



REGIONE PUGLIA

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA
E SPECIALISTICA**

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2017/

OGGETTO: Approvazione: "Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015"

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. del Servizio "Organizzazione assistenza ospedaliera e specialistica" e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015). Come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille ab., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Regolamento regionale 4 giugno 2015, n. 14 ad oggetto: "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato- Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014 - 2016";
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i., ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016),

pubblicata sulla gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70 ha fornito ulteriori indicazioni in merito alla gestione dei deficit delle Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli IRCCS e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura; nonché in merito alla garanzia della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini;

- la deliberazione n. 136 del 23/2/2016 , in attuazione dell'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", la Giunta regionale ha recepito e preso atto delle "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)", elaborate dal Ministero della Salute;
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016 e n. 265 dell'8/3/2016 con cui è stato adottato il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di stabilità 2016, da sottoporre alla valutazione dei Ministeri affiancanti nonché alla competente Commissione consiliare permanente per il relativo parere preventivo obbligatorio non vincolante nei modi e nei termini di cui all'art. 44 comma 2 della L.R. 7/2004 come modificato dall'art. 3 della L.R. 44/2014;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 895 del 22/06/2016 relativa al trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015;
- la nota prot. n. AOO_ 005- 32 del 31/01/2017 con cui è stata presentata istanza di deroga al Comitato Percorso Nascita Nazionale per i punti nascita con numero di parti <500/anno che con il presente Regolamento di riordino ospedaliero si intende confermare, secondo il protocollo metodologico ministeriale;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 relativa all'approvazione del modello organizzativo e ai principi generali di funzionamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) nonché al recepimento dell'Accordo Stato – Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro Anni 2014-2016" (Rep. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014).

Premesso che:

- che l'art. 2, comma 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per l'anno 2010) e s.m.i. recepisce analogo disposizione dell'Intesa Stato-Regioni sul "Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevedendo che "gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

- il nuovo "Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016", di cui all'Accordo Stato – Regioni (Rep. atti n. 82/CSR) del 10/07/2014 ha definito che: *"In tale direzione va potenziato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti forti e necessari per assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire l'equità e l'universalità del sistema, nonché i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme. Dovranno, altresì, essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale";*

- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 , ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016), pubblicata sulla gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70, al comma 524 ha stabilito che: *"Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad*

acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526”.

In riferimento al predetto punto a), con la legge 11/12/2016 n° 232 (pubblicata sulla G.U. 21/12/2016) - art. 1 comma 390 - Legge di Stabilità 2017 - viene fissato al 7% dei ricavi o, in valore assoluto, a 7 milioni di euro (invece degli attuali 10% per cento e 10 milioni di euro) il valore del disavanzo tra i costi e i ricavi quale presupposto per l'adozione e l'attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie, gli IRCCS pubblici e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

L'ospedale in una delle due condizioni va in Piano di Rientro triennale (approvato dalla Giunta Regionale) e:

a) Il Direttore Generale dell'ospedale (AOU, IRCCS, presidio di ASL) decade se non presenta il Piano di Rientro nei termini di legge;

b) Il Direttore Generale dell'ospedale (AOU, IRCCS, presidio di ASL) decade se al termine del triennio la struttura non è tornata nei parametri;

c) In sede di prima applicazione le Regioni individuano le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che si trovano fuori parametro;

d) Dal 2017 le disposizioni valgono anche per i presidi di ASL.

La *ratio* della legge è quella di ricondurre le strutture ospedaliere dentro un regime gestionale che coniughi efficienza economica, alti volumi, adeguata qualità e la migliore sicurezza delle cure.

- uno dei temi principali che ogni sistema sanitario deve affrontare e sottoporre ad una continua verifica è quello relativo all'organizzazione della propria rete ospedaliera. Esso infatti è un aspetto molto importante per gli impatti che può determinare sull'adeguatezza e l'efficacia dell'offerta di cure secondarie, sui costi per il sistema sanitario pubblico con conseguente impatto sulla politica fiscale e sulle finanze pubbliche. La Regione risulta avere, in termini di frammentazione della rete ospedaliera, un alto numero di strutture attive di piccole dimensioni. Presupposto fondamentale per il nuovo modello organizzativo è la riorganizzazione dei predetti ospedali contestualmente al sistema del soccorso territoriale e dei trasporti sanitari tra i nodi della rete, in una logica unitaria che garantisca uniformità di accesso e di servizio su tutto il territorio regionale, attraverso il sistema Hub ed Spoke. In altri Paesi, l'adozione di tale modello ha permesso di verificare come effettivamente la concentrazione dei servizi sanitari ad alta complessità in un numero limitato di centri Hub e la conseguente razionalizzazione del rapporto con i centri Spoke abbia consentito di raggiungere importanti risultati in termini di efficienza, accessibilità ai servizi, qualità nell'assistenza e riduzione della frequenza di esiti avversi ed appropriatezza delle prestazioni erogate per ogni singolo nodo della rete.

Specificatamente tale modello vuole, in linea di massima, orientare alla rifunionalizzazione del ruolo di alcuni ospedali che, ancorché riconvertiti, continuano ad assicurare prestazioni sanitarie nel territorio, riorganizzandosi verso una assistenza maggiormente incentrata sulla post acuzie, in tal modo integrando e completando l'offerta dei servizi sanitari degli altri ospedali. In ottemperanza, pertanto, al D.M. n. 70/2015, occorre riorganizzare la rete ospedaliera pugliese, definendo gli ospedali di base, di I e di II livello.

- con nota trasmessa dal Comitato LEA, agli atti dell'Ufficio prot. n. AOO_ 151- 4671 del 13/5/2016, il Ministero della Salute affermava che:

“Con riferimento alle note trasmesse, l'ultima in data 07/04/2016, a codeste Regioni attraverso il Sistema di gestione documentale Siveas Lea, si rappresenta quanto segue.

Come noto, il DM 70/2015 — i cui indirizzi programmatici erano stati oggetto di Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 10 luglio 2014, nell'ambito del Patto della Salute 2014-6 — ha definito i criteri e gli standard cui le Regioni devono attenersi per la definizione qualitativa delle dotazioni organizzative e strumentali delle reti ospedaliere, correlate ai bisogni della popolazione. Il parametro quantitativo del 3,7 posti letto ospedalieri per mille abitanti (3 per mille per gli acuti e 0,7 per mille per la post-acuzie), accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del SSR, era stato individuato su base nazionale con l'articolo 15, comma 13, lettera c) decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 in data precedente al regolamento; tale parametro, pertanto, **non rappresenta una dotazione da raggiungere, ma va considerato unicamente quale tetto massimo, il cui rispetto è condizione necessaria, ma non sufficiente, per una valutazione positiva del provvedimento di riordino di cui trattasi.**

Di conseguenza, si invitano le Regioni a definire la loro programmazione della rete ospedaliera tenendo presente:

- la valutazione dei reali bisogni assistenziali della popolazione, secondo le metodologie;
- gli indicatori e gli standard dell'Allegato I del Dm 70/2015;
- l'individuazione delle strutture di degenza per singola disciplina e dei servizi sulla base degli standard indicati al punto 3 dell'Allegato 1 del Dm 70/15;
- i recuperi di efficienza in applicazione del modello delle reti assistenziali per intensità di cure; **l'utilizzo prioritario delle risorse per la riqualificazione dei servizi di continuità ospedale – territorio**;
- Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI), istituito e coordinato da A.GE.NA.S. e composto da rappresentanti di A.GE.NA.S., del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome, che opera con il supporto del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) che a sua volta coordina i Gruppi di Lavoro di Rete Clinica delle singole reti cliniche, si è dotato di uno strumento condiviso con Ministero della salute e Regioni e validato dal CTS nella riunione del 30 giugno 2016, denominato "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche".

L'assistenza sanitaria pugliese attualmente è caratterizzata da un'impostazione ancora prevalentemente "ospedalocentrica" e a ciò si aggiunga che una quota ancora significativa dei ricoveri erogati, soprattutto dagli ospedali di medio - piccole dimensioni, si riconducono ai 108 DRG "ad alto rischio di in appropriatezza", espressamente individuati dal Patto della Salute 2010 - 2012. Tale aspetto incide

negativamente sulla valutazione annuale del Tavolo di verifica LEA del Ministero della Salute. Si tratta, in particolare di prestazioni che sarebbe opportuno erogare in un setting assistenziale alternativo al ricovero, come ad esempio il day – service e comunque, preferibilmente, sul territorio e non già in ambito ospedaliero.

Inoltre, anche rispetto agli indicatori di volumi ed esito, monitorati dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali A.Ge.Na.S., riportati nel D.M. n. 70/2015, da un’attenta analisi è emerso che nella Regione Puglia il rispetto degli standard in questione viene prevalentemente garantito dagli Ospedali che negli anni hanno prodotto volumi significativi, di medio – grandi dimensioni.

Per quanto attiene, invece, la rete del percorso nascita, in attuazione dell’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010. “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”, la Regione Puglia intende procedere alla chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all’anno, ad eccezione di quelli ritenuti anche territorialmente strategici, per i quali, la redistribuzione dei parti, dovrebbe consentire il raggiungimento di volumi ed esiti migliori, nonché alla razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000. I Punti nascita con numero <500 parti/anno, che si intende confermare, devono comunque possedere gli standard strutturali, organizzativi e di sicurezza del citato Accordo Stato – Regioni.

Pertanto, gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese, ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016 - 2017, possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- **Individuazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere**, ai fini della ridefinizione della rete ospedaliera dei letti per acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina;

- **Dimensionamento dell’offerta ospedaliera** con riqualificazione dei processi assistenziali;

- **Ridefinizione del numero di posti letto ospedalieri per acuti**, al fine del raggiungimento dei parametri individuati dal citato D.M. in materia di standard di posti letto e conseguente ridefinizione della rete e dell’offerta di servizi ospedalieri con effetti

sul governo della dinamica dei costi operata attraverso una razionalizzazione delle strutture operative semplici e complesse;

– **Aumento del numero di posti letto ospedalieri per post-acuti** per l'adeguamento agli standard nazionali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche e la presa in carico globale;

– **Connotazione in modo specifico di ogni presidio della rete ospedaliera** per livelli di complessità crescente, avuto riguardo del contesto territoriale e della necessità di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche;

– **Efficientamento della rete di emergenza-urgenza** secondo livelli di diversa complessità assistenziale, delle terapie intensive e completamento del processo di messa in sicurezza dei punti nascita, secondo i livelli e gli standard di sicurezza stabiliti dagli indirizzi di programmazione regionali e nazionali;

– **Sviluppo e riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere avvalendosi del modello hub and spoke**, attraverso il collegamento tra un centro di riferimento e più centri periferici per attività che, in base alla loro complessità, vengono distribuite tra le varie sedi garantendo l'omogeneità dei modelli. Il modello delle reti cliniche dovrà essere sviluppato in tutti i settori, da quelli di più alta complessità a quelli che rappresentano priorità per la politica sociosanitaria regionale. È importante che le reti cliniche vengano sviluppate in ciascun settore con il coinvolgimento di tutte le discipline interessate e con una gestione del patrimonio informativo aziendale coerente tra i vari attori. In quest'ottica, l'ospedale costituisce una parte della rete, da un lato rispondendo ai bisogni specifici della collettività, dall'altro integrando le proprie funzioni con quelle che derivano dalla programmazione dell'offerta territoriale. Occorre far evolvere il sistema sanitario in una logica di "rete", rimodulando i servizi sanitari e socio-sanitari verso una maggiore razionalizzazione e innovazione organizzativa, oggi resa possibile e necessaria anche grazie ai progressi dell'ICT e della telemedicina. Questo è ancora più significativo per quelle aree che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, presentano elementi di criticità dovendo assicurare la risposta alle urgenze, tenuto conto anche dei tempi di percorrenza verso gli ospedali di riferimento;

– **Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura**, prevedendo anche che alcune specialità

cliniche possano essere gestite con una unica struttura organizzativa, in funzione anche di una integrazione dei servizi ospedalieri; si tratta di un ospedale centrato sul paziente; l'intensità di cura è un concetto che coinvolge, a seconda delle diverse declinazioni, la maggiore o minore stabilità clinica del paziente e il livello di complessità assistenziale. L'obiettivo è prioritariamente rivolto ai benefici che il paziente e i suoi familiari trarranno dal nuovo impianto in termini di appropriatezza della presa in carico, di sicurezza delle prestazioni, attraverso la ricomposizione attorno ai bisogni dell'individuo assistito dei contributi delle varie parti del sistema. Tra gli effetti attesi dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura c'è che lo specifico percorso sanitario scelto per i pazienti sia quello che massimizza i vantaggi sanitari a parità di risorse impiegate per realizzarlo.

– **Riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali** per l'integrazione con l'ospedale per una diversa allocazione delle risorse ridefinendo nel contempo forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio). La programmazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale obbliga a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni in grado di coniugare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari con la qualità e la sicurezza degli utenti e degli operatori; è su questi obiettivi che si dovranno concentrare i necessari investimenti, nella consapevolezza che il riassetto della rete ospedaliera non può consistere soltanto nel trasferimento di servizi al territorio, ma deve privilegiare dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione delle competenze e la ricerca costante di qualità e di adeguati volumi di attività per garantirne il mantenimento;

– **Parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali**, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema, sotto gli aspetti strutturali, organizzativi e di empowerment, da implementare nell'arco dei prossimi tre anni.

L'integrazione ospedale territorio rappresenta un obiettivo strategico di tutte le aziende sanitarie. Al territorio viene chiesto di integrarsi con l'ospedale da un lato in termini di maggiore appropriatezza dell'accesso ai servizi ospedalieri, dall'altro nella presa in carico efficace dei pazienti dimessi. All'ospedale viene contemporaneamente chiesto di ripensare la propria organizzazione e modalità di gestione alla luce delle nuove innovazioni gestionali come ad esempio l'intensità di cura.

Alla luce di quanto sopra esposto e rispetto allo standard nazionale, di cui al D.M. n. 70/2015, che prevede all'art. 1, comma 2 del relativo Regolamento allegato, una programmazione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (inteso quale limite massimo), è stata elaborata la riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese, anche in attuazione del Piano Operativo, condividendola con i Ministeri affiancanti e il Tavolo tecnico ministeriale:

a) con l'obiettivo di adeguare l'offerta ospedaliera regionale agli standard fissati dal D.M. n.70/2015, 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;

b) sulla base di 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;

c) prendendo atto del profilo epidemiologico dei territori, descritto dettagliatamente nella relazione predisposta dall'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S. Puglia) nonché della conformazione orografica del territorio pugliese, che impone una distribuzione dell'offerta sanitaria, in alcuni casi più capillare;

d) sulla base delle misure e delle stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti prodotte dal Programma Nazionale Esiti di A.Ge.Na.S., ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della L. 135/2012 e delle elaborazioni di A.Re.S. Puglia;

e) riqualificando la rete ospedaliera pugliese, adattandola ai predetti standard ministeriali, attraverso una riorganizzazione dell'offerta sanitaria, e quindi modificando, in parte, la vocazione assistenziale di alcuni ospedali;

f) ridefinendo una corretta articolazione della rete di Emergenza-urgenza, sulla base della nuova riorganizzazione della rete ospedaliera, al fine di garantire anche una adeguata assistenza nelle aree di cerniera tra province;

g) definendo le reti tempo – dipendenti e le reti per patologia, come da D.M. n. 70/2015, a seguito di approvazione definitiva della rete ospedaliera, comprensiva delle strutture pubbliche e private accreditate, secondo il modello ministeriale.

Atteso che:

a) nel verbale del 26/07/2016 della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, rispetto alla proposta di riordino della Rete Ospedaliera e della Rete Emergenza – urgenza, acquisite al protocollo ministeriale con prot. LEA 25_16 del 1.06.2016, si afferma il seguente parere: *“ESITO: Favorevole. I provvedimenti emanati sono ritenuti coerenti con gli standard del DM 70/2015 ma andranno integrati, dalla Regione Puglia, secondo le indicazioni sopra riportate. Si chiede alla regione di completare la chiusura dei PPI entro il termine di 18 mesi. Il provvedimento con le integrazioni richieste potrà essere inoltrato, per il completamento dell’iter, al Tavolo adempimenti e al Comitato LEA”*;

b) con nota prot. n. DGPROGS 27091 – P del 21/09/2016 il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha ribadito quanto già espresso nel predetto verbale del 26/07/2016 in merito al parere del Tavolo per il monitoraggio dell’attuazione del D.M. n. 70/2015;

c) nel verbale delle riunioni 24 novembre 2016 e del 21 dicembre 2016, relativo alla riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza si afferma quanto segue:

- *“Con nota (prot. 73 del 5/12/2016) la Regione Puglia trasmette la DGR n. 1933 del 30/11/2016 avente ad oggetto “DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014”.*

Con tale DGR la Regione approva, inoltre, la Rete di Emergenza Urgenza, nelle sue connotazioni ospedaliera e territoriale, comprensiva del Protocollo Operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN).

Al riguardo si rileva che in ottemperanza alle richieste formulate, la Regione ha inviato un cronoprogramma dettagliato degli interventi da mettere in atto entro la fine del 2018 al fine di riportare le discipline entro gli standard richiesti e ha dichiarato che i disallineamenti evidenziati in occasione della riunione del 22 giugno 2016 troveranno risoluzione nel corso del triennio 2017 - 2019.

Inoltre si osserva che con la citata deliberazione viene modificato l'impianto dell'offerta ospedaliera incrementando la dotazione di posti letto per acuti e post acuti, che passa da 13.000 pl a 13.150 pl, valore che è comunque al di sotto del limite massimo di riferimento, calcolato come da indicazioni riportate all'articolo 1, comma 3, del DM n. 70/2015 (posti letto standard per popolazione pesata pari, corretti per mobilità, pari a 14.516).

Tavolo e Comitato valutano positivamente, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 541, lettera c), della legge 208/2015, la delibera n. 1933/2016 con le seguenti indicazioni:

- *rinviano al Tavolo del DM 70 il monitoraggio dei bacini di utenza delle discipline con particolare riferimento a quelle che presentano ancora alcuni disallineamenti rispetto ai parametri riportati dal DM n. 70/2015;*
- *siano rese note le motivazioni che hanno portato all'incremento dei posti letto e le strutture dove gli stessi troveranno collocazione;*
- *si proceda con la predisposizione di un documento unico e organico che riporti l'intera rete assistenziale".*

Per quanto riguarda le predette richieste ministeriali, si precisa quanto segue:

1. Discipline che presentano ancora alcuni disallineamenti rispetto ai parametri riportati dal DM n. 70/2015.

Il quadro epidemiologico della Regione Puglia evidenzia che, a fronte di indicatori regionali di salute complessivamente in linea con i valori nazionali, si registrano specifiche criticità che richiedono di intervenire sul modello di offerta per il potenziamento di alcune aree assistenziali: in particolare si osserva a livello regionale un'elevata prevalenza di malattie croniche, in particolare diabete, BPCO e scompenso cardiaco; alcune aree territoriali sono caratterizzate da elevata mortalità e incidenza di alcune forme tumorali (apparato respiratorio e genito-urinario nell'area jonico-salentina; fegato nell'area della provincia BAT e del nord barese; neoplasie

emolinfopoietiche nel foggiano e nel barese) e di alcune patologie (cardiovascolari nella provincia di Foggia e nell'area di Taranto; respiratorie nel Salento; epatiche nella BAT e nel nord barese). Si registra una mortalità elevata in tutte le province pugliesi per malattie endocrine e del metabolismo.

La Banca Dati Assistiti della Regione Puglia, costruita da A.Re.S. Puglia in collaborazione con il Dipartimento "Promozione della Salute, benessere sociale e sport per tutti", incrociando i dati provenienti dai flussi sanitari, registra un numero di soggetti con cronicità in aumento, legato ai fattori demografici, in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione pugliese determina un sempre maggiore fabbisogno di salute nell'area delle cronicità, cui è necessario dare risposta adeguata in termini di organizzazione di offerta sanitaria appropriata.

Altri limitati casi di discipline presenti in numero superiore al limite massimo previsto per il bacino di utenza sono ritenuti fisiologici rispetto alla conformazione geografica della Regione, distribuita su un territorio lungo oltre 400 km e largo non oltre 80 km, che richiede l'allestimento di reti pluricentriche rispetto a territori con più omogenea equidistanza tra centro e periferia.

Alla luce di quanto sopra descritto, peraltro, si procederà, in fase di preintese con le strutture private accreditate, ad avviare percorsi di rivisitazione dell'offerta sanitaria attualmente garantita dalle citate strutture sanitarie, per ricondurla tendenzialmente agli standard D.M. n. 70/2015.

Quindi, atteso che la rimodulazione della rete ospedaliera relativa al privato accreditato non comporta incremento dei tetti di spesa, la dotazione di discipline e posti letto sarà oggetto di preintesa, approvata con provvedimento di Giunta Regionale, dopo apposita istruttoria espletata, anche sulla base di quanto previsto al punto 2.5 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard e dagli emanandi decreti ministeriali in tema di ospedali monospecialità e di equiparazione di struttura complessa pubblica con punto di erogazione privato, dal Dipartimento "Promozione della salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti" di concerto con l'Agenzia Regionale Sanitaria.

2. Incremento dei posti letto attuato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016.

Con la citata deliberazione il numero dei posti letto complessivi della Regione Puglia è passato da n. 13.000 a n. 13.150. Gli incrementi più significativi hanno riguardato:

a) l'Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari, in coerenza con il Protocollo d'intesa;

- b) l'Ospedale di Grottaglie: sono stati aggiunti n. 32 posti letto di lungodegenza;
- c) Ospedale di Corato: sono stati aggiunti n. 20 posti letto di Ostetricia e Ginecologia e n. 8 posti letto di pediatria;
- d) Ospedale di Lucera: sono stati aggiunti n. 20 posti letto di lungodegenza e n. 8 posti letto di medicina generale;
- e) Ospedali di Triggiano, Terlizzi e Canosa: sono stati aggiunti rispettivamente n. 20 pl di lungodegenza;
- f) Ospedale di Barletta: sono stati aggiunti i posti letto di Gastroenterologia, neuropsichiatria infantile e unità coronarica.
- g) IRCCS Oncologico di Bari: posti letto di chirurgia toracica
- h) Ospedale di Ostuni: sono stati aggiunti n. 20 posti letto di lungodegenza;

Per quanto riguarda, invece, la ASL di Taranto, il quadro epidemiologico della provincia di cui trattasi ha evidenziato, diffuse criticità nel profilo di salute, in particolare concentrate nell'area della città di Taranto, in ordine all'incidenza e alla mortalità di tumori solidi e oncoematologici negli adulti e nei bambini; alla mortalità e all'ospedalizzazione per patologie cardiovascolari, respiratorie e dell'apparato urogenitale.

Sulla base di queste evidenze è stato previsto presso l'Ospedale "San Giuseppe Moscati" di Statte il Plesso oncologico dell'Ospedale di II Livello "SS. Annunziata" di Taranto oltre all'incremento di alcuni posti letto.

3. Predisposizione di un documento unico e organico che riporti l'intera rete assistenziale.

A seguito di conclusione delle preintese con le strutture private accreditate nonché del procedimento di valutazione ministeriale sulla proposta di riordino, verrà predisposto un testo coordinato del Regolamento della rete ospedaliera, che tenga conto anche dei precedenti provvedimenti in materia.

A seguito dei pareri ministeriali e preso atto:

- a. delle risultanze della III Commissione consiliare nonché degli emendamenti discussi e ritenuti "accoglibili" negli incontri del 19 e 20 e del settembre 2016, del 7 dicembre 2016 e del 18 gennaio 2017;

- b. delle richieste pervenute dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. n. 70/2015, con particolare riferimento alle discipline eccedenti nella Regione Puglia (Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Cardiologia, Pneumologia, ecc.);
- c. della definizione della riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Puglia, condivisa con il Tavolo ministeriale per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. n. 70/2015;
- d. del protocollo operativo elaborato dal Comitato Punti Nascita Regionale, dai Direttori dei tre Centri HUB con TIN e dai Direttori delle centrali operative 118, approvato all'unanimità in data 12/10/2016;
- e. della proposta di Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia e le Aziende Ospedaliere Universitarie Policlinico di Bari e "OO.RR." di Foggia, acquisita al prot. 71/A del 5/12/2016 della piattaforma Siveas, i cui allegati relativi alla distribuzione delle discipline e dei posti letto vengono interamente recepiti nella assegnazione dei posti letto nel presente Regolamento;
- f. della necessità di rimandare alle preintese la riorganizzazione dell'offerta sanitaria delle strutture private accreditate, confermando quindi i posti letto del Regolamento regionale n. 14/2015 ad eccezione della CDC "Città di Lecce", che come evidenziato dalla stessa struttura riportava un errore materiale già nel predetto R.R.;
- g. della correzione di alcuni errori materiali riferiti alla distribuzione dei posti letto
- h. del Parere AOGOI fornito ad AGENAS Puglia rif. Prot. 47/2016 avente ad oggetto *"DM n.70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 161/2016 n. 265/2016"*.

Si propone con il presente provvedimento di definire una dotazione di posti letto pari a n. 13.298, di cui n. 11.442 acuti, n. 1438 post acuti e 418 per lungodegenza, articolati secondo le tabelle allegate, nonché di:

- a. approvare il Regolamento Regionale: "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai Sensi del D.M. N. 70/2015 e delle Leggi Di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", cui all'Allegato A, composto da n. 41 (quarantuno) pagine, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
- b. di confermare, per quanto attiene le strutture private accreditate, il numero dei posti letto di cui al Regolamento regionale n. 14/2015, ad eccezione delle Case di Cura

private accreditate “Città di Lecce”, per la quale si corregge un errore materiale, già presente nel citato Regolamento regionale e segnalato dalla stessa struttura e “Villa Verde di Lecce” in ordine alla codifica di una parte dei posti letto ;

- c. di stabilire che, entro il mese di marzo 2017, si completino le preintese con le strutture private accreditate, in coerenza con i criteri definiti dal D.M. n. 70/2015;
- d. di confermare, revocando la deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014, la nuova Rete Emergenza – Urgenza, comprensiva anche del protocollo operativo per il trasporto Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN), attuativo della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, già approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016 ;
- e. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero Universitarie, nonché i legali rappresentanti delle strutture private accreditate (Enti ecclesiastici e Case di cura) garantiscano entro il 30/06/2017 l’attivazione del trasporto STAM e STEN, secondo le modalità indicate nel protocollo operativo, di cui alla D.G.R. n. 1933/2016,
- f. di stabilire che la permanenza dei Punti nascita è assicurata:
 - dal rispetto dei requisiti strutturali, organizzativi e di sicurezza, stabiliti dall’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010. “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”;
 - dal raggiungimento del numero di 1000 parti/anno o comunque in numero superiore a 500 parti/anno;
 - dalla presenza nell’Ospedale della Terapia Intensiva.
- g. di stabilire la ridefinizione, a seguito di approvazione Regolamento di riordino della rete ospedaliera di cui al primo punto, con successivi provvedimenti di Giunta regionale, della rete di Emergenza-urgenza, al fine di garantire anche una adeguata assistenza nelle aree di cerniera tra province, in ottemperanza a quanto stabilito dal D.M. n. 70/2015.

- h. di stabilire la definizione, a seguito di a seguito di approvazione del Regolamento di riordino della rete ospedaliera di cui al primo punto, delle reti per patologia previste dal D.M. n. 70/2015 che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;
- i. di confermare quanto stabilito con il Regolamento regionale n. 14/2015 in merito alla Rete assistenza territoriale, in particolare per quanto attiene i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), prevedendo un successivo modello organizzativo e di servizio delle citate strutture che rappresenteranno il cardine dell'assistenza territoriali al pari del ruolo dell'ospedale per l'attività di ricovero;
- j. di stabilire che, rispetto ai i nodi individuati nel presente Regolamento delle reti tempo - dipendenti, troveranno ulteriori indicazioni di dettaglio nei successivi provvedimenti attuativi, in coerenza al protocollo ministeriale predisposto Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI) del Ministero della Salute;
- k. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero debba avvenire nei termini previsti dal D.M. n. 70/2015 e comunque entro il 2017 nella misura del 70% di quanto previsto e per il restante 30% entro il 2018 compatibilmente con gli adeguamenti anche strutturali delle strutture ospitanti i nuovi reparti e quindi a conclusione delle procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, sempre nel pieno rispetto della tempificazione indicata nel Piano Operativo 2016-2018;
- l. di sottoporre a monitoraggio trimestrale l'attuazione del presente regolamento di riordino ospedaliero anche in termini di volumi ed esiti con il supporto di A.Re.S. Puglia, con particolare riferimento alle discipline eccedenti;
- m. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero deve trovare obbligatoria compatibilità e limite nelle disposizioni di cui alla L.208/2015, Art.1, C.524 e s.m.i;
- n. di rimandare, a seguito di completamento delle preintese con le strutture private accreditate, la predisposizione di un testo coordinato, che contenga anche le disposizioni dei precedenti regolamenti di riordino della rete ospedaliera nonché le eventuali indicazioni ministeriali.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L. R. N. 28/01 E S.M. E I.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il Regolamento Regionale: “Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai Sensi Del D.M. N. 70/2015 e delle Leggi Di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, cui all’Allegato A, composto da n. 41 (quarantuno) pagine, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di stabilire che il Presidente della Giunta regionale, ai sensi dello Statuto della Regione Puglia, emani il Regolamento regionale così come innanzi deliberato e così come riportato nell’allegato A che, composto di n. 41 (quarantuno) fogli, diviene parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di confermare, per quanto attiene le strutture private accreditate, il numero dei posti letto di cui al Regolamento regionale n. 14/2015, ad eccezione delle Case di Cura private accreditate “Città di Lecce”, per la quale si corregge un errore materiale, già presente nel citato Regolamento regionale e segnalato dalla stessa struttura e “Villa Verde di Lecce” in ordine alla codifica di una parte dei posti letto ;
4. di stabilire che, entro il mese di marzo 2017, si completino le preintese con le strutture private accreditate, in coerenza con i criteri definiti dal D.M. n. 70/2015;
5. di confermare, revocando la deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014, la nuova Rete Emergenza – Urgenza, comprensiva anche del protocollo operativo per il trasporto Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN), attuativo della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, già approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016;

- 6.** di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, nonché i legali rappresentanti delle strutture private accreditate (Enti ecclesiastici e Case di cura) garantiscano entro il 30/06/2017 l'attivazione del trasporto STAM e STEN, secondo le modalità indicate nel protocollo operativo, di cui alla D.G.R. n. 1933/2016,
- 7.** di stabilire che la permanenza dei Punti nascita è assicurata:
 - a) dal rispetto dei requisiti strutturali, organizzativi e di sicurezza, stabiliti dall'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16/12/2010. "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";
 - b) dal raggiungimento del numero di 1000 parti/anno o comunque in numero superiore a 500 parti/anno;
 - c) dalla presenza nell'Ospedale della Terapia Intensiva.
- 8.** di stabilire la ridefinizione, a seguito di approvazione Regolamento di riordino della rete ospedaliera di cui al punto 1, con successivi provvedimenti di Giunta regionale, della rete di Emergenza-urgenza, al fine di garantire anche una adeguata assistenza nelle aree di cerniera tra province, in ottemperanza a quanto stabilito dal D.M. n. 70/2015;
- 9.** di stabilire la definizione, a seguito di a seguito di approvazione del Regolamento di riordino della rete ospedaliera di cui al punto 1, delle reti per patologia previste dal D.M. n. 70/2015 che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;
- 10.** di confermare quanto stabilito con il Regolamento regionale n. 14/2015 in merito alla Rete assistenza territoriale, in particolare per quanto attiene i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), prevedendo un successivo modello organizzativo e di servizio delle citate strutture che rappresenteranno il cardine dell'assistenza territoriali al pari del ruolo dell'ospedale per l'attività di ricovero;
- 11.** di stabilire che, rispetto ai i nodi individuati nel presente Regolamento delle reti tempo - dipendenti, troveranno ulteriori indicazioni di dettaglio nei successivi provvedimenti attuativi, in coerenza al protocollo ministeriale predisposto Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI) del Ministero della Salute;

12. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero debba avvenire nei termini previsti dal D.M. n. 70/2015 e comunque entro il 2017 nella misura del 70% di quanto previsto e per il restante 30% entro il 2018 compatibilmente con gli adeguamenti anche strutturali delle strutture ospitanti i nuovi reparti e quindi a conclusione delle procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, sempre nel pieno rispetto della tempificazione indicata nel Piano Operativo 2016-2018;
13. di sottoporre a monitoraggio trimestrale l'attuazione del presente regolamento di riordino ospedaliero anche in termini di volumi ed esiti con il supporto di A.Re.S. Puglia, con particolare riferimento alle discipline eccedenti;
14. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero deve trovare obbligatoria compatibilità e limite nelle disposizioni di cui alla L.208/2015, Art.1, C.524 e s.m.i;
15. di rimandare, a seguito di completamento delle preintese con le strutture private accreditate, la predisposizione di un testo coordinato, che contenga anche le disposizioni dei precedenti regolamenti di riordino della rete ospedaliera nonché le eventuali indicazioni ministeriali;
16. di confermare quant'altro stabilito con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016, n. 265/2016 e n. 1933/2016;
17. di trasmettere il presente atto per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" al Tavolo di verifica del Piano Operativo – Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze;
18. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta," alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni di categoria dell'ospedalità privata;
19. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
20. di stabilire la pubblicazione sul B.U.R.P.

IL Segretario della Giunta

IL Presidente della Giunta

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dal Servizio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**

**REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto da

n. 41 (quarantuno) fogli

(escluso il presente)

**Il Dirigente del Sezione
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)**

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

MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL R.R. N. 14/2015”

ALLEGATO A

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 della legge di Stabilità 2016 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i. nonché del Programma 14.1 del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1403 del 4 luglio 2014 *“Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012”*.
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 così come riportato nelle tabelle allegate ‘Tabella A’, ‘Tabella B’, ‘Tabella C_bis’ e ‘Tabella C_ter’;
 - 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 e sarà oggetto di apposita preintesa, approvata con provvedimento di Giunta Regionale, dopo apposita istruttoria espletata, anche sulla base di quanto previsto al punto 2.5 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard e dagli emanandi decreti ministeriali in tema di ospedali monospecialità e di equiparazione di struttura complessa pubblica con punto di erogazione privato, dal Dipartimento "Promozione della salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti" di concerto con l'Agenzia Regionale Sanitaria.
5. 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.
6. La configurazione della presente rete ospedaliera si attesta a complessivi 13.298 posti letto, di cui 11.442 per acuti, 1.438 per riabilitazione e 418 per lungodegenti.
7. La configurazione dell'offerta sanitaria delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia tiene conto delle proposte dei relativi Protocolli di Intesa Università-Regione, che dovranno rispettare requisiti di cui al DM 70/2015 nonché della sostenibilità economica delle previsioni.
8. L'allineamento della dotazione dei posti letto si determina progressivamente nel corso del triennio 2016-2018, anche attraverso rimodulazioni annuali da effettuarsi sulla base dei criteri di cui al successivo art. 3 del presente regolamento.

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
 - i. AOU Ospedali Riuniti - Foggia
 - ii. AOU Policlinico Consorziale – Bari con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII
 - iii. Ospedale Ss.ma Annunziata - Taranto (ASL Taranto) con il plesso oncologico Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e con il plesso ospedaliero di Grottaglie

- iv. Ospedale Antonio Perrino – Brindisi (ASL Brindisi), con il plesso riabilitativo di Ceglie Messapica
 - v. Ospedale Vito Fazzi – Lecce (ASL Lecce) con il plesso riabilitativo Ospedale Antonio Galateo di San Cesario di Lecce
- b. 17 Ospedali di Primo Livello
- i. Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (Ente Ecclesiastico)
 - ii. Ospedale Teresa Masselli Mascia – San Severo (ASL Foggia)
 - iii. Ospedale Giuseppe Tatarella – Cerignola (ASL Foggia)
 - iv. Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli – Barletta (ASL BT)
 - v. Ospedale Lorenzo Bonomo – Andria (ASL BT)
 - vi. Ospedale San Paolo – Bari (ASL Bari)
 - vii. Ospedale Di Venere – Bari (ASL Bari)
 - viii. Ospedale della Murgia – Altamura (ASL Bari)
 - ix. Ospedale Umberto I – Corato (ASL Bari)
 - x. CdC CBH Mater Dei Hospital – Bari
 - xi. Ospedale Generale Miulli – Acquaviva delle Fonti (Ente Ecclesiastico)
 - xii. Ospedale Civile – Castellaneta (ASL Taranto)
 - xiii. Ospedale Valle d’Itria – Martina Franca (ASL Taranto)
 - xiv. Ospedale Dario Camberlingo – Francavilla Fontana (ASL Brindisi)
 - xv. Ospedale Sacro Cuore – Gallipoli (ASL Lecce)
 - xvi. Ospedale Veris Delli Ponti – Scorrano (ASL Lecce)
 - xvii. Ospedale Card. Giovanni Panico – Tricase (Ente Ecclesiastico)
- c. 10 Ospedali di Base
- i. Ospedale San Camillo de’ Lellis – Manfredonia (ASL Foggia)
 - ii. Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie (ASL BT)
 - iii. Ospedale don Tonino Bello – Molfetta (ASL Bari)
 - iv. Ospedale San Giacomo – Monopoli (ASL Bari)
 - v. Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (ASL Bari)
 - vi. Ospedale Marianna Giannuzzi – Manduria (ASL Taranto)
 - vii. Ospedale Civile – Ostuni (ASL Brindisi)
 - viii. Ospedale San Giuseppe – Copertino (ASL Lecce)
 - ix. Ospedale Santa Caterina Novella – Galatina (ASL Lecce)
 - x. Ospedale Francesco Ferrari – Casarano (ASL Lecce)
- d. 1 Ospedale di Area Particolarmente Disagiata
- i. Ospedale Francesco Lastaria – Lucera, collegato funzionalmente all’Ospedale Teresa Masselli Mascia di San Severo.

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
 - i. IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge
 - ii. IRCCS Eugenio Medea – Brindisi
 - c. 24 Case di Cura private accreditate
 - i. CRRR Villa Serena e San Francesco – Foggia
 - ii. CdC Santa Maria Bambina – Foggia
 - iii. CdC Professor Brodetti – Foggia
 - iv. CdC Leonardo De Luca - Castelnuovo Daunia
 - v. CdC Congregazione Divina Provvidenza – Bisceglie
 - vi. CdC Santa Maria – Bari
 - vii. CdC Anthea Hospital – Bari
 - viii. CdC Monte Imperatore – Noci
 - ix. CdC Medicol Villa Lucia – Conversano
 - x. CdC Villa Verde – Taranto
 - xi. CdC Bernardini – Taranto
 - xii. CdC San Camillo – Taranto
 - xiii. Centro Medico Riabilitazione Maugeri – Ginosa
 - xiv. CdC Villa Bianca - Martina Franca
 - xv. CdC Cittadella della Carità – Taranto
 - xvi. CdC D'Amore Hospital – Taranto
 - xvii. CdC Santa Rita – Taranto
 - xviii. CdC Salus – Brindisi
 - xix. CdC Città di Lecce Hospital – Lecce
 - xx. CdC Prof. Petrucciani – Lecce
 - xxi. CdC Euroitalia – Casarano
 - xxii. CdC San Francesco – Galatina
 - xxiii. CdC Villa Verde – Lecce
 - xxiv. CdC Villa Bianca – Lecce
3. 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 del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'Ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto comportandone la riconversione, insieme al plesso dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e al plesso ospedaliero di Grottaglie;
 - d. 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;
 - e. 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;
 - f. 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;
 - g. realizzazione dell'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;
4. La programmazione di medio periodo (2017-2025), come schematizzato nell'allegata 'Tabella C_quater', prevede un passaggio:
- a. da uno schema con 5 ospedali di secondo livello, 17 ospedali di primo livello e 10 ospedali di base
 - b. a uno schema a tendere con 6 ospedali di secondo livello, 16 ospedali di primo livello e 8 ospedali di base

Art. 3

Applicazione degli standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera di cui all'art. 3 RR 14/2015

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 31/12/2017. 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 (31/12/2017) 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 i motivi di cui ai precedenti punti 4 e 5 del presente articolo e per le soluzioni di cui al precedente punto 6 del presente articolo la rete ospedaliera programmata registra un numero di strutture complesse di ricovero (pubbliche e private assimilate) pari a **546** unità, ben ricomprese all'interno della forbice tra numero minimo (314) e numero massimo (619) di strutture previste per la popolazione regionale (vedi allegata 'Tabella C_ter'). Per le differenze in eccedenza più vistose si dispone:
 - a. Cardiologia (7 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 27): trasformazione in servizio di cardiologia senza posti letto entro il 31/12/2018 se insistenti in ospedali - pubblici e privati accreditati - non dotati di Unità Coronarica;
 - b. Neurochirurgia (6 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 7): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i

- punti di erogazione con codice 30 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018;
- c. Nefrologia (5 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 7): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i punti di erogazione con codice 29 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018;
 - d. Pneumologia (9 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 10): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i punti di erogazione con codice 68 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018.
8. Gli altri limitati casi di discipline presenti in numero superiore al limite massimo previsto per il bacino di utenza sono ritenuti fisiologici rispetto alla conformazione geografica della Regione, distribuita su un territorio lungo oltre 400 km e largo non oltre 80 km, che richiede l'allestimento di reti pluricentriche rispetto a territori con più omogenea equidistanza tra centro e periferia. Per le discipline ritenute fisiologiche verrà effettuato un monitoraggio specifico in termini di volumi ed esiti.
 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. 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 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 dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Puglia (A.Re.S. 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 A.Re.S. 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. Eventuali rimodulazioni della rete ospedaliera, nonché eventuali conseguenti rimodulazioni della rete di emergenza-urgenza, ivi compresa la stipula di protocolli interaziendali per le aree di confine, e delle reti territoriali, condotte in applicazione delle disposizioni contenute nel presente Regolamento, saranno effettuate con provvedimenti di Giunta Regionale.
14. Per i seguenti stabilimenti ospedalieri si dispone la riconversione entro il 31/12/2017 in Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) secondo modello e criteri di cui al successivo Art. 8:
 - a. San Nicola Pellegrino - Trani
 - b. Umberto I - Fasano
 - c. Ninetto Melli – San Pietro Vernotico
 - d. San Camillo de' Lellis – Mesagne
15. Per i seguenti stabilimenti ospedalieri si dispone la riconversione entro il 30/06/2018 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 di Corato
 - 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)
16. 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. L'articolo 4 del Regolamento 14/2015 è così sostituito:

“1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del Regolamento di riordino dell'intera rete ospedaliera con provvedimento di Giunta regionale la Regione anche con il supporto di A.Re.S. Puglia, emana specifiche disposizioni per la definizione, ovvero l'adeguamento ai requisiti contenuti nel citato Regolamento del Ministero della Salute, delle seguenti 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, qualora non già definite:

- a. Rete delle emergenze cardiologiche (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
- b. Rete ictus (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
- c. Rete traumatologica (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
- d. Rete neonatologica e punti nascita
- e. Rete medicine specialistiche, in particolare
 - Rete ematologica
 - Rete dialitica
 - Rete gastroenterologica
 - Rete dermatologica
 - Rete reumatologica
 - Rete malattie neurodegenerative
- f. Rete oncologica, con particolare riferimento alle breast unit
- g. Rete pediatrica
- h. Rete terapia del dolore
- i. Rete malattie rare

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), nonché dai 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 dipartimentali 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 effettuano 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;
- iv. attività di consulenza trasfusionale.

Possono altresì, ove previsto dalla programmazione dipartimentale, esercitare le seguenti attività:

- v. Laboratorio di Immunoematologia;
- vi. Laboratorio emostasi (centri per la sorveglianza delle malattie tromboemboliche)
- vii. Aferesi terapeutica
- viii. Ambulatorio trasfusionale;
- ix. Visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)

Le Sezioni Trasfusionali devono garantire le succitate attività dalle ore 8 alle 20, con presenza medica e tecnica, e nelle ore notturne e festive con la pronta disponibilità.

Per quanto riguarda la validazione delle unità di sangue ed emocomponenti raccolte e la lavorazione del sangue intero le Sezioni Trasfusionali fanno riferimento al Servizio di Medicina Trasfusionale (SIMT) individuato dalla programmazione regionale.

- 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 secondo la programmazione annuale del Dipartimento in cui insistono;
- ii. gestione dei programmi di autotrasfusione;
- iii. distribuzione ed assegnazione del sangue ed emocomponenti;
- iv. attività di consulenza trasfusionale;
- v. aferesi terapeutica (Plasmaexchange, Plasmatrattamento con filtri colonna, Eritroexchange, LDL aferesi, Fototerapia Extra Corporea)

- vi. ambulatorio trasfusioni e infusioni
- 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

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
 - iii. laboratorio di Immunoematologia eritrocitaria, piastrinica e leucocitaria;
 - iv. laboratorio di emostasi e trombosi
 - v. laboratorio di citofluorimetria
 - vi. laboratorio tipizzazione HLA
 - vii. raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche
 - viii. produzione di emocomponenti per uso non trasfusionale
 - ix. prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue e dell'emostasi (centri per la sorveglianza delle malattie tromboemboliche)
 - x. Gestione della banca degli emocomponenti congelati (AOU Policlinico di Bari)
 - xi. Banca del sangue del cordone ombelicale (ove previsto dalla programmazione regionale)
2. 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.
3. La rete trasfusionale dovrà essere definita con provvedimento di Giunta regionale entro 60 giorni dalla emanazione del Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera pugliese (pubblica e privata accreditata), su proposta della Struttura Regionale di Coordinamento, privilegiando la concentrazione delle attività di lavorazione e produzione del sangue e degli emocomponenti su scala aziendale o, qualora possibile, sovraziendale (Area Vasta).

Art. 6

Programmazione degli investimenti ospedalieri

1. L'art. 12 del RR 14/2015 è così sostituito dal presente.

“1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 4 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, nonché per effetto del Reg. R. n. 18/2011 e n. 36/2012, come di seguito indicati:

 - a. Nuovo Ospedale del Sud-est barese, tra Monopoli e Fasano, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Monopoli e Fasano;
 - b. Nuovo Ospedale di Andria, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Andria, Canosa e Corato;
 - c. Nuovo Ospedale del Sud-salento, tra Maglie e Melpignano con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Scorrano e Galatina;
 - d. Nuovo Ospedale del Nord-barese, area adriatica, tra Bisceglie e Terlizzi con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Bisceglie, Trani, Molfetta, e Terlizzi;
2. Nella città di Taranto è prevista la realizzazione di n. 1 nuovo presidio ospedaliero di II livello, in sostituzione a regime dei seguenti stabilimenti ospedalieri facenti capo al presidio del Santissima Annunziata di Taranto:
 - a. San Marco di Grottaglie
 - b. Santissima Annunziata-Moscato di Taranto.
3. 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”;
 - b) in relazione alla maggiore dotazione finanziaria 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.”
4. 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

Riconversione dei Punti di Primo Intervento

1. Come definita dal Capitolo 9, paragrafo 9.1.5 dell'Allegato 1 al DM 70 del 2 aprile 2015, *“La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero [...]”*.
2. In adempimento al suddetto Capitolo 9, paragrafo 9.1.5 dell'Allegato 1 al DM 70 del 2 aprile 2015 e come richiamato dal citato verbale del 26/07/2016 della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, si dispone la riconversione dei Punti di Primo Intervento - preesistenti e di nuova costituzione - in postazione medicalizzata 118 entro il 31/12/2017 secondo il cronoprogramma di cui alla Tabella D_bis e in progressiva integrazione organizzativa con le postazioni programmate di tipo Mike, India e Automedica.

Art.8

Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza

1. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.
2. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera, nonché per effetto del presente regolamento, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.
3. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:
 - a. la massima efficienza erogativa (h24);
 - b. la migliore efficacia, attraverso la “messa in comune” delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
 - c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;

- d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.
4. Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del distretto socio-sanitario ed in numero di almeno uno per distretto socio-sanitario. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.
5. All'interno del PTA potranno pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:
- a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure con:
 - Centro Unico Prenotazioni
 - Accesso Unico Facilitato al Sistema (PUA e analoghi)
 - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
 - Raccordo con UVM distrettuale
 - b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale
 - c. Associazione complessiva della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale con:
 - Ambulatorio delle Cronicità
 - Cure domiciliari Integrate (CDI)
 - Assistenza Farmaceutica Territoriale
 - Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
 - Day service (medico e chirurgico)
 - Diagnostica Strumentale di Base e BioImaging
 - Centro Prelievi
 - Centro Dialisi Territoriale
 - d. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile con:
 - Consultorio Familiare
 - Centro Procreazione Medicalmente Assistita
 - Promozione della Salute e Prevenzione
 - Servizio Vaccinale
 - Servizi di Medicina Legale e Fiscale
 - Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
 - Servizi Medicina del Lavoro
 - e. Degenza Territoriale con:
 - Ospedale di Comunità
 - Hospice
 - Centro Risvegli
 - Residenzialità Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)
 - f. Salute Mentale con:
 - Centro Salute Mentale
 - Centro Diurno Psichiatrico
 - Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
 - Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
 - g. Dipendenze Patologiche con:
 - Ser.D.

- Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
- h. Riabilitazione con:
 - Centro Riabilitazione Ambulatoriale
 - Trattamenti Domiciliari
 - i. Emergenza Urgenza con:
 - Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
 - Postazione 118
 - j. Servizi Amministrativi con:
 - Scelta e revoca del medico di famiglia
 - Esenzioni ticket
 - Rimborsi
 - Ausili, Presidi e Protesi
 - Assistenza Integrativa Farmaceutica
6. La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.
 7. Al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale il funzionamento dei PTA e le modalità di accesso e di fruizione dei vari servizi presenti al suo interno da parte dell'utenza, è opportuno che l'A.Re.S. proceda ad effettuare gli studi e le sperimentazioni atte a definire un protocollo operativo da validarsi a livello regionale.
 8. Il progetto di offerta assistenziale che la rispettiva ASL si impegna a rendere disponibile in uno specifico PTA deve essere il risultato della massima coprogettazione con amministrazioni locali, parti sociali e società civile interessate dall'opera e deve essere adottato con provvedimento amministrativo della ASL conduttrice.
 9. Alla riconversione delle strutture ospedaliere in PTA ed all'adeguamento a PTA, laddove necessario, delle strutture territoriali esistenti si procede prioritariamente con le risorse del PO FSER 2014/2020 - Obiettivo Tematico IX.

Art. 9

Abrogazione articoli del Regolamento regionale n. 14/2015.

1. Con il presente Regolamento regionale sono abrogati l'art. 2.4 ; 2.10; 2.17, 2.18, 2.20 , l'art. 6 , del Regolamento regionale n. 14/2015.