotermici

1. I contenitori sono dispositivi per il trasporto statico degli organi e non costituiscono sistemi di perfusione. Non è pertanto richiesta alcuna azione, attivazione, alimentazione o intervento sul dispositivo durante le fasi di imbarco, volo e sbarco.
   Il contenitore garantisce autonomamente il mantenimento dell'organo a temperatura controllata per l'intera durata del trasporto. Una volta confezionato e consegnato dal personale sanitario del Centro di prelievo, il contenitore non necessita quindi di alcun controllo, monitoraggio o regolazione della temperatura durante il tragitto da parte del personale di condotta.
2. La responsabilità relativa al contenitore, al suo corretto confezionamento, al suo funzionamento e all'idoneità del suo contenuto è in capo all'équipe chirurgica che esegue il prelievo e provvede al confezionamento dell'organo e, a destinazione, all'équipe che riceve il contenitore e predispone l'organo per il trapianto. Nessuna responsabilità in merito ricade sul personale di condotta (piloti e/o personale tecnico di volo), fermo restando l'obbligo del corretto alloggiamento e ancoraggio a bordo del contenitore, secondo le indicazioni fornite dalla direzione del vettore aereo.
3. Per le operazioni di carico, scarico e movimentazione del contenitore è necessario l'intervento di due operatori, in ragione delle dimensioni e del peso del dispositivo, a garanzia della sicurezza degli operatori e dell'integrità del contenuto. Il personale di condotta assisterà gli operatori per lo sbarco del contenitore oltre che garantirne la loro sicurezza in prossimità dell'aeromobile.
4. Quanto precede vale anche per il trasporto di tessuti, medicinali, sangue intero, emocomponenti ed emoderivati.

Art. 7.4.3
Trasporto pazienti convocati per il trapianto

1. Per quanto concerne il trasporto di pazienti candidati al trapianto e convocati a fronte della disponibilità di un organo ("riceventi"), dalla residenza/domicilio al Centro Trapianti, la Regione di residenza del ricevente deve assicurare il trasferimento dello stesso al Centro Trapianti (Rif. Accordo della Conferenza Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano n. 124 del 30 luglio 2025 sul documento recante "Principi concernenti il coordinamento dei trasporti connessi con le attività trapiantologiche e requisiti inerenti al sistema di trasporto").
   Qualora un ricevente, residente in Regione Lombardia, venga convocato per un trapianto, la SOREU Metropolitana provvede ad organizzare tale trasporto (secondo quanto previsto dalla PRO 07) a fronte della richiesta da parte del ricevente stesso, del CRT, del Centro Trapianti o della SOREU competente per territorio. ("*La Regione o Provincia autonoma di residenza del paziente candidato al trapianto è responsabile del trasporto del paziente stesso, in occasione della convocazione presso il Centro Trapianti. La CO della Regione di residenza del paziente provvede al trasporto qualora si renda necessario e, in particolare, qualora il trasferimento del paziente non sia compatibile, per le tempistiche di convocazione, con l'utilizzo dei mezzi di trasporto di linea o propri, o per particolari condizioni cliniche che richiedano il trasporto di tipo sanitario o medicalizzato durante il trasporto verso il centro trapianti*", Accordo della CSR n. 124 del 30 luglio 2025).
2. Il trasferimento di pazienti candidati al trapianto, ricoverati presso una Struttura ospedaliera, convocati a fronte della disponibilità di un organo, è a carico della stessa Struttura.

Art. 7.5
Intervento nell'ambito di situazioni di Protezione Civile

1. L'impiego dell'elicottero sanitario è consentito nell'ambito di situazioni di Protezione Civile, ferme restando le competenze esclusivamente sanitarie o comunque compatibili con i compiti istituzionali del Servizio (artt. 2 e 3 del presente regolamento).
2. Altri impieghi non inerenti a compiti istituzionali del Servizio di elisoccorso devono essere formalmente disposti dall'Autorità competente (Prefettura, Sindaci, Amministrazione Provinciale, Protezione Civile Regionale) e formalmente autorizzati da AREU; l'eventuale corrispettivo economico deve essere di volta in volta quantificato ed esposto da AREU al richiedente.

Art. 7.6
Richieste di intervento sopraggiunte

1. Qualora sopraggiunga una richiesta di intervento per un elicottero già impegnato in altra missione e la stessa sia accolta, le SOREU coinvolte, per il tramite della CREli, concordano la strategia da perseguire. In tal caso sono da considerare le seguenti indicazioni generali:
   a) un mezzo impegnato in un intervento primario o in un trasporto secondario urgente tempo-dipendente non può essere distolto dalla missione senza il parere preventivo del medico della SOREU titolare dell'evento, in accordo con il medico richiedente;
   b) un mezzo impegnato in un trasporto secondario urgente differibile o programmato, senza paziente a bordo, può essere distolto dalla missione in corso per sopraggiunta richiesta di trasporto primario o di trasporto secondario tempo dipendente.
2. Nel caso l'elicottero prosegua la missione in corso, la SOREU titolare dell'evento fa riferimento alla CREli al fine di individuare un diverso elicottero.

Art. 7.7
Elicottero fuori servizio

1. In caso di sospensione per fuori servizio (per condizioni meteo, problematiche tecniche e/o organizzative), essendo l'elicottero una risorsa regionale condivisa la cui disponibilità è aggiornata in tempo reale, la base HEMS coinvolta deve inserire l'indisponibilità del mezzo nel sistema informatico di SOREU tramite applicativo ePCR. Contestualmente, la base HEMS deve informare telefonicamente la CREli su linea registrata indicando il motivo e la durata stimata del fermo.
2. In caso di operatività limitata (es. guasto al verricello, alla culla termica, etc.), la base HEMS deve informare telefonicamente la CREli su linea registrata indicando il motivo e la durata stimata della limitazione sino alla ripresa dell'operatività completa.
3. Mentre l'elicottero è fuori servizio, il personale sanitario e il personale CNSAS rimangono operativi come equipaggio appiedato e si rendono disponibili per la SOREU territorialmente competente, seguendo quanto indicato nella IOP 33 *Attività della consolle regionale elisoccorso*.
4. Al ripristino dell'operatività dell'elisoccorso, il personale di condotta presente in base, deve comunicare telefonicamente alla CREli il ripristino dello stato OPERATIVO e procedere come indicato nella IOP 33.

Art. 7.8
Interruzione della missione

1. Una volta attivata una missione, questa può essere interrotta solo su indicazione della consolle sanitaria della SOREU titolare dell'evento, oppure se:
   a) il PIC decide di interromperla (ad esempio qualora si evidenzino condizioni meteo avverse

che impediscano lo svolgimento della missione stessa);

b) si verifica un'avaria durante il volo o problematiche tecnico sanitarie che, secondo il parere del personale di condotta e di soccorso, ne impongano l'interruzione.

Art. 7.8.1

Recupero dell'équipe

1. Qualora l'elicottero non fosse in grado di recuperare l'équipe (es. fine attività per scadenza effemeridi, problematiche tecniche al vettore, etc.) la SOREU titolare dell'evento deve garantire il rientro alla base operativa. Al fine di ottimizzare la scelta della risorsa da impiegare, la SOREU coinvolge personale e mezzi dell'AAT territorialmente competente rispetto al luogo di recupero dell'équipe e, qualora non disponibili, segue il seguente schema:
   a) contatta la CReTO per verificare la disponibilità di impiego di un mezzo AREU;
   b) qualora la precedente soluzione non risulti percorribile, la SOREU invia un MSB in convenzione.
2. In caso di attuazione di quanto sopra indicato la SOREU deve compilare un'apposita scheda informatica (scheda evento e scheda missione).

Art. 7.9

Fine dell'intervento

1. L'intervento di elisoccorso termina:
   a) negli interventi primari: di norma con l'affidamento del paziente, compatibilmente con le sue condizioni cliniche, al responsabile dell'équipe del mezzo di soccorso inviato dalla SOREU per il trasporto in ospedale o fino al passaggio delle consegne al medico del Reparto/Servizio di destinazione del paziente indicato dalla SOREU oppure con il raggiungimento di un luogo sicuro se il paziente è illeso. In tale ultimo caso il medico dell'équipe deve reperire l'anagrafica fiscale e comunicarla alla SOREU competente per i successivi adempimenti amministrativi (si veda quanto previsto dall'art. 2 comma 5 del presente regolamento).
   b) negli interventi secondari: di norma con l'affidamento del paziente al medico del Reparto/Servizio accettante dell'ospedale di destinazione.

Art. 8

Entrata in vigore e periodo transitorio

1. Le disposizioni contenute nel presente regolamento acquistano efficacia dalla data di approvazione dello stesso mediante deliberazione del Direttore Generale di AREU, salvo che la deliberazione medesima disponga diversamente.
2. I professionisti sanitari (medici e infermieri) già impiegati nell'attività di elisoccorso alla data di entrata in vigore del presente regolamento, indipendentemente dalla procedura di selezione in base alla quale sono stati ammessi all'attività di elisoccorso, dispongono di un periodo transitorio di 6 (sei) mesi, decorrente dalla medesima data, per maturare e dimostrare di aver acquisito i requisiti minimi di attività previsti dall'art. 6.1.1 del presente regolamento, applicabili alla rispettiva figura professionale e base HEMS di assegnazione.

Art. 9

Principali riferimenti normativi

- D.G.R. n. 6348 del 5 gennaio 2001 *Approvazione delle linee guida per lo svolgimento del Servizio di soccorso sanitario con elicottero della Regione Lombardia*
- Legge n. 74 del 21 marzo 2001 *Disposizioni per favorire l'attività svolta dal Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico*

- 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*
- D.Lgs. n. 185 del 19 agosto 2005 *Attuazione della Direttiva 2000/79/CE relativa all'Accordo europeo sull'organizzazione dell'orario di lavoro del personale di volo dell'aviazione civile*
- Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 1 febbraio 2006 *Norme di attuazione della Legge 2 aprile 1968, n. 518, concernente la liberalizzazione dell'uso delle aree di atterraggio*
- Decreto del Ministero dell'Interno n. 238 del 26 ottobre 2007 *Regolamento recante norme per la sicurezza antincendio negli eliporti ed elisuperfici*
- D.G.R. n. 6994 del 2 aprile 2008 *Attivazione dell'Azienda Regionale Urgenza Emergenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32* (…)
- D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*
- Regolamento ENAC del 16 settembre 2009 *Regolamento sull'impiego, sui limiti dei tempi di volo e di servizio e requisiti di riposo per l'equipaggio di condotta degli elicotteri adibiti al trasporto aereo di passeggeri per collegamenti con piattaforme petrolifere, per servizio medico di emergenza e per attività di ricerca e soccorso in montagna* e s.m.i.
- Regolamento ENAC del 20 ottobre 2011 *Costruzione ed esercizio degli eliporti*
- Regolamento EU 965 del 5 ottobre 2012 (ultima versione consolidata), come pubblicata sul sito EASA comprensiva delle relative decisioni adottate da EASA
- Circolare ENAC APT 36 del 30 ottobre 2013 *Avio-idro-elisuperfici: gestione e autorizzazione*
- Decreto del Ministero dell'Interno 6 agosto 2014 *Disposizioni sul servizio di salvataggio e antincendio negli aeroporti ove tale servizio non è assicurato dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e negli eliporti e sul presidio di primo intervento di soccorso e lotta antincendio negli aeroporti di aviazione generale, nelle aviosuperfici e nelle elisuperfici*
- D.G.R. n. 2933 del 19 dicembre 2014 *Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza*
- L.R. n. 5 del 17 marzo 2015 *Disposizioni in materia di interventi di Soccorso Alpino e Speleologico in zone impervie, recupero e salvataggio di persone infortunate o in situazioni di emergenza*
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*
- Decreto del Ministero dell'Interno del 15 giugno 2015 *Disposizioni integrative al decreto 6 agosto 2014 in materia di «Disposizioni sul servizio di salvataggio e antincendio negli aeroporti ove tale servizio non è assicurato dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e negli eliporti e sul presidio di primo intervento di soccorso e lotta antincendio negli aeroporti di aviazione generale, nelle aviosuperfici e nelle elisuperfici»*".
- Decreto del Ministero della Salute 2 novembre 2015 *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*
- Decreto del Ministero dell'Interno del 1 dicembre 2016 *Disposizioni integrative al decreto 15 giugno 2015 in materia di salvataggio e antincendio nelle elisuperfici a servizio di strutture ospedaliere*
- Regolamento ENAC del 22 dicembre 2016 *Infrastrutture a servizio dell'attività HEMS*
- Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*
- Decreto n. 1697 del 9 febbraio 2018 della Direzione Generale Welfare *Core protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità*

- D.G.R. n. 2395 del 11 novembre 2019 *Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: 1) requisiti e strutture sede dei centri di medicina materno fetale (MMF) ad elevata complessità assistenziale. 2) requisiti e strutture sede dei centri di terapia intensiva neonatale (TIN).*
- D.G.R. n. 2396 del 11 novembre 2019 *Rete regionale per l'assistenza materno neonatale determinazioni in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante*
- L.R. n. 22 del 10 dicembre 2019 *Seconda Legge di revisione normativa ordinamentale 2019*
- D.G.R. n. 2703 del 23 dicembre 2019 *Determinazioni in merito alla collaborazione tra azienda regionale emergenza urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera ai sensi dell'articolo 16 della L.R. 33/2009 e s.m.i.*
- D.G.R. n. 5587 del 23 novembre 2021 *Programmazione europea 2021-2027. Approvazione del documento "La strategia regionale Agenda del controesodo: individuazione delle Aree Interne per il ciclo di programmazione europea 2021-2027"*
- Regolamento di esecuzione UE 2023/1020 della Commissione del 24 maggio 2023*, che modifica il Regolamento (UE) n. 965/2012 per quanto riguarda le operazioni con elicotteri nell'ambito del servizio medico di emergenza*
- GM1 SPA.HEMS.100(a) *Helicopter emergency medical service (HEMS) operations, HEMS philosophy,* pubblicata nel 2015 da EASA e successivamente aggiornata nel 2023 https://www.easa.europa.eu/en/easy-access-rules/4e4220/ERULES-1963177438-13148
- Buona Pratica Clinica SIAARTI *del 28 settembre 2023 Trasporto intra-ospedaliero ed inter-ospedaliero*
- ITO 2024/01-ONO *Operazioni HEMS secondo il nuovo Regolamento EU 2023/1020*, Ed. n. 1 del 21 maggio 2024, pubblicate da ENAC (Ente Nazionale per l'Aviazione Civile)
- D.G.R. n. 4557 del 16 giugno 2025 *Sperimentazione organizzativa finalizzata all'attivazione sul territorio dell'elisoccorso per il servizio di trasporto assistito materno (STAM) nell'ambito dei Punti nascita delle ASST Lecco e Valtellina e Alto Lario*
- D.G.R. n. 4677 del 7 luglio 2025 *Determinazioni in merito alla collaborazione tra Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e gli Enti sanitari pubblici per l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera*
- Accordo della Conferenza Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano n. 124 del 30 luglio 2025 sul documento recante "Principi concernenti il coordinamento dei trasporti connessi con le attività trapiantologiche e requisiti inerenti al sistema di trasporto.
- Delibera del Direttore Generale n. 156 del 13 giugno 2023 *Approvazione protocollo "trasfusione di emocomponenti in fase preospedaliera"* (Protocollo BoB "Blood on Board")
- Delibera AREU n. 123 del 31 marzo 2025 *Convenzione tra AREU e CNSAS Lombardo per gli interventi di soccorso nel territorio montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie del territorio di Regione Lombardia anni 2025/2029 – Provvedimenti*
- Delibera AREU n. 172 del 18 maggio 2026 *Addendum alla convenzione Tra AREU e CNSAS Lombardo per gli interventi di soccorso nel territorio montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie del territorio di Regione Lombardia anni 2025/2029.*

Art. 10

Documentazione AREU di riferimento

- DOC 10 *Sigle e acronimi*
- DOC 74 *Indicazioni per l'attivazione dei MSA*
- DOC 90 *Attività e funzioni medico referente base HEMS*

- DOC 105 *Percorso formativo per gli operatori sanitari operanti in elisoccorso*
- DOC 123 *Job description medico elisoccorritore*
- DOC 124 *Job description infermiere elisoccorritore*
- DOC 129 *Attività e funzioni infermiere referente base HEMS*
- DOC 165 *Attività e funzioni TCO*
- DOC 167 *Piano di inserimento del medico in SOREU*
- PRO 03 *Gestione degli eventi significativi e delle azioni di miglioramento*
- PRO 07 *Trasporto organi, tessuti e campioni biologici; trasferimento équipe chirurgiche/ECMO e pazienti convocati per il trapianto*
- PRO 20 *Gestione del paziente ipotermico*
- IOP 33 *Attività della consolle regionale elisoccorso*
- IOP 47 *Rilevi fotografici effettuati dall'équipe di elisoccorso a seguito di richiesta dell'Autorità Giudiziaria*
- IOP 50 *Reti STAM e STEN*
- IOP 60 *Trasporti sanitari secondari e soccorsi secondari*
- IOP 67 *Supporto TCO per richieste provenienti da ambiente impervio e/o ostile*
- MOD 14 *Richiesta di trasporto sanitario urgente mediante elisoccorso*

Prospetto delle modifiche

Revisione	Modifiche significative rispetto alla precedente revisione	Note
7	…	-
8	• Revisione generale dei contenuti del regolamento.	-

Copia informatica per consultazione