

**REGOLAMENTO REGIONALE: “RIORDINO OSPEDALIERO DELLA REGIONE PUGLIA AI SENSI DEL D.M. n. 70/2015 E DELLE LEGGI DI STABILITÀ 2016-2017.**

ALLEGATO

**ART. 1**

**Finalità**

1. La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Puglia di cui al presente regolamento è redatta in attuazione del Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 (DM70/2015 per il seguito) e delle leggi di Stabilità 2016 - 2017 nonché del Programma Operativo 2016-2018 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 129 del 06/02/2018 avente ad oggetto “Programma operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016 -2017 e delle misure da adottare nel 2018”.
2. Il presente regolamento è finalizzato a rimodulare la dotazione di posti letto regionale in linea con le disposizioni di cui all’articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni , dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all’assistenza ospedaliera individuati nell’Allegato 1 del citato DM 70/2015. Tali interventi hanno inoltre l’obiettivo di consolidare gli interventi tesi al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell’offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Regionale.
3. Con il presente Regolamento, la Regione intende:
  - a. procedere, in funzione della suddetta rimodulazione, alla classificazione delle strutture ospedaliere con riferimento agli ospedali pubblici, degli IRCCS pubblici e privati, enti ecclesiastici e delle case di cura private accreditate in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell’Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard;
  - b. stabilire la rimodulazione della dotazione di posti letto e la qualificazione delle Unità Operative della rete ospedaliera così come riportato nelle tabelle allegate ‘Tabella A’, ‘Tabella B’, ‘Tabella C\_bis’, ‘Tabella C\_ter e Tabella D;
  - c. perseguire tendenzialmente gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell’Allegato 1 del Regolamento ministeriale, tenendo conto delle specificità del territorio regionale, documentate sulla base delle evidenze epidemiologiche e di accessibilità, attraverso compensazioni tra discipline, nel rispetto degli standard dalla Legge 135/2012, relativi ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione.
4. La rimodulazione della rete ospedaliera relativa al privato accreditato non comporta incremento dei tetti di spesa approvata con provvedimento di Giunta Regionale n. 53 del

23/01/2018 e successivo Regolamento regionale n. 3/2018. La dotazione massima di posti letto della Regione Puglia, riveniente dall'applicazione delle previsioni di cui al comma 3 dell'articolo 1 del DM 70/2015, per l'anno 2016 (applicando il coefficiente di 0,65 al saldo della mobilità interregionale, è pari a 14.783, di cui 11.986 per acuti e 2.797 per post acuti.

5. La configurazione dell'offerta sanitaria delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia tiene conto dei relativi Protocolli di Intesa Università-Regione, sottoscritti in data 11/04/2018;

6. L'allineamento della dotazione dei posti letto si determina progressivamente nel corso degli anni, anche attraverso rimodulazioni annuali da effettuarsi sulla base dei criteri di cui al successivo art. 3 del presente regolamento.

7. Il presente provvedimento stabilisce la rimodulazione della dotazione di posti letto degli ospedali pubblici, degli IRCCS pubblici e privati, enti ecclesiastici e delle case di cura private accreditate così come riportato nelle tabelle allegate.

8. La rimodulazione della rete ospedaliera relativa al privato accreditato anche in futuro deve essere sempre oggetto di apposita preintesa, approvata con provvedimento di Giunta Regionale, dopo apposita istruttoria espletata.

9. La distribuzione dei posti letto, di cui al presente regolamento regionale, vale come parere di compatibilità per le strutture pubbliche o private accreditate. Il parere di compatibilità deve intendersi con il presente schema di provvedimento, a modifica della D.G.R. n. 1095/2017 concesso fino al termine ultimo del 28/02/2020, per le discipline modificate rispetto ai vigenti Regolamenti regionali. Decorso tale termine del 28/02/2020 il parere di compatibilità deve intendersi decaduto.

10. L'inserimento nelle reti cliniche o per patologia delle strutture private accreditate non comporta nessuna ulteriore assegnazione economica e deve intendersi ad invarianza del tetto di spesa assegnato dalla Asl di riferimento nonché per eventuali progetti legati al circuito dell'infarto del miocardio (tipo IMA – SCA) e comunque nel rispetto della normativa vigente e delle disposizioni in materia. Per quanto attiene i modelli organizzativi delle strutture sanitarie pubbliche devono essere rispettate le indicazioni dei provvedimenti di programmazione nazionale e regionale.

11. Negli stabilimenti che risultano aggregati funzionalmente in un'unica struttura di ricovero, è prevista una unica direzione medica ed un'unica direzione amministrativa di presidio, nonché l'accorpamento di tutte le unità operative e servizi; agli stabilimenti (ed alle relative unità operative) sono comunque attribuiti sottocodici identificativi in ragione della necessità di assicurare costante e capillare monitoraggio dei flussi di ricovero, per garantire l'ottemperanza agli standard qualitativi e quantitativi di cui al presente regolamento.

12. All'interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le discipline di base, la cui responsabilità deve essere affidato a personale medico in possesso dei requisiti specifici, incardinato nell'organico. Inoltre negli ospedali di base e di I livello devono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica) a disposizione delle unità operative afferenti al

dipartimento; i pazienti possono essere allocati in area critica solo dopo adeguata valutazione del medico specialista della U.O. di competenza che ne assume, pertanto, la responsabilità ed il carico". In tali posti letto non possono essere allocati utenti che necessitino di assistenza ventilatoria meccanica controllata e/o che presentino instabilità delle funzioni vitali e che quindi siano di esclusiva competenza degli Anestesisti rianimatori.

13. Le Unità Operative di Lungodegenza sono articolazioni funzionali delle Unità Operative di Medicina Interna.

14. Le attività di endoscopia che utilizzano gli orifizi naturali (endoscopia digestiva, ginecologica, otorinolaringoiatrica, tracheobronchiale, urologica) sono eseguibili sia in ambito ambulatoriale intraospedaliero ed extraospedaliero, che di ricovero. In ambito ambulatoriale sono erogabili, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico competente, tutte le prestazioni individuate nel nomenclatore tariffario regionale connesse all'attività diagnostica e terapeutica di base.

15. Le consulenze specialistiche delle discipline assenti nel presidio devono essere assicurate dagli specialisti presenti in altri ospedali aziendali ovvero nei poliambulatori del territorio di riferimento.

16. Per quanto attiene l'Ospedale di Galatina deve essere garantito il collegamento formalizzato con la U.O. di Terapia Intensiva dell'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce nonché il relativo percorso assistenziale, con particolare riferimento al Punto nascita.

17. Le Direzioni strategiche delle Asl, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, degli Enti Ecclesiastici e dell'IRCCS privato accreditato devono dare piena attuazione all'Accordo Stato – Regioni n. 143/CSR del 1/08/2019 avente ad oggetto: "Linee di indirizzo nazionale sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso".

## **Art. 2**

### **Classificazione delle strutture ospedaliere**

1. Coerentemente con la classificazione di cui al Capitolo 2 dell'Allegato 1 del DM70/2015 la rete ospedaliera della Regione Puglia, in prima applicazione entro il 31/12/2017, si articola in:

*a. 5 Ospedali di Secondo Livello*

1) AOU Ospedali Riuniti – Foggia;

2) AOU Policlinico Consorziale – Bari con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII

3) Ospedale Ss.ma Annunziata - Taranto (ASL Taranto) con il plesso oncologico Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Grottaglie;

4) Ospedale Antonio Perrino – Brindisi (ASL Brindisi), con il plesso riabilitativo di Ceglie Messapica;

5) Ospedale Vito Fazzi – Lecce (ASL Lecce) con il plesso riabilitativo Ospedale Antonio Galateo di San Cesario di Lecce.

*b. 17 Ospedali di Primo Livello*

- 1) Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (Ente Ecclesiastico);
- 2) Ospedale Teresa Masselli Mascia – San Severo (ASL Foggia);
- 3) Ospedale Giuseppe Tatarella – Cerignola (ASL Foggia);
- 4) Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli – Barletta (ASL BT);
- 5) Ospedale Lorenzo Bonomo – Andria (ASL BT), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Canosa;
- 6) Ospedale San Paolo – Bari (ASL Bari);
- 7) Ospedale Di Venere – Bari (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Triggiano;
- 8) Ospedale della Murgia – Altamura (ASL Bari);
- 9) Ospedale Umberto I – Corato (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Terlizzi;
- 10) CdC CBH Mater Dei Hospital – Bari;
- 11) Ospedale Generale Miulli – Acquaviva delle Fonti (Ente Ecclesiastico);
- 12) Ospedale Civile – Castellaneta (ASL Taranto);
- 13) Ospedale Valle d'Itria – Martina Franca (ASL Taranto);
- 14) Ospedale Dario Camberlingo – Francavilla Fontana (ASL Brindisi);
- 15) Ospedale Sacro Cuore – Gallipoli (ASL Lecce);
- 16) Ospedale Veris Delli Ponti – Scorrano (ASL Lecce);
- 17) Ospedale Card. Giovanni Panico – Tricase (Ente Ecclesiastico)

*c. 10 Ospedali di Base*

- 1) Ospedale San Camillo de' Lellis – Manfredonia (ASL Foggia);
- 2) Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie (ASL BT);
- 3) Ospedale don Tonino Bello – Molfetta (ASL Bari);
- 4) Ospedale San Giacomo – Monopoli (ASL Bari);
- 5) Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (ASL Bari);
- 6) Ospedale Marianna Giannuzzi – Manduria (ASL Taranto);
- 7) Ospedale Civile – Ostuni (ASL Brindisi);
- 8) Ospedale San Giuseppe – Copertino (ASL Lecce);
- 9) Ospedale Santa Caterina Novella – Galatina (ASL Lecce);
- 10) Ospedale Francesco Ferrari – Casarano (ASL Lecce)

- d. *1 Ospedale di Area Particolarmente Disagiata*
  - Ospedale Francesco Lastaria – Lucera, collegato funzionalmente all’Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia.
- 2. La rete ospedaliera suddetta trova integrazione e complemento in:
  - a. *2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico pubblici*
    - i. IRCCS Giovanni Paolo II – Bari a indirizzo oncologico
    - ii. IRCCS Saverio de’ Bellis – Castellana Grotte a indirizzo gastroenterologico
  - b) *2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico privati accreditati*
    - iii. IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge
    - iv. IRCCS Eugenio Medea – Brindisi
  - c) *25 Case di Cura private accreditate”*
    - 1) CCRR Villa Serena e Nuova San Francesco – Foggia
    - 2) CdC “San Michele” Gestione Daunia Medica Spa - Manfredonia
    - 3) CdC Santa Maria Bambina – Foggia
    - 4) CdC Professor Brodetti - Villa Igea– Foggia
    - 5) CdC Leonardo De Luca srl - Castelnuovo della Daunia
    - 6) CdC Congregazione Divina Provvidenza – Bisceglie
    - 7) CdC Santa Maria s.p.a.– Bari
    - 8) CdC Anthea Hospital – Bari
    - 9) CdC Monte Imperatore – Noci
    - 10) CdC Medicol Villa Lucia – Conversano
    - 11) CdC Villa Verde – Taranto
    - 12) CdC Bernardini srl – Taranto
    - 13) CdC San Camillo srl – Taranto
    - 14) Centro Medico Riabilitazione Maugeri – Ginosa
    - 15) CdC Centro Medico Riabilitativo Villa Bianca - Martina Franca
    - 16) CdC Arca Fondazione San Raffaele Cittadella della Carità – Taranto
    - 17) CdC D'Amore Hospital – Taranto
    - 18) CdC Santa Rita srl– Taranto
    - 19) CdC Salus srl– Brindisi
    - 20) CdC Città di Lecce Hospital – Lecce
    - 21) CdC Prof. Petrucciani srl– Lecce
    - 22) CdC Euroitalia – Casarano
    - 23) CdC San Francesco – Galatina

24) CdC Villa Verde – Lecce

25) CdC Villa Bianca – Lecce

d) Con realizzazioni, valutazioni e atti successivi la rete ospedaliera subirà ulteriore riassetto a seguito di:

a. costituzione in ente ospedaliero autonomo con una capacità attrattiva extra-regionale del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXII di Bari, con separazione dall'AOU Policlinico, assorbimento delle discipline pediatriche di alta specialità insistenti negli ospedali limitrofi e delle altre province e istituzione di nuove ritenute strategiche;

b. aggregazione funzionale delle UU.OO. di Chirurgia pediatrica, Pediatria e Oncoematologia pediatrica nel Polo Pediatrico del P.O. V. Fazzi;

c. realizzazione di quattro nuovi ospedali come dettagliato nel successivo art.6.

e) La classificazione di ciascun ospedale nell'ambito della rete dell'emergenza – urgenza, delle reti tempo – dipendenti e delle reti cliniche, è riportata nell'allegata 'Tabella C\_ter'.

### **Art. 3**

#### **Applicazione degli standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera**

1. La presente riorganizzazione della rete ospedaliera viene predisposta con l'obiettivo di adeguare l'offerta ospedaliera regionale agli standard fissati con Legge n. 135/2012, relativamente ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione, che vengono conseguiti, oltre che con la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina, anche intervenendo sull'indice di occupazione dei posti letto, che deve attestarsi su valori tendenziali del 90% e sulla durata media di degenza, per ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico-assistenziali.

2. La riorganizzazione è stata realizzata attraverso un'analisi dell'attuale articolazione con particolare riferimento alla distribuzione delle unità operative per bacino di utenza, all'indice di occupazione, alle soglie minime di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito riportate al punto 4.6 dell'Allegato 1 del DM 70/2015, tenendo conto del profilo epidemiologico e delle caratteristiche logistiche dei territori.

3. La riorganizzazione è stata realizzata anche con criteri di sostenibile fattibilità operativa avendo come termine temporale di messa a regime della stessa la data del 31/12/2019. Per tale motivo, in molti casi, non si è potuto prescindere dalla capacità organizzativa, tecnologica e strutturale della situazione di partenza, intendendo il processo di riordino come percorso di qualificazione continua della rete di offerta agli standard presenti e futuri.

4. La non completa compatibilità tra tempi ravvicinati di prima messa a regime della rete e aderenza a tutti gli standard di disciplina clinica in rapporto ai bacini di popolazione e alla funzione di emergenza-urgenza comporta nella prima stesura di piano alcuni disallineamenti rispetto al prescritto per limiti tecnologici e strutturali nel breve termine.

5. Per il computo e la distribuzione delle strutture per bacino di cui al Capitolo 3 dell'Allegato 1 del DM70/2015 si è fatto riferimento esclusivamente alle "strutture organizzative complesse" per i posti letto pubblici e ai punti di erogazione comunque dimensionati per i posti letto privati, riservando una eventuale rivisitazione delle stesse a nuova e diversa indicazione da parte ministeriale.

6. Per mantenere e/o ricondurre il numero delle strutture per bacino nei limiti minimi e massimi prescritti dal DM70/2015 e dettagliati per la Puglia nella Tabella 2 e al fine di supportare il legame *hub&spoke* alla base della rete, l'istituzione e il mantenimento in esercizio di "strutture organizzativamente complesse" verrà valutata compatibilmente con le determinazioni dell'atto aziendale da parte delle direzioni strategiche delle Aziende del SSR.

7. Per quanto attiene in particolare gli Ospedali di Base si procederà ad un graduale allineamento delle discipline rispetto a quanto espressamente dal D.M. n. 70. Tale processo sarà attuato anche a seguito della realizzazione dei nuovi ospedali di I Livello previsti dalla programmazione regionale. Il mantenimento della qualificazione delle "strutture organizzativamente complesse" per le discipline diverse da quelle previste dal DM 70/2015 negli Ospedali di Base si intende confermato fino alla scadenza dell'incarico del Dirigente a cui lo stesso è conferito.

8. Per quanto attiene le reti tempo dipendenti, a seguito del monitoraggio annuale in termini di volumi ed esiti dell'attività svolta, si procederà ad una eventuale rivisitazione delle stesse.

9. I disallineamenti sulla rete di emergenza-urgenza per discipline presenti in esubero negli ospedali di base e per discipline prescritte ma assenti negli ospedali di primo livello troveranno risoluzione nel corso del triennio 2017-2019, stante la limitata disponibilità di stabilimenti logisticamente ricettivi fino alla concorrenza delle discipline di primo livello e l'ampia disponibilità di stabilimenti logisticamente molto capienti rispetto alle sole discipline di base.

10. Al di fuori dalle discipline cliniche e dai servizi senza posti letto regolamentate dal DM 70/2015, è fatta salva la discrezionalità delle aziende sanitarie di istituire punti di erogazione per discipline non contemplate se il fabbisogno locale, il disegno delle reti cliniche o specifiche eccellenze di offerta lo consigliano.

11. Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma Nazionale Esiti di A.Ge.Na.S., ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della L. 135/2012, opportunamente integrate con indicatori di performance elaborati da AReSS Puglia. La più aggiornata ricognizione dei nove indicatori prescritti dal DM70 è riportata nell'allegata 'Tabella 3'.

12. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, in base all'analisi dei dati sanitari pertinenti predisposta con il supporto di AReSS Puglia, sarà elaborata una relazione di verifica del rispetto del funzionamento della rete in relazione agli standard quali-quantitativi e di sicurezza dell'assistenza ospedaliera di cui ai punti precedenti. Tale relazione dovrà evidenziare eventuali esigenze di riconfigurazione ovvero condizioni e percorsi di intervento

sulle strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che non hanno garantito il rispetto dei criteri come sopra identificati, affinché raggiungano gli standard fissati.

13. Per i seguenti stabilimenti ospedalieri si dispone la riconversione entro il 30/12/2019 in Presidi di Post-Acuzie secondo l'allegata 'Tabella C\_bis' e con possibilità di essere complementati con il modello assistenziale del PTA:

- a. Caduti in Guerra – Canosa di Puglia, plesso dell'Ospedale di Andria
- b. Michele Sarcone – Terlizzi, plesso dell'Ospedale San Paolo
- c. Francesca Fallacara – Triggiano, plesso dell'Ospedale Di Venere di Bari
- d. San Marco – Grottaglie, plesso dell'Ospedale SS. Annunziata di Taranto (al termine del completamento dei lavori per la costruzione del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto)

14. Ai plessi (ed alle relative unita operative) sono comunque attribuiti sottocodici identificativi in ragione della necessità di assicurare costante e capillare monitoraggio dei flussi di ricovero, per garantire l'ottemperanza agli standard qualitativi e quantitativi.

#### **Art. 4**

##### **Reti cliniche**

1. La definizione delle nuove ed ulteriori reti cliniche nonché l'eventuale rimodulazione con le previsioni del citato Regolamento del Ministero della Salute deve avvenire con apposita deliberazione di Giunta regionale, su proposta del Dipartimento "Promozione della Salute, del benessere sociale e dello Sport per tutti" con il supporto di AReSS Puglia, con l'obiettivo di assicurare tempestività e appropriatezza delle prestazioni sanitarie e al continuità dei percorsi assistenziali, ivi compresa la rete emergenza – urgenza.

2. Con deliberazione di Giunta regionale, nella definizione delle reti cliniche, vengono emanate specifiche disposizioni per la definizione, ovvero l'adeguamento ai requisiti contenuti nel citato Regolamento del Ministero della Salute, delle reti cliniche, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, recependo le linee guida organizzative e le raccomandazioni contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie.

3. A seguito dell'istituzione delle reti cliniche deve essere garantito il monitoraggio dal Dipartimento "Promozione della Salute, del benessere sociale e dello Sport per tutti" con il supporto di AReSS Puglia per valutare l'efficacia e l'efficienza dei percorsi stabiliti ovvero indicare le eventuali modifiche necessarie a garantire il conseguimento dei risultati di qualità e sicurezza delle cure.

## Art. 5

### Rete trasfusionale

1. La rete trasfusionale, sulla base dei criteri definiti dagli Accordi Stato – Regioni del 16/10/2010 (Rep. Atti n. 242/CSR) e del 25 luglio 2012 (Rep atti n. 149/CSR), a parziale modifica dei Regolamenti regionali n. 15/2013 e n. 14/2015, è articolata in strutture definite su diverse tipologie a ognuna delle quali corrispondono specifiche funzioni assistenziali:

a. **Articolazioni organizzative:** sono punti di prelievo fissi che dipendono sotto il profilo organizzativo, tecnologico e strutturale da un SIMT o da una ST di riferimento; l'attività consiste nella raccolta del sangue intero e degli emocomponenti mediante aferesi (quest'ultima se autorizzata e prevista dalla programmazione dipartimentale) e le giornate di apertura devono essere coerenti con i dati di attività rilevati negli ultimi tre anni. L'attività è limitata all'orario antimeridiano delle giornate feriali, ma possono essere previste aperture nei giorni festivi in base alla programmazione dipartimentale.

b. **Sezioni Trasfusionali (ST):** sono strutture presenti in presidi ospedalieri nei quali si rende necessario il decentramento delle prestazioni trasfusionali per la complessità delle unità operative esistenti, per la presenza di attività di emergenza/urgenza e di branche specialistiche di particolare impatto trasfusionale.

Le ST possono svolgere le seguenti funzioni:

- i. raccolta di sangue intero ed emocomponenti anche mediante procedure di aferesi multicomponent secondo la programmazione annuale del Dipartimento in cui insistono;
- ii. gestione dei programmi di autotrasfusione;
- iii. distribuzione ed assegnazione del sangue ed emocomponenti; deve essere prevista la "validazione a distanza dell'assegnazione di emocomponenti" a cura del Medico del SIMT di riferimento, in base ai volumi di attività (n° unità trasfuse); il Tecnico SLB è presente nella ST. in attività di consulenza trasfusionale.
- iv. Possono altresì, ove previsto dalla programmazione dipartimentale, esercitare le seguenti attività:
- v. Laboratorio di Immunoematologia;
- vi. Centro per la sorveglianza delle malattie tromboemboliche (come previsto dalla rete dei CET)
- vii. Aferesi terapeutica (in base alla organizzazione dipartimentale ed ai volumi di attività)
- viii. Ambulatorio trasfusionale, terapia infusione e applicazione del PBM in collaborazione con il SIMT di riferimento;
- ix. Visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)

c. **Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT):** sono strutture complesse che insistono in tutti i DEA di II livello e nei DEA di I livello individuati dalla programmazione regionale.

Svolgono le seguenti attività:

i. raccolta di sangue intero ed emocomponenti anche mediante procedure di aferesi multicomponent

ii. gestione dei programmi di autotrasfusione;

iii. distribuzione ed assegnazione del sangue ed emocomponenti;

iv. attività di consulenza trasfusionale;

v. aferesi terapeutica (Plasmaexchange, Eritroaferesi, Plasmatrattamento con filtri colonna, Eritroexchange)

vi. ambulatorio trasfusioni e terapia infusione.

vii. visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)

viii. visite di idoneità e selezione di donatrici di sangue del cordone ombelicale

ix. applicazione del programma PBM aziendale

Alcuni centri, individuati dalla programmazione regionale, possono svolgere le seguenti attività:

i. qualificazione biologica del sangue (SIMT degli Ospedali Riuniti di Foggia, San Paolo di Bari e Vito Fazzi di Lecce)

ii. lavorazione emocomponenti (Organizzazione per Area Vasta);

iii. laboratorio di Immunoematologia eritrocitaria di secondo livello e piastrinica;

iv. centro di emostasi e trombosi (rete dei CET).

v. laboratorio di citofluorimetria

vi. laboratorio tipizzazione HLA

vii. raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche, linfociti e fotoferesi extracorporea

viii. produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale

ix. gestione della banca degli emocomponenti congelati e biologia molecolare immunoematologica (AOU Policlinico di Bari)

x. Banca del sangue del cordone ombelicale (IRCCS E.E. Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo)

I SIMT devono assicurare la copertura delle urgenze ed emergenze trasfusionali su tutto il territorio di competenza 24 ore su 24 mediante l'istituto di guardia Medica e Tecnica attiva.

2. Entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente regolamento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, su proposta dell'Organismo di Coordinamento del Centro Regionale Sangue (SRC) e della Sezione SGO, la Giunta regionale definirà:

a) le attività istituzionali di ogni Servizio Trasfusionale della Regione Puglia;

b) l'organizzazione delle Sezioni Trasfusionali in termini anche di numero di personale e modalità di gestione della validazione del sangue e degli emocomponenti. Le Sezioni trasfusionali, in base ai volumi e alla tipologia delle prestazioni erogate dall'Ospedale in cui insistono, coerentemente con le indicazioni del D.M. n. 70/2015, possono svolgere alcune delle attività di cui al comma 1, lettera b) del presente articolo.

3. Con il presente Regolamento viene istituita la "validazione dell'assegnazione a distanza degli emocomponenti" e, con apposito atto dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (SGO), deve essere definito un protocollo operativo regionale che consenta di gestire il predetto percorso in sicurezza.

4. Tutte le disposizioni in materia di rete trasfusionale, non coerenti con il presente articolo, si intendono abrogate.

## **Art. 6**

### **Programmazione degli investimenti ospedalieri**

1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 5 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, come di seguito indicati:

a) nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'Ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto comportandone la riconversione, insieme allo stabilimento ospedaliero San Giuseppe Moscati di Statte ed allo stabilimento ospedaliero di Grottaglie;

b) realizzazione del nuovo Ospedale del Sud Salento, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano e dell'Ospedale Santa Caterina Novella di Galatina;

c) realizzazione del nuovo Ospedale di Andria, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa, riconvertito con il presente provvedimento;

d) realizzazione del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, che comporterà la riconversione dell'Ospedale San Giacomo di Monopoli, oltre all'Ospedale di Fasano, riconvertito con il presente provvedimento;

e) realizzazione del nuovo Ospedale del Nord barese, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertiti con il presente provvedimento;

2. Alla realizzazione delle strutture ospedaliere individuate nel presente articolo si procede:

a) con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" e su ulteriori risorse regionali all'uopo destinate;

b) a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento.

3. Alla riqualificazione ed al potenziamento nonché all'adeguamento alla normativa vigente (antincendio, antisismica, efficientamento energetico, ecc.) degli ospedali preesistenti, non oggetto di riconversione in strutture territoriali ai sensi del presente regolamento, si procede nei limiti delle risorse finanziarie europee, nazionali e regionali all'uopo destinate sulla base di priorità da definirsi a cura della Giunta regionale con proprie deliberazioni.

#### **Art. 7**

##### **Rete Percorso Nascita e Trasporto STAM/STEN**

1. In coerenza con l'Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", recepito con la deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, si definiscono:

a) "*Unità Operative Ostetricia di I livello*" quelle che assistono gravidanze e parti (500 – 1000 parti/anno), in età gestazionale  $\geq$  34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del I livello, per la madre e per il feto. Il numero di parti/anno  $>$  di 1000 non determina cambiamento di livello;

b) "*Unità Operative Ostetricia di II livello*" quelle che assistono gravidanza e parto (parti/anno  $>$  1000) indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto. alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

2. In coerenza con l'Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", recepito con la deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, si definiscono:

a) "*Unità Pediatriche/Neonatologiche di I Livello*" quelle che assistono neonati sani e i nati con patologia (500 – 1000 nati/anno) che non richiedano ricovero presso T.I.N. (II livello). Il numero di nati/anno  $>$  di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo, i requisiti per il II livello pediatrico/neonatologico, legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di un punto-nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

b) "*Unità Pediatriche/Neonatologiche di II Livello*" quelle che assistono neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva. Il bacino di

utenza è di almeno 5000 nati/anno (almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1500 gr; nati/anno nella struttura-Inborn > 1000). I requisiti per il II livello sono legati, oltre che al bacino di utenza e al numero di parti, anche alla presenza nella stessa struttura di punto - nascita di II livello e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata. Fanno eccezione unità operative neonatologiche di II livello senza punto - nascita nella stessa struttura, purché collocate in strutture super-specialistiche, con la possibilità di erogare prestazioni particolarmente complesse. Il ricovero dei neonati in queste unità dovrebbe avvenire, di norma, solo qualora tali prestazioni si rendessero necessarie.

3. In attuazione del Protocollo operativo “Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)”, approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016, si riporta la Rete “Percorso nascita” della Regione con l’individuazione degli Ospedali HUB e SPOKE e, quindi, con le relative afferenze. Il trasferimento della donna o del neonato, pur considerando la organizzazione regionale, deve tener conto della distanza chilometrica dell’Ospedale trasferente rispetto al centro HUB nonché della disponibilità del posto letto.

4. Il trasporto STAM e STEN deve avvenire secondo il protocollo approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016. Per quanto attiene il trasporto STAM si precisa che alcuni Ospedali, classificati come I livello nell’ambito della rete ospedaliera (ex D.M. n. 70/2015), si configurano come Unità Operative di Ostetricia di II livello in quanto dotate di UTIN e precisamente: Ospedale Di Venere- Carbonara di Bari, IRCCS privato accreditato “Casa Sollievo della Sofferenza” di San Giovanni Rotondo, Ente Ecclesiastico “Miulli” di Acquaviva delle Fonti ed Ente Ecclesiastico “Panico” di Tricase. In tal caso il trasporto STAM deve tener conto della disponibilità dei posti letto e della distanza chilometrica dell’Ospedale in cui insiste l’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia trasferente.

5. Si riporta l’organizzazione del trasporto STEN

<b>Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)</b>	
<b>HUB DI RIFERIMENTO</b>	<b>PUNTI NASCITA – CENTRI SPOKE</b>
<b>TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL’AZIENDA OSPEDALIERA "OO.RR" DI FOGGIA</b>	160047 - OSPEDALE CERIGNOLA 'G. TATARELLA'
	16016301 - OSPEDALE SAN SEVERO
	16017401 - OSPEDALE ANDRIA
	160177 - OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'
	16017801 - OSPEDALE BISCEGLIE
	160905 - OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

<b>TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI</b>	160078 - OSPEDALE REGIONALE EE 'MIULLI'
	160087 - CASA DI CURA SANTA MARIA
	160147 - CASA DI CURA C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
	160157 - OSPEDALE DELLA MURGIA - PERINEI
	16016901 - OSPEDALE DI VENERE - BARI
	16015801 - OSPEDALE SAN PAOLO-BARI
	16015804 - OSPEDALE CORATO
	160159 - OSPEDALE MONOPOLI
	160168 - OSPEDALE CASTELLANETA
	16017201 - OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO
160075 - OSPEDALE CIVILE MARTINA FRANCA	

<b>TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'OSPEDALE "V. FAZZI" DI LECCE</b>	160062 - OSPEDALE GALATINA 'CATERINA NOVELLA'
	160063 - OSPEDALE GALLIPOLI 'SACRO CUORE DI GESU'
	160080 - OSPEDALE REGIONALE EE 'G. PANICO'
	160166 - OSPEDALE SCORRANO
	160101 - CASA DI CURA 'SALUS' – BRINDISI*
	16017001 - OSPEDALE PERRINO BRINDISI
	160162 - OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA

\*fino alla disattivazione del Punto Nascita (31/12/2019)

6. Si riporta l'organizzazione del trasporto STAM:

### Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM)

PROVINCIA	U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DI II LIVELLO (HUB)	U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DI I LIVELLO (SPOKE)
<b>PROVINCIA DI FOGGIA</b>	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA' 160905 - OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	160047 - OSPEDALE CERIGNOLA 'G. TATARELLA'
		16016301 - OSPEDALE SAN SEVERO
<b>PROVINCIA BT</b>	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	16017401 - OSPEDALE ANDRIA
		160177 - OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'
		16017801 - OSPEDALE BISCEGLIE
<b>PROVINCIA DI BARI</b>	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI 16016901 – OSPEDALE DI VENERE - BARI 160078 - OSPEDALE REGIONALE EE 'MIULLI'	160087 - CASA DI CURA SANTA MARIA
		160147 - CASA DI CURA C.B.H. MATER DEI HOSPITAL
		160157 - OSPEDALE DELLA MURGIA - PERINEI
		16015801 - OSPEDALE SAN PAOLO-BARI
		16015804 - OSPEDALE CORATO
		160159 - OSPEDALE MONOPOLI

<b>PROVINCIA DI TARANTO</b>	16017201 - OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	160168 - OSPEDALE CASTELLANETA
		160075 - OSPEDALE CIVILE MARTINA FRANCA

<b>PROVINCIA DI LECCE</b>	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI' 160080 - OSPEDALE REGIONALE EE 'G. PANICO'	160062 - OSPEDALE GALATINA 'CATERINA NOVELLA'
		160063 - OSPEDALE GALLIPOLI 'SACRO CUORE DI GESU'
		160166 - OSPEDALE SCORRANO

<b>PROVINCIA DI BRINDISI</b>	16017001 - OSPEDALE PERRINO BRINDISI	160101 - CASA DI CURA 'SALUS' – BRINDISI*
		160162 - OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA

*\*fino alla disattivazione del Punto Nascita (31/12/2019)*

7. Negli Ospedali HUB, individuati nell'ambito del trasporto STAM e STEN, devono obbligatoriamente essere dedicati posti letto nella U.O. di "Ostetricia e Ginecologia" di Il Livello o nella U.O. di Terapia Intensiva Neonatale, necessari a garantire la presa in carico della gestante o del neonato gestire il trasferimento del neonato o della donna

8. La rete del "Percorso nascita" può subire modifiche a seguito del monitoraggio effettuato dal Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per tutti" con il supporto del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR), sulla base dei volumi di attività, degli esiti (con particolare riferimento alla percentuale dei parti con taglio cesareo) nonché del rispetto dei requisiti espressamente previsti dall'Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010.

La rete del Percorso nascita deve tener conto anche delle eventuali deroghe concesse dal Ministero della Salute su parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale nonché di specifiche indicazioni.

## **Art. 8**

### **Attuazione riordino ospedaliero e monitoraggio**

1. L'attuazione del riordino della rete ospedaliera, come da tabelle allegate al presente regolamento deve avvenire entro il 31/12/2020.

2. Fermo restando quanto espressamente previsto al predetto comma 1 del presente articolo, l'attivazione o il trasferimento delle Unità Operative deve tener conto dei tempi necessari all'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi indispensabili al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale.

3. L'adeguamento della rete ospedaliera rispetto agli standard previsti dal D.M. n. 70/2015, ovvero ai bisogni di salute espressi dalla popolazione pugliese, a seguito del monitoraggio previsto al comma 12 dell'art. 3 del presente regolamento, che in fase di prima applicazione sarà effettuato entro il 31/07/2020, come da tabella allegata di riepilogo strutture, potrà essere effettuato con deliberazione di Giunta regionale, con particolare riferimento agli allegati del presente regolamento (posti letto e strutture).

## **Art. 9**

### **Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero**

1. Con il presente Regolamento regionale sono abrogati i Regolamenti regionali n. 18 del 16 dicembre 2010 e n. 19 del 22 dicembre 2010, n. 11 del 7 giugno 2012, n. 36 del 28 dicembre 2012 e n. 38 del 28 dicembre 2012, n. 14 del 4 giugno 2015, n. 7 del 10 marzo 2017 e n. 3 del 19 febbraio 2018.