

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 settembre 2019, n. 1726

Adozione del R. R.: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”. Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) ad oggetto: “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”.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile P.O.. della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” 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, che ha sancito l’intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente 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 Deliberazione di Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 158 avente ad oggetto “Accordo Conferenza Stato - Regioni del 16/10/2014 “Piano Nazionale per le Malattie Rare 2013-2016”- Recepimento Piano Programmatico 2013-2016 del Coordinamento Regionale Malattie Rare (CoReMaR) Puglia - Approvazione Linee Guida ed Istruzioni operative in materia di Assistenza ai pazienti affetti da Malattia rara- Approvazione”;
- 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 nonché la successiva Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di stabilità 2017) con cui sono state fornite 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”, con cui 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;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016 e ss.mm.ii. di approvazione della nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, in attuazione del D.M. n. 70/2015 nonché delle Leggi di stabilità 2016-2017;
- 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. 1741 del 22/11/2016 ad oggetto: "Accordo Stato - Regioni concernente la definizione di attività ed i requisiti basilari di funzionamento dei Centri Antiveleni (Rep. Atti n. 56/CSR del 28/02/2008). Individuazione Centro Antiveleni della Regione Puglia";
- 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, con cui 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 nonché di approvazione del Protocollo Operativo "Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)" e della "Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2161/2016 di individuazione del Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e Gestione della patologia materno - fetale" e di approvazione dei pacchetti di prestazioni;
- 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 23 febbraio 2017, n. 226 avente ad oggetto "Approvazione del percorso di definizione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le Malattie rare- Istituzione "Tavolo farmaco/PDPA per le Malattie Rare";
- 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);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 239 del 28/02/2017 di approvazione del "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 Regolamento regionale 10 marzo 2017, n. 7 ad oggetto: "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", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 32 del 14/03/2017;
- deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 - Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia";
- la deliberazione di Giunta regionale n.900 del 07/06/2017 avente ad oggetto "Regolamento regionale 10 marzo 2017, n. 7 di riordino della Rete ospedaliera pugliese, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modello organizzativo della Rete trasfusionale pugliese, in attuazione dell'art. 5 del R.R. n. 7 /2017";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1095 del 4/07/2017 relativa alla rimodulazione dei posti

letto delle case di cura private accreditate, sulla base delle pre-intese sottoscritte con i rispettivi Legali rappresentanti;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 53 del 23/01/2018 è stato approvato in via definitiva il Regolamento n. 3/2018, relativo alle pre- intese sottoscritte con le case di cura private accreditate e gli Enti ecclesiastici;
- l'Accordo Stato Regioni sul documento contenente le "Linee guida per la revisione delle reti cliniche- Le reti tempo dipendenti" (rep. Atti n. 14/CSR del 24/01/2018);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della Task- force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 712/2018 avente ad oggetto: Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i soggetti affetti da Talassemia. Istituzione della "Rete della talassemia e delle emoglobinopatie" della Regione Puglia;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 854 del 22/05/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Breast Unit network - Centri pugliesi di senologia: definizione dei criteri organizzativi di funzionamento e monitoraggio ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 18/12/2014 recante - Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia (Rep. Atti n. 185/CSR del 18/12/2014)";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1141 del 28/06/2018 con cui è stata ridefinita la distribuzione dei posti letto degli Ospedali di Copertino e Galatina;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 02/08/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1679 del 26/09/2018 avente ad oggetto: "Organizzazione della Rete Nefrologico- Dialitica e Trapiantologica Pugliese- ReNDiT - ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 05/08/2014 recante: "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica" (Rep. Atti n. 101/CSR del 05/08/2014). Modifica delle DD.GG.RR. n. 2019/2009 e n. 899/2010 ed integrazione della DGR n. 951/2013 - Tariffario Regionale";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1335 del 24/07/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Rete regionale dei Servizi di Anatomia patologica. Approvazione del documento relativo alla definizione delle attività dei servizi e degli ulteriori requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1603 del 13 settembre 2018 di definizione dei parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.;
- il parere del Ministero della Salute (prot. n. 0004228 - P dell'8/02/2019) sulla richiesta di deroga per i Punti Nascita degli Ospedali di: Galatina, Gallipoli e Scorrano;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 504 del 19/03/2019 avente ad oggetto: Istituzione della Rete ospedaliera della Regione Puglia "Terapia del dolore" - Individuazione delle prestazioni e relativo setting assistenziale. Individuazione Centri Regionali di Riferimento. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 414 dell'11 marzo 2015 per la parte relativa alla rete ospedaliera;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 674 del 9 aprile 2019 avente ad oggetto: "Trasferimento all'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia dell'Ospedale "F. Lastaria" di Lucera;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 675 del 9/04/2019 avente ad oggetto: "Approvazione Rete

regionale di Radiologia e Neuroradiologia Interventistica in attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 02/08/2018. Rettifica dell'allegato della D.G.R. n.1439/2018";

- il parere del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015 sul riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia (nota prot. DGPROGS 0011927- P del 18/04/2019);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 794 del 2/5/2019 avente ad oggetto: "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR). (Rep. atti n. 158/CSR), Istituzione del Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori Rari presso l'IRCCS oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 882 del 15/05/2019 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni n. 137 /CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza". Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 346 del 26/2/2019 avente ad oggetto: "Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 24/01/2018 (Rep. Atti n. 16/CSR) relativo ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere nonché ai criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie".
- la deliberazione di Giunta regionale n. 347 del 26/2/2019 avente ad oggetto: "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4 comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020". - Recepimento";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1195 del 3/07/2019 avente ad oggetto: "Approvazione provvedimento unico - Proposta di 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 delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n.53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero";
- l'Accordo Stato - Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: "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".

Premesso che:

1. **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, i Ministeri affiancanti esprimono 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";
2. **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;
3. **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 i Ministeri affiancanti affermano 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”.*

4. **Nel verbale del 29/03/2018 e nei successivi del 18/07/2018 e del 15 novembre 2018**, relativi alle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza rete ospedaliera, in riferimento alla rete ospedaliera pugliese, i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) ribadiscono l'esigenza di **prevedere la predisposizione di un documento unico e organico** che riporti l'intera rete assistenziale ospedaliera e dell'emergenza e di completarne l'attuazione. I citati Ministeri rilevano altresì la necessità di ricomprendere nel provvedimento unico di riordino ospedaliero la rete per la neonatologia e i punti nascita, oltre alle reti cliniche già definite o in corso di definizione (Breast Unit, Rete Nefrologica, Dialitica e Trapiantologica - ReNDiT, Rete materno infantile e STEN, Reti tempo dipendenti, Rete anatomia patologica).

5. **Nel verbale del 9 aprile 2019** 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 veniva riportato il parere del Tavolo di monitoraggio ex D.M. n. 70/2015 rispetto alla bozza di provvedimento unico di riordino della rete ospedaliera e trasmessa dal Dipartimento “Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti”, acquisita dai Ministeri affiancanti con prot. 19_19 del 04/03/2019 - prot LEA 10_19 del 08/03/19) *si rappresenta che: “Tavolo e Comitato, pertanto, acquisito il parere del Tavolo DM n. 70/2015 sotto riportato, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 208/2015, restano in attesa dell'adozione, con specifico atto deliberativo, del documento di programmazione regionale ex DM n. 70/2015, corredato dalla tabella C, entro e non oltre il 15 maggio 2019”.*

Il Tavolo di Monitoraggio ex D.M. n. 70/2015, ha espresso il seguente parere, rispetto al provvedimento unico trasmesso in bozza ai Ministeri affiancanti ed oggetto di approvazione con il presente provvedimento (nota prot. n. 0011927 - P del 18/04/2019:

“In esito alla valutazione istruttoria si chiede di adottare con specifico atto il documento di programmazione regionale, corredato dalla tabella C, entro e non oltre il prossimo 15 maggio 2019. Il provvedimento, dovrà recepire le indicazioni riportate nell’esito istruttorio, con particolare riferimento:

- alla definizione dei criteri di allineamento delle singole discipline (in termini di attività, volumi ed esiti) non aderenti ai parametri di configurazione degli ospedali ed ai criteri di dimensionamento per bacino di utenza previsti dal DM 70/2015;
- alla verifica dei nodi programmati per la rete dell'emergenza cardiologica, in riferimento alla rete;
- alla chiara definizione dei nodi della rete ictus.

L'atto di programmazione richiesto dovrà pertanto essere corredato da un cronoprogramma di:

- riconduzione degli eccessi di discipline entro gli standard fissati dal DM 70/2015 da attuarsi entro l'anno 2020;
- chiusura dei Punti Nascita di Scorrano e Bisceglie successivamente al parere espresso dal CPNn con relativo aggiornamento dell'offerta afferente alle discipline dell'area materno infantile; completamento della rete oncologica con chiara individuazione dei nodi di riferimento in base all'offerta programmata e ai volumi di attività.

Si ricorda che la Tabella C di cui alla circolare ministeriale del 19 febbraio 2016, contenente il dettaglio degli assetti attuali e programmati per tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate in termini di ruolo assegnato nell'ambito della rete dell'emergenza urgenza, posti letto e tipologie di strutture (SC e SS), dovrà essere approvata quale parte integrante del documento di programmazione della rete”.

Si riportano alcune delle tabelle di sintesi del parere espresso dal Tavolo tecnico ministeriale.

Dotazione di posti letto

Tabella e debito informativo	Indicatore	Sintesi
Tabella A - Sintesi della dotazione di posti letto	Completezza delle informazioni riportate nella tabella	Si
Tabella A - Sintesi della dotazione di posti letto	Rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015 per la dotazione programmata - Acuzie	Si
Tabella A - Sintesi della dotazione di posti letto	Rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015 per la dotazione programmata - postacuzie	Si
Tabella A - Sintesi della dotazione di posti letto	Rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015 per la dotazione programmata - Totale	Si
Tabella B - Posti letto di residenzialità territoriali	Completezza delle informazioni riportate nella tabella	Si
Tabella B - Posti letto di residenzialità territoriali	Inclusione dei posti letto di residenzialità territoriale considerati equivalenti a quelli ospedalieri nel calcolo degli standard di dotazione di posti letto per 1.000 abitanti previsti dal comma 2 dell'articolo 1 del D.M. 70/2015	Non sono presenti pi territoriali residenziali equivalenti con i pi ospedalieri.
Tabella B - Posti letto di residenzialità territoriali -	Attivazione degli ospedali di comunità	Sono presenti 23 Ospedali di Comunità.

Tabella o debito informativo	Indicatore	Sintesi
Tabella C - Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto	Completezza delle informazioni rispetto a tutte le strutture/stabilimenti rilevate attraverso il modello HSP11 e HPS11.bis	Si
Tabella C - Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto	Coerenza delle informazioni relative all'assetto attuale della rete ospedaliera rispetto ai modelli HSP11, HSP11bis, HSP12 e HSP13	Si
Tabella C - Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto	Rispetto degli standard delle strutture complesse per le strutture pubbliche e delle discipline per le strutture private accreditate risultanti dall'applicazione dei bacini di utenza per ciascuna disciplina	Si rilevano scostamenti rispetto agli standard per alcune discipline (es. Terapia Intensiva, Pneumologia, Neurochirurgia, Nefrologia, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale ecc.. Nella bozza di delibera e di Regolamento viene specificato che, in fase di verifica annuale dell'attività svolta, si procederà con il graduale allineamento rispetto ai bacini di utenza. Tale percorso sarà reso possibile anche a seguito della realizzazione dei nuovi ospedali di I livello che assorbiranno le discipline degli attuali Presidi di Base.

Tabella o debito informativo	Indicatore	Sintesi
Articolazione altre reti assistenziali - oncologia	Programmazione della definizione delle reti per patologia previste dal DM 70/2015	Il documento individua il modello di coordinamento regionale ed effettua l'analisi epidemiologica delle patologie oncologiche. E' necessario integrare il modello di rete con l'individuazione dei nodi della rete sulla base dell'offerta programmata e con specifico riferimento al PNE per i volumi di attività.
Articolazione altre reti assistenziali - percorso nascita	Rete dei punti nascita (ostetricia - pediatria/neonatologia) secondo quanto previsto dall'ASR 16.12.10 richiamato dal DM 70/2015	La rete Hub e Spoke è coerente con i dettagli dell'accordo stato regioni del 2010. Per quanto riguarda i PN si rimane in attesa degli atti di chiusura di Scorrano per il quale CPNn ha espresso parere negativo alla deroga e del PN di Bisceglie per il quale la Regione stessa si è impegnata alla chiusura essendo un PS e privo di disagio orografico; pertanto in quest'ultimo ospedale dovranno essere disattivate tutte le specialità afferenti al PN.
Articolazione altre reti per patologia	Programmazione della definizione delle reti per patologia previste dal DM 70/2015	Il documento riporta la programmazione della Rete Trasfusionale.

Sulla base delle predette indicazioni del Ministero della Salute e del monitoraggio del Tavolo D.M. n. 70/2015, la Regione Puglia ha adottato la deliberazione di Giunta regionale n. 1195 del 3/07/2019.

Per quanto attiene la Rete "Percorso nascita", il cui modello organizzativo è riportato nell'art. 7 e nella Tabella C_ter dell'allegato Regolamento regionale, si intende tener conto di:

- a) le indicazioni espressamente riportate nell'Accordo Stato - Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010;
- b) il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orografiche difficili (D.M. 11/11/2015), qualora si renda necessario richiedere la deroga per i Punti nascita che non rispondono agli standard ministeriali;
- c) l'Ospedale in cui insistono i Punti nascita, confermando anche i PN degli Ospedali di Base, nel caso in cui rispettino i requisiti di cui al predetto punto a) e gli standard ministeriali in termini di volumi ed esiti.

Rispetto a quanto previsto nella D.G.R. n. 1195/2019, il Ministero della Salute:

- a) con nota prot. DGPROGS 00197 - P del 18/04/2019 nell'allegata tabella "Articolazione delle reti tempodipendenti e di altre reti assistenziali", dichiarava:
"Per quanto riguarda i PN si rimane in attesa degli atti di chiusura di Scorrano per il quale il CPNn ha espresso parere negativo alla deroga e del PN di Bisceglie per il quale la Regione stesso si è impegnata alla chiusura essendo un PS e privo di disagio orografico; pertanto in quest'ultimo ospedale dovranno essere disattivate tutte le specialità offerenti al PN".
- b) con nota prot n. DGPROGS 0004228 - P del 08/02/2019 veniva trasmesso il parere sulla nuova richiesta da parte della Regione Puglia di deroga alla chiusura dei Punti nascita di:
 1. Scorrano e Gallipoli in quanto con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno;
 2. Galatina in quanto insistente in un Ospedale di Base, ma con volumi di attività superiori a 500 parti/anno e precisamente nell'anno 2018 pari a n. 793/anno.

Nella citata nota si affermava quanto segue: *"In relazione alla nuova richiesta di deroghe di cui all'oggetto, si rappresento che nella riunione del 18 dicembre 2018 il CPN nazionale ho preso visione della documentazione inviata dalla Regione Puglia. La valutazione effettuata, che riporta integralmente nell'allegata nota, ha esitato nell'espressione di parere positivo alla persistenza in deroga del PN di Gallipoli, condizionato alla riduzione entro valori prossimi a quelli nazionale dei Tagli cesarei nei successivi 24 mesi e di parere positivo alla deroga per Galatina, a condizione che venga chiuso il PN di Scorrano che dovrà essere dismesso entro 6 mesi dall'invio ufficiale del parere. Il parere positivo alla deroga per Galatina ha valenza 1 anno, al fine di monitorare la*

redistribuzione delle partorienti nel bacino di utenza del dismesso PN di Scorrano verso Galatina. Il CPNn ha espresso parere negativo alla deroga per il PN di Scorrano e inoltre, così come dichiarato, la Regione Puglia dovrà procedere alla chiusura del PN di Bisceglie.

Il CPNn si riserva la facoltà di confermare il parere positivo espresso se i dati di monitoraggio semestrale sui PN in deroga, trasmessi dalla Regione Puglia come previsto dal Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orografiche difficili (D.M. 11/11/2015) soddisferanno i requisiti previsti dall'Accordo del 16/12/2010";

3. rispetto alla tabella C, ex D.M. 70/2018, con nota prot. n. DGPROGS 0011927 - P del 18/04/2019 evidenziava, altresì: *"Relativamente al dimensionamento delle discipline si riscontrano scostamenti rispetto agli standard massimi del D.M. 70/2015 (es. Terapia intensiva, Pneumologia, Neurochirurgia, Nefrologia, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale, etc...) (...);*

4. rispetto all'articolazione della rete emergenza urgenza dichiarava (nota prot. n. DGPROGS 0011927 - P del 18/04/2019) altresì: *"Rispetto ai requisiti previsti per i presidi ospedalieri sede di Pronto soccorso. Si rilevano alcuni disallineamenti con i criteri previsti dal D.M. 70/2015).*

5. Rispetto alla Rete dei punti nascita (PN), (nota prot. n. DGPROGS 0011927 - P del 18/04/2019), il Ministero della Salute dichiarava altresì: *"La rete HUB e Spoke è coerente con i dettati dell'accordo stato regioni del 2010. Per quanto riguarda i PN si rimane in attesa degli atti di chiusura di Scorrano per il quale il CPNn ha espresso parere negativo alla deroga e del PN di Bisceglie per il quale la Regione stessa si è impegnata alla chiusura essendo un PS e privo di disagio orografico; pertanto in ques'ultimo ospedale dovranno essere disattivate tutte le specialità afferenti al PN.*

In riferimento al parere espresso dal Tavolo di Monitoraggio ex D.M. n. 70/2015, rispetto al provvedimento unico trasmesso in bozza ai Ministeri affiancanti ed oggetto di approvazione con il presente provvedimento (nota prot. n. 0011927 - P del 18/04/2019) ed in particolare:

(...)

"L'atto di programmazione richiesto dovrà pertanto essere corredato da un cronoprogramma di:

- riconduzione degli eccessi di discipline entro gli standard fissati dal DM 70/2015 da attuarsi entro l'anno 2020;*
- chiusura dei Punti Nascita di Scorrano e Bisceglie successivamente al parere espresso dal CPNn con relativo aggiornamento dell'offerta afferente alle discipline dell'area materno infantile; completamento della rete oncologica con chiara individuazione dei nodi di riferimento in base all'offerta programmata e ai volumi di attività."*

Considerato l'esito del Consiglio comunale monotematico della Città di Bisceglie, rispetto alla disattivazione del PN, con nota prot. n. 2499/SP del 9/7/2019, in analogia con quanto già fatto per il PN di Galatina, il Presidente della Giunta regionale ha chiesto al Dirigente della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute il mantenimento del PN di Bisceglie, in quanto già previsto dai vigenti Regolamenti regionali di riordino della rete ospedaliera n.7/2017 e n. 3/2018.

Il Ministero della Salute ha rappresentato la possibilità che il Punto nascita di Bisceglie possa rimanere attivo, avendo registrato nell'anno 2018 un numero di pari a n. 639/anno (fonte dati CEDAP).

A tal proposito si richiama il parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale, nota prot. n. 0004228 - P del 08/02/2019, secondo cui, a conclusione: *"Si sottolinea che il CPNn considera elemento irrinunciabile e prioritario la presenza di tutti gli Standard operativi, tecnologici e di sicurezza relativi al I Livello di assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica definiti dall'Accordo Stesso, relativamente alla presenza in guardia attiva h24 di anestesia, ostetrico, ginecologo, pediatra oltre a tutti i requisiti previsti ed in particolare i tempi di attivazione di sala operatoria per parti con TC urgente, i tempi di risposta per esami di laboratorio urgenti, gli esami radiologici e la disponibilità di emoderivati".*

Per quanto attiene altresì il Percorso nascita, con nota prot. n. 66/DN del 18/07/2019 il legale rappresentante della Casa di Cura "Salus" di Brindisi comunicava tra l'altro che *"il punto nascita di questa Casa di Cura Salus Srl cesserà la propria attività il 31/12/2019"*

(...).

In coerenza all'art. 44 comma 2 della L.R. 7/2004, come modificato dall'art. 3 della L.R. 44/2014, è stata trasmessa la deliberazione di Giunta regionale n. 1195/2018 al Presidente del Consiglio Regionale, per il tramite del Segretariato Generale della Giunta Regionale, per l'acquisizione, prima della definitiva approvazione del parere preventivo obbligatorio non vincolante.

Con decisione n. 115 del 31/07/2019 la III Commissione consiliare permanente, dopo ampia discussione, ha espresso *"parere favorevole"* alla deliberazione di Giunta regionale n. 1195/2019, con le osservazioni allegate alla predetta decisione, ai sensi dell'art. 44 del Regolamento interno del Consiglio regionale.

In riferimento alle osservazioni presentate dalla III Commissione si rappresenta, in via prioritaria, che:

- a) la deliberazione di Giunta regionale n. 1195/2019 si riferisce esclusivamente alla rete ospedaliera ex D.M. n. 70/2015 e, quindi, tutte le osservazioni riferite alla rete assistenziale "territoriale" (PTA, Ospedali di Comunità, Rete emergenza - urgenza 118) verranno prese debitamente in considerazione in fase di adozione del provvedimento unico regionale in materia;
- b) l'attribuzione delle strutture semplici e complesse può essere effettuata nei limiti di quanto espressamente previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1603 del 13 settembre 2018 avente ad oggetto: "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017". Il riconoscimento in particolare delle strutture complesse deve tener conto degli standard ministeriali (D.M. n. 70/2015) e delle discipline per le quali la Regione Puglia risulta eccedente, in quanto rientrano nel computo ministeriale per bacino di utenza;
- c) annualmente, in fase di monitoraggio, verrà valutata la coerenza della rete ospedaliera rispetto agli standard indicati dal DM 70/2015 (relativi a tasso di ospedalizzazione, indice di occupazione dei posti letto, degenza media, volumi degli interventi ed esiti delle cure) e al quadro epidemiologico, al fine di apportare i conseguenti adeguamenti;
- d) si conferma la classificazione degli Ospedali, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1195/2019, in attuazione del D.M. n. 70/2015, già condivisa con il Ministero della Salute;
- e) eventuali rimodulazioni dei posti letto autorizzati delle strutture private accreditate possono essere accolte purché coerenti comunque con il fabbisogno assistenziale;
- f) si adegua la rete ospedaliera rispetto anche ai provvedimenti di Giunta regionale già approvati per reti cliniche o patologie, tra cui, in particolare la rete nefrologica (deliberazione di Giunta regionale n. 1679 del 26/09/2018).

In riferimento al contenuto delle osservazioni proposte, numerate in ordine progressivo, come agli atti dell'Ufficio:

- **OSSERVAZIONE n.1:** Ospedale di Manfredonia: vengono accolte le richieste sulle UU.OO. di cardiologia e della struttura semplice dipartimentale di Lungodegenza;
- **OSSERVAZIONE n.2:** Classificazione dell'Ospedale di Manfredonia: si conferma quanto espresso nella predetta lettera d);
- **OSSERVAZIONE n.3:** Casa di Cura Petrucciani di Lecce: viene accolta la richiesta di trasformazione di n. 12 posti letto di ostetricia e ginecologia autorizzati in 12 posti letto di medicina generale;

- **OSSERVAZIONE n. 4:** Ospedale "Perrino" di Brindisi: viene accolta la richiesta di incremento dei posti letto della U.O. di Ortopedia e Traumatologia da n. 32 a n. 36;
- **OSSERVAZIONE n. 5:** Casa di Cura "Salus" di Brindisi: viene accolta la richiesta di rimodulazione e non l'incremento dei posti letto autorizzati e accreditati;
- **OSSERVAZIONE n. 6:** Ospedale di Manduria: si accoglie la proposta di prevedere nell'ambito della dotazione della U.C. di Medicina generale posti letto a supporto dell'assistenza nefrologica associata al servizio di emodialisi.

- **OSSERVAZIONE n.7:**
 - Ospedale di Andria; nell'ambito della U.O. di Chirurgia generale è già prevista la possibilità di svolgere attività di chirurgia plastica. Per quanto attiene, invece, l'individuazione delle strutture si rimanda alla predetta lettera b) delle premesse.
 - Ospedale di Barletta: viene accolta la richiesta di incremento di n. 10 posti letto della U.O. di Ematologia;
 - Ospedale di Bisceglie; viene ripristinata la U.O. di Ostetricia e Ginecologia. Per quanto attiene, invece, l'individuazione delle strutture si rimanda alla predetta lettera b) delle premesse
 - Ospedale di Monopoli: richiesta non accoglibile, in coerenza con la rete cardiologia delineata e alla programmazione regionale.
 - Ospedale di Manfredonia e emendamento all'art.2 : si conferma quanto espresso nella predetta lettera d);
 - Emendamento all'art.3: si rimanda al provvedimento unico dell'assistenza territoriale.
 - Emendamento all'art.6: viene accolta la richiesta.
 - Emendamento alla Tabella B "Ospedali di comunità": si rimanda al provvedimento unico dell'assistenza territoriale.
 - Emendamento alla Tabella C: rimanda alla predetta lettera b) delle premesse;
 - Emendamento alla Tabella C: non accoglibile in quanto le discipline previste e precisamente Lungodegenza e Riabilitazione, ex D.M. n. 70/2015, sono ospedaliere e non si configurano come Ospedale di Comunità.
- **OSSERVAZIONE n. 8:**
 - Punto 1: la tabella allegata al regolamento riviene da un modello ministeriale. Il Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e sport per tutti" provvederà a trasmettere quanto richiesto;
 - Punto 2: in fase di monitoraggio della rete ospedaliera verrà valutata la coerenza della produzione delle singole Unità Operative in termini di volumi ed esiti ed eventualmente l'incremento dei posti letto entro il limite massimo previsto dal D.M. n. 70/2015;
 - Punto 3: la richiesta viene accolta;
 - Punto 4: si rimanda all'art. 6 del Regolamento regionale;
 - Punto 5; si rimanda al provvedimento unico della rete territoriale;
 - Punto 6: si rimanda alla predetta lettera b) delle premesse.
 - Punti n.7 e 8: rispetto all'attuale offerta sanitaria le richieste non risultano accoglibili;
 - Punto 9: l'attività di trapianto è sempre stata consentita;
 - Punto 10: rimanda alla predetta lettera b) delle premesse;
 - Punto 11: si rimanda ad una successiva valutazione, con riferimento anche alla rete trapiantologica;

- Punto 12: si accoglie la richiesta;
- Punto 13: si rimanda al provvedimento sulla rete territoriale;
- Punto 14: si rimanda ad una successiva valutazione complessiva della rete PMA;
- Punto 15: l'ampliamento delle centrali operative è già previsto dall'atto formale in materia e comunque si rimanda all'approvando documento in materia di rete emergenza - urgenza.
- Punti 16 e 17: si rimanda l'approfondimento della tematica in esame all'approvando documento in materia di rete emergenza - urgenza.

Inoltre, nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 18 luglio 2019, rispetto alla rete ospedaliera, i Ministeri affiancanti affermavano quanto segue:

“Tavolo e Comitato prendono atto dell'adozione della DGR n. 1195 del 3/07/2019, a seguito di istruttoria condotta dal Tavolo del DM n. 70/2015, e rinviando al citato Tavolo il previsto monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato, ivi compreso il recepimento delle specifiche osservazioni e criticità evidenziate dai Tavoli nel corso della riunione di verifica del 9/04/2019.

Al fine di avviare il monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato si chiede di completare la deliberazione con un cronoprogramma, nella forma di quadro sinottico, che contempli tutte le attività e le scadenze previste all'interno del documento, in coerenza con quanto già richiesto dai Tavoli relativamente a:

- *riconduzione degli eccessi di discipline entro gli standard fissati dal DM n. 70/2015;*
- *definitiva articolazione dell'offerta afferente alle discipline dell'area materno infantile, in coerenza con il parere espresso dal CPNn, per cui si rinvia al paragrafo “Percorso nascita”;*
- *chiara configurazione dei nodi Hub e Spoke della rete STAM e STEN;*
- *completamento della rete oncologica con chiara individuazione dei nodi di riferimento in base all'offerta programmata e ai volumi di attività”.*

Inoltre, in data 1 agosto 2019 in sede di Conferenza Stato - Regioni è stato sancito l'Accordo (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: “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”.

Pertanto, alla luce di quanto e tenuto conto:

- a) delle richieste ministeriali, di cui al verbale della riunione del 18 luglio 2019;
- b) del necessario monitoraggio dell'attività svolta da tutte le Unità Operative, con particolare riferimento alle discipline per le quali risulta un sovrannumero rispetto agli standard ministeriali. In merito alle osservazioni rappresentate dal Tavolo D.M. n. 70/2015 e con riferimento al numero di servizi di emodinamica, particolarmente concentrati nella Provincia di Bari, il Dipartimento della “Promozione della Salute, Benessere sociale e Sport per Tutti”, con il supporto di A.Re.S.S. valuterà la possibilità di un nuovo modello organizzativo che possa garantirne una più capillare distribuzione sul territorio regionale ed in particolare della predetta Provincia.
- c) degli emendamenti presentati dai componenti della III Commissione consiliare, ritenuti “accoglibili” e riferiti alla rete ospedaliera. Per quanto riguarda, invece, gli emendamenti riferiti alla rete territoriale si rimanda al provvedimento regionale in materia;
- d) delle ulteriori richieste pervenute da parte delle Asl ed Aziende Ospedaliere;
- e) della necessità di recepire l'Accordo Stato - Regioni dell'1 agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR3) avente ad oggetto: “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”, in quanto coerente con il percorso già avviato di riorganizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Si propone di:

1. approvare in via definitiva il documento unico regionale avente ad oggetto: “Regolamento regionale: - Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017”, i cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, abrogando i precedenti Regolamenti regionali in materia e precisamente i RR.RR. n. 18 del 16 dicembre 2010, 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;
2. riapprovare i documenti relativi alle reti tempo - dipendenti e precisamente Rete trauma, Rete cardiologica e Infarto Acuto Del Miocardio (Ima), Rete Stroke, di cui all’Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento. Nell’Allegato B, come da espressa richiesta ministeriale, sono altresì riportati:
 - a) Modello organizzativo Rete emergenza - urgenza. A tal proposito si precisa che la rete deve essere coerente con le disposizioni di cui al D.M. n. 70/2015;
 - b) Protocollo operativo Sistema di Trasporto Materno Assistito (SIAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN), già approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2018;
 - c) Rete Oncologica della Regione Puglia, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 e ss.mm.ii., in fase di implementazione.
3. recepire l’Accordo Stato - Regioni del 1 agosto 2019 [Rep. Atti n. 143/CSR] avente ad oggetto: “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”, di cui all’Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
4. stabilire che il riordino della rete ospedaliera, di cui all’Allegato A del presente schema di provvedimento, venga attuato entro il 31/12/2020, anche per quanto riguarda le discipline eccedenti gli standard ministeriali. L’attuazione dovrà comunque tener conto dei tempi di realizzazione degli adeguamenti strutturali, organizzativi e tecnologici per il trasferimento o istituzione di Unità Operative nel pieno rispetto delle procedure di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale;
5. stabilire che l’allegata tabella relativa alla distribuzione dei posti letto contenga anche la classificazione dei singoli ospedali all’interno delle reti tempo - dipendenti, breast unit, tempo dipendenti, radiologia interventistica, anatomia patologica, rete nefrologica, percorso nascita e STAM/STEN, rete oncologica, di cui all’Allegato C_ter del Regolamento, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
6. istituire n. 2 posti letto di Terapia intensiva pediatrica, aumentandone il numero già attribuito per la medesima disciplina all’Ospedale “V. Fazzi” di Lecce, al fine di implementare l’offerta assistenziale prevista nell’ambito del Polo Pediatrico, di cui all’art. 2.3, lettera b) del Regolamento regionale n. 7/2017;
7. stabilire che i nodi della Rete Oncologica Pugliese si individuano prioritariamente presso i DEA di II Livello, l’Ospedale di Barletta, gli IRCCS pubblici, gli Enti ecclesiastici (Panico di Tricase e Miulli di Acquaviva delle Fonti) e l’IRCCS privato accreditato “Casa Sollievo della Sofferenza” di San Giovanni Rotondo. In fase di definizione dei PDTA per patologia oncologica verrà individuato il ruolo di ogni Ospedale (secondo il modello Hub and Spoke);
8. stabilire che, a far data dall’1/1/2020 vengano modificati i codici ministeriali laddove indicato nella Tabella C_bis e, in particolare, venga attribuito il codice ministeriale all’Ospedale di Lucera, a seguito del completamento delle procedure amministrative di trasferimento della citata struttura all’Azienda Ospedaliera “OO.RR” di Foggia, in attuazione della 674 del 9 aprile 2019;
9. modificare l’allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 53/2018, relativo ai posti letto autorizzati come segue:

- Casa di Cura privata accreditata "Villa Verde" di Taranto: trasformazione dei 5 pl dalla disciplina di "Oncologia" in "Cardiologia";
- Casa di Cura "Petrucciani" di Lecce: trasformazione di n. 12 posti letto di ostetricia e ginecologia autorizzati in 12 posti letto di medicina generale.

Con successivo provvedimento di Giunta regionale si procederà all'approvazione delle tabelle riepilogative dei posti letto autorizzati delle case di cura private accreditate.

10. stabilire che, in fase di verifica annuale dell'attività svolta dalle singole Unità Operative, si procederà al graduale allineamento delle discipline eccedenti rispetto agli standard massimi del D.M. n. 70/2015 per bacino di utenza (es. Terapia intensiva, Pneumologia, Neurochirurgia, Nefrologia, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia generale, ecc). Tale percorso sarà reso possibile anche a seguito della realizzazione dei nuovi Ospedali di I Livello che assorbiranno le discipline degli attuali Ospedali di Base non espressamente previste dal D.M. n. 70/2015;
11. stabilire che, a seguito del monitoraggio delle attività in termini di volumi ed esito, effettuato dal Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti" con il supporto di A.Re.S.S, si procederà alla rivisitazione delle reti tempo dipendenti e dell'intera rete ospedaliera, soprattutto con riferimento ad alcuni indicatori segnalati dal Ministero della Salute (in particolare PTCA, TM e taglio cesareo);
12. stabilire, per quanto attiene l'Ospedale di Lucera, in quanto sede di Pronto soccorso di zona disagiata, che, come previsto dal D.M. n. 70/2015, possa essere svolta attività chirurgica elettiva con interventi in Day-surgery, con possibilità di appoggio nei letti di medicina;
13. stabilire che i Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere Universitarie diano puntuale applicazione al modello organizzativo dettagliatamente descritto nell'Allegato B del presente schema di provvedimento con particolare riferimento alle reti tempo dipendenti: Rete trauma, Rete Infarto Acuto Del Miocardio (Ima) e Rete Stroke;
14. stabilire che la distribuzione dei posti letto, di cui all'allegata proposta di 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;
15. stabilire che 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;
16. stabilire che con provvedimento di Giunta regionale possano essere approvate nuove reti cliniche o per patologia, secondo le indicazioni del D.M. n. 70/2015;
17. confermare quant'altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e ss.mm.ii e dalla D.G.R. n.1195/2019.

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 DEL D.LGS. 118/2011

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 P.O. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare in via definitiva il documento unico regionale avente ad oggetto: "Regolamento regionale: - Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, abrogando i precedenti Regolamenti regionali in materia e precisamente i RR.RR. n. 18 del 16 dicembre 2010, 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;
2. di riapprovare i documenti relativi alle reti tempo - dipendenti e precisamente Rete trauma, Rete cardiologica e Infarto Acuto Del Miocardio (Ima), Rete Stroke, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Nell'Allegato B, come da espressa richiesta ministeriale, sono altresì riportati:
 - a) Modello organizzativo Rete emergenza- urgenza. A tal proposito si precisa che la rete deve essere coerente con le disposizioni di cui al D.M. n. 70/2015;
 - b) Protocollo operativo Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN), già approvato con la deliberazione di Giunta regionale n.1933/2018;
 - c) Rete Oncologica della Regione Puglia, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 e ss.mm.ii., in fase di implementazione.
3. di recepire l'Accordo Stato- Regioni del 1 agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: "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", di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che il riordino della rete ospedaliera, di cui all'Allegato A del presente provvedimento, venga attuato entro il 31/12/2020, anche per quanto riguarda le discipline eccedenti gli standard ministeriali. L'attuazione dovrà comunque tener conto dei tempi di realizzazione degli adeguamenti strutturali, organizzativi e tecnologici per il trasferimento o istituzione di Unità Operative nel pieno rispetto delle procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale;
5. di stabilire che l'allegata tabella relativa alla distribuzione dei posti letto contenga anche la classificazione dei singoli ospedali all'interno delle reti tempo - dipendenti, breast unit, tempo dipendenti, radiologia interventistica, anatomia patologica, rete nefrologica, percorso nascita e STAM/STEN, rete oncologica, di cui all'Allegato C_ter del Regolamento, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di istituire n. 2 posti letto di Terapia intensiva pediatrica, aumentandone il numero già attribuito per la medesima disciplina all'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce, al fine di implementare l'offerta assistenziale prevista nell'ambito del Polo Pediatrico, di cui all'art. 2.3, lettera b) del Regolamento regionale n. 7 /2017;
7. di stabilire che i nodi della Rete Oncologica Pugliese si individuano prioritariamente presso i DEA di II Livello, l'Ospedale di Barletta, gli IRCCS pubblici, gli Enti ecclesiastici (Panico di Tricase e Miulli di Acquaviva delle Fonti) e l'IRCCS privato accreditato "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo. In fase di definizione dei PDTA per patologia oncologica verrà individuato il ruolo di ogni Ospedale (secondo il modello Hub and Spoke);
8. di stabilire che, a far data dall'1/1/2020 vengano modificati i codici ministeriali laddove indicato nella Tabella C_bis e, in particolare, venga attribuito il codice ministeriale all'Ospedale di Lucera, a seguito del

completamento delle procedure amministrative di trasferimento della citata struttura all'Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia, in attuazione della 674 del 9 aprile 2019;

9. di modificare l'allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 53/2018, relativo ai posti letto autorizzati come segue:

a) Casa di Cura privata accreditata "Villa Verde" di Taranto: trasformazione dei 5 pl dalla disciplina di "Oncologia" in "Cardiologia";

b) Casa di Cura "Petrucciani" di Lecce: trasformazione di n. 12 posti letto di ostetricia e ginecologia autorizzati in 12 posti letto di medicina generale.

Con successivo provvedimento di Giunta regionale si procederà all'approvazione delle tabelle riepilogative dei posti letto autorizzati delle case di cura private accreditate.

10. di stabilire che, in fase di verifica annuale dell'attività svolta dalle singole Unità Operative, si procederà al graduale allineamento delle discipline eccedenti rispetto agli standard massimi del D.M. n. 70/2015 per bacino di utenza (es. Terapia intensiva, Pneumologia, Neurochirurgia, Nefrologia, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia generale, ecc). Tale percorso sarà reso possibile anche a seguito della realizzazione dei nuovi Ospedali di I Livello che assorbiranno le discipline degli attuali Ospedali di Base non espressamente previste dal D.M. n. 70/2015;

11. di stabilire che, a seguito del monitoraggio delle attività in termini di volumi ed esito, effettuato dal Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti" con il supporto di A.Re.S.S., si procederà alla rivisitazione delle reti tempo dipendenti e dell'intera rete ospedaliera, soprattutto con riferimento ad alcuni indicatori segnalati dal Ministero della Salute (in particolare PTCA, TM e taglio cesareo);

12. di stabilire, per quanto attiene l'Ospedale di Lucera, in quanto sede di Pronto soccorso di zona disagiata, che, come previsto dal D.M. n. 70/2015, possa essere svolta attività chirurgica elettiva con interventi in Day-surgery, con possibilità di appoggio nei letti di medicina;

13. di stabilire che i Direttori Generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliere Universitarie diano puntuale applicazione al modello organizzativo dettagliatamente descritto nell'Allegato B del presente provvedimento con particolare riferimento alle reti tempo dipendenti: Rete trauma, Rete Infarto Acuto Del Miocardio (Ima) e Rete Stroke;

14. di stabilire che la distribuzione dei posti letto, di cui all'allegata proposta di 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;

15. di stabilire che 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;

16. di stabilire che con provvedimento di Giunta regionale possano essere approvate nuove reti cliniche o per patologia, secondo le indicazioni del D.M. n. 70/2015;

17. di confermare quant'altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e ss.mm.ii e dalla D.GR. n. 1195/2019;

18. di notificare il presente provvedimento, a cura del Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per Tutti" ai Ministeri affiancanti;

19. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta," alle Sezioni "Risorse strumentali e tecnologiche", "Promozione della salute e del benessere", "Amministrazione,

finanza e controllo”, ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici alle Associazioni di categoria dell’ospitalità privata. Alle Case di Cura private accreditate, verrà trasmesso per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

20. di stabilire la pubblicazione sul B.U.R.P.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

**REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO A

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



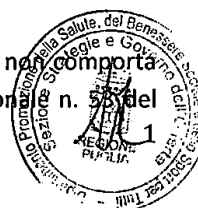
**REGOLAMENTO REGIONALE: "RIORDINO OSPEDALIERO DELLA REGIONE PUGLIA AI SENSI
DEL D.M. n. 70/2015 E DELLE LEGGI DI STABILITÀ 2016-2017.**

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. 58 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 di cui all'art. 10 del presente regolamento. Inoltre negli ospedali di base e di I livello devono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica) a disposizione delle unità operative



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 Consorziato – 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 Grottole e 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. Petrucciari 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, alla funzione di emergenza-urgenza comporta nella prima stesura di piano alcuni disallineamenti rispetto al prescritto per limiti tecnologici e strutturali nel breve



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 alla 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 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.

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 del percorso 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, Eritroferesi, 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 ≥ 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.



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

Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)	
HUB DI RIFERIMENTO	PUNTI NASCITA – CENTRI SPOKE
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "OO.RR" DI FOGGIA	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



TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CONSORZIALE POLICLINICO DI 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
	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	

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'OSPEDALE "V. FAZZI" DI LECCE	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)
PROVINCIA DI FOGGIA	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA' 160905 - OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	160047 - OSPEDALE CERIGNOLA 'G. TATARELLA'
		16016301 - OSPEDALE SAN SEVERO
PROVINCIA BT	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	16017401 - OSPEDALE ANDRIA
		160177 - OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'
		16017801 - OSPEDALE BISCEGLIE
PROVINCIA DI BARI	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		



PROVINCIA DI TARANTO	16017201 - OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	160168 - OSPEDALE CASTELLANETA
		160075 - OSPEDALE CIVILE MARTINA FRANCA

PROVINCIA DI LECCE	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

PROVINCIA DI BRINDISI	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 II 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.



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA A

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	10.394	11.518
	Per 1.000 ab.	2,52	2,80
Day Hospital	Numero	711	
	Per 1.000 ab.	0,17	
Day surgery	Numero	164	
	Per 1.000 ab.	0,04	

Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	1.207	1.513
	Per 1.000 ab.	0,29	0,37
Day Hospital	Numero	23	
	Per 1.000 ab.	0,01	

Posti letto Lungodegenz	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Numero	205	487
Per 1.000 ab.	0,05	0,12



17

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA B

Tabella B: Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri		
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri	2016	Note
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	1.326	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN < tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	1.212	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	166	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza malati terminali")
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)	860	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 "Assistenza psichiatrica")
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)	300	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	-	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	-	
Per 1.000 ab.		

Ospedali di Comunità	
Denominazione	N. Posti letto
Torremaggiore	12
San Marco in Lamis	12
Montesantangelo	12
Vico del Gargano	12
Sannicandro Garganico	20
Troia Accadia	18
Vieste	10
Trani	10
Minervino Murge	20
Rutigliano	10
Bitonto	10
Ruvo di Puglia	10
Noci	10
Grumo Appula	10
Mesagne	12
Ceglie Messapica	16
Fasano	20
San Pietro Vemotico	16
Cisternino	16
Campi Salentina	20
Nardò	15
Poggiardo	12
Maglie	12
Gagliano del Capo	12
TOTALE	327

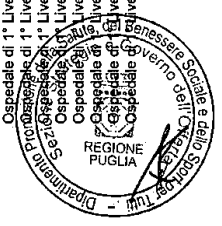


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SSISD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Cardiologia	8	8			1	1	12	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	9	19			1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	9	5			1	1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	26	15		1	1	1	24	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	26	4		1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	26	5		1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	29	10		1	1	1	10	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	32	10		1	1	1	15	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oculistica	34			1	1	1	4	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Ortopedia e Traumatologia	36	22		1	1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Osteintesa e Ginecologia	37	18		1	1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Otorinolaringoiatria	38			1	1	1	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Pediatria	39	10		1	1	1	12	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Psichiatria	40	15		1	1	1	15	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Urologia	43			0	0	0	10	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Terapia Intensiva	49	4		1	1	1	8	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50			0	0	0	4	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'Accettazione	51			1	1	1	4	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	54						0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Recupero e Riabilitazione funzionale	56					0	8	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Lungodegenti	60	12				0	12	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neonatalogia	62					0	8	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia (con posti letto)	64			1		0	4	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Radiologia	69					1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Direzione Sanitaria di presidio						1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0			0	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Farmacologia ospedaliera				1		1	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Laboratorio d'analisi				1		1	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Servizio trasfusionale				1		1	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Anatomia e Istologia patologica	3			1		1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Cardiologia	8	20			1	2	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Chirurgia Generale	9	24			1	2	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Chirurgia Plastica	12	10			1	1	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Medicina Generale	26	29		2	1	3	30	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Neurologia	32			1		1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Ortopedia e Traumatologia	36	32			1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Osteintesa e Ginecologia	37	32		1		2	32	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Pediatria	39	16			1	1	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Psichiatria	40	0			0	0	15	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Urologia	43					1	10	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Terapia Intensiva	49	8		2	1	4	8	0	2	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50			1		1	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Medicina e Chirurgia d'Accettazione	51				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Emodialisi	54					0	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	20		1		2	4	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Gastroenterologia	58	16			1	2	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Neonatalogia	62	10				0	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Oncologia (senza posti letto)	64			1		1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Pneumologia	68	29			1	2	20	0	2	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Radiologia	69			1		2	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Detenuti	97					1	16	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Direzione Sanitaria di presidio				2		3	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)				1		1	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Farmacologia ospedaliera				2		3	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Laboratorio d'analisi				2		3	0	0	0	0

18



Regione Puglia
Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Strutture SSI/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale San Paolo - Bari	Servizio trasfusionale						1	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Cardiologia	8	8	1			1	0	1	1	
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Chirurgia Generale	9	24				1	16			
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Medicina Generale	36	30	1			1	36	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Medicina Generale	36	24	1			1	18	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Ortopedia e Traumatologia	43	15	1			1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Urologia	49					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Terapia Intensiva	51					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	54					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Emodialisi	69					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Radiologia	69					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Anestesia e Rianimazione						0	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Direzione Sanitaria di presidio						0	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Farmacia ospedaliera			1			2	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Laboratorio d'analisi			1			2	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Servizio trasfusionale				1		1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Cardiologia	8	8				1	0	0		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Chirurgia Generale	9	4	1			1	8			1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Medicina Generale	26	12	1			1	18	1		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Ortopedia e Traumatologia	36	18				1	18	1		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Ostetricia e Ginecologia	37	32				1	20	0		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Pediatria	39	12				1	12	1		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Terapia Intensiva	49					1	8	0		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51					1	0	0		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Radiologia	69					0	0	0		0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Direzione Sanitaria di presidio						0	0	0		0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Laboratorio d'analisi			1			0	0	0		1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Umberto I - Corato	Servizio trasfusionale						1	0	0		1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Medicina Generale	26	24				1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51		1			1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Recupero e Riabilitazione funzione	56	12				1	40	2		1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Lungodegenti	60					0	20	1		1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Pneumologia	68	15				1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Radiologia	69					1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Direzione Sanitaria di presidio						1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Farmacia ospedaliera						1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Laboratorio d'analisi						1	0	0		0
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Servizio trasfusionale						1	0	0		0
Ospedale di Base	Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	Cardiologia	8	12				1	12	1		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Chirurgia Generale	9	24				1	18	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Medicina Generale	26	24				1	32	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Neurologia	32	10	1			1	10	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ortopedia e Traumatologia	36	24				1	18	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ostetricia e Ginecologia	37	24				1	24	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Oftalmologia	38	10				1	12	1		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Pediatria	39	12				1	12	1		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Urologia	43	15				1	10	1		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Terapia Intensiva	49					1	8	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Emodialisi	54					1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Neonatalogia	62	6	0			0	0	0		0
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Radiologia	69		1			1	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Direzione Sanitaria di presidio			1			2	0	0		1
Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Farmacia ospedaliera			1			1	0	0		1



28

20

Plano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia	classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Puntì Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
	Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Laboratorio d'analisi				1		1	0	0	1	
	Ospedale di Base	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Servizio trasfusionale				1		1	0	0	1	
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Cardiologia	Cardiologia	8				1	1	8	0	0	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	9	24			1	1	18	0	0	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Geriatria	Geriatria	21	15			1	1	15	0	0	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Medicina Generale	Medicina Generale	26	24	1		1	2	24	0	0	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Oculistica	Oculistica	34	10			1	1	4	1	1	
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	36	24			1	1	18	1	1	0
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	37	24			1	1	18	0	0	0
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Pediatria	Pediatria	39			1		1	0	0	0	
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Psichiatria	Psichiatria	40	15			1	1	15	0	0	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49			1		1	0	0	0	
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Medicina e Chirurgia d'accreditazione	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51			1		2	0	0	1	0
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Emodialisi	Emodialisi	54			1		1	0	0	1	0
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Lungodegeni	Lungodegeni	60			1		0	20	1	1	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Pneumologia	Pneumologia	68	15			1	0	10	1	1	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Radiologia	Radiologia	69			1		1	0	0	1	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Anestesia e Rianimazione	Anestesia e Rianimazione										
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio										
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera			1							
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Laboratorio di analisi	Laboratorio di analisi				1		2	0	0	1	1
	Ospedale di Base	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Servizio trasfusionale	Servizio trasfusionale				1		0	0	0	0	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Anatomia e istologia patologica	3			1		1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Cardiologia	8	12			1	2	12	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Chirurgia Generale	9	24			1	1	24	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Chirurgia Vascolare	14	15			1	1	16	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Malattie Infettive e Tropicali	24	0			0	0	0	0	0	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Medicina Generale	26	24	2		1	3	32	1	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Nefrologia	29	10	2		1	3	10	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Neurochirurgia	30	15			1	1	15	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Neurologia	32	20			1	1	20	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Oculistica	34	10			1	1	10	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Ortopedia e Traumatologia	36	24			1	1	24	1	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Ostetricia e Ginecologia	37	24	2		2	4	30	2	2	2
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Otorinolaringoiatria	38	15			1	1	12	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Psichiatria	40	15			1	1	12	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Urologia	43	15	1		1	2	10	1	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Terapia Intensiva	49	8			1	3	8	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Unità coronarica nell'ambito della	50		1		1	1	8	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51			1		1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Emodialisi	54	0			1	1	0	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Emodialisi	54			1		0	0	0	0	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Neonatalogia	62	10			1	1	10	1	1	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Oncologia (senza posti letto)	64			1		1	0	0	0	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Pneumologia	68	15			1	1	15	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Radiologia	69			1		1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Terapia Intensiva Neonatale	73	8			1	2	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Direzione Sanitaria di presidio				1		3	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della				1		1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Farmacia ospedaliera				1		2	0	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Fisica sanitaria				1		1	0	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Genetica medica				1		1	0	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Laboratorio d'analisi				1		2	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Medicina Nucleare (senza posti letto)				1		2	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Neuroradiologia				1		1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello	Ospedale Di Venere - Carbonara di	Servizio trasfusionale				1		2	0	0	1	1



Regione Puglia

Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
0	CdC Santa Maria - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	10					0	1	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	12					0	2	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Chirurgia Vascolare	14	13				0	0	0	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Occhistica	34					0	1	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Otologia e Traumatologia	36	18				0	18	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Ostetricia e Ginecologia	37	38				0	35	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Urologia	43	8				0	10	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Terapia Intensiva	49	10				0	8	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Unità coronarica nell'ambito della C	50	4				0	6	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	20				0	10	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Radiologia	69					0	0	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Day surgery	98	0				0	0	1	0
0	CdC Santa Maria - Bari	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Cardiologia	8	11				0	13	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Chirurgia Generale	9	18				0	18	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Chirurgia Maxillo Facciale	10					0	1	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Chirurgia Vascolare	14					0	13	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Occhistica	34	2				0	1	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Otologia e Traumatologia	36	30				0	30	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Otorinolaringoiatria	38					0	0	-	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Urologia	43	8				0	0	-	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Unità coronarica nell'ambito della C	50	4				0	4	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Recupero e Riabilitazione funzionale	56					0	0	-	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Radiologia	69					0	0	1	0
0	CdC Medical Villa Lucia - Conversan	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0
0	CdC Monte Imperatore - NoCI	Geriatrica	21	22				0	0	-	0
0	CdC Monte Imperatore - NoCI	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	73				0	61	1	0
0	CdC Monte Imperatore - NoCI	Lungodegenti	60					0	28	1	0
0	CdC Monte Imperatore - NoCI	Radiologia	69					0	0	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Cardiologia	7	20				0	20	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Cardiologia	8	14				0	14	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Generale	9					0	0	-	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	10	10				0	15	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Neurochirurgia	30	16				0	17	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Otologia e Traumatologia	36	8				0	8	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Terapia Intensiva	49	8				0	8	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Unità coronarica nell'ambito della C	50	6				0	6	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	17				0	20	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Radiologia	69					0	0	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Cardiologia	7	34				0	0	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Cardiologia	8	40				0	34	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Generale	9	32				0	32	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	10	5				0	3	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	12	5				0	5	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Toracica	13	8				0	10	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Chirurgia Vascolare	14	10				0	16	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Medicina Generale	26	71				0	71	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Neurologia	29	10				0	8	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Neurochirurgia	30	10				0	10	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Neurologia	32	10				0	10	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Occhistica	34	5				0	3	1	0
0	CdC Anthea Hospital - Bari	Otologia e Traumatologia	36	32				0	32	1	0

23

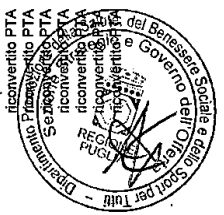


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 702015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 702015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Ostetricia e Ginecologia	37	30				0	30	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Otorinolaringoiatria	38	4				0	2	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Urologia	43	8				0	8	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Terapia Intensiva	49	20				0	12	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	8				0	8	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51					0	0	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Emodialisi	54					0	0	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	75				0	75	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Gastroenterologia	58	10				0	14	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Lungodegenti	60					0	10	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Neonatalogia	62	6				0	6	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Oncologia (con posti letto)	64	4				0	4	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Radiologia	69					0	0	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Radioterapia	70					0	0	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Day surgery	98	12				0	12	1	0	0
Ospedale di 1° Livello	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Cardiologia	8	8				0	0	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Unità spinale	28	14				0	14	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Neurologia	32	8				0	0	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	50				0	188	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	50				0	0	0	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	40				0	0	0	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	40				0	0	0	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Pneumologia	68	8				0	8	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Radiologia	69					0	0	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	NeuroRiabilitazione	75	8				0	20	1	0	0
IRCCS PRIVATO	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Farmacia ospedaliera						0	0	1	0	0
Ospedale di Base	Fondazione Salvatore Maugeri - Cas	Medicina Nucleare (senza posti letto)						0	0	1	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Allergologia	1		1			0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Cardiologia	8	4				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Chirurgia Generale	9		1			0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Medicina Generale	26	24				0	16	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Ortopedia e Traumatologia	36	24				0	32	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Pediatria	39	24				0	18	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	10				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Emodialisi	54					0	0	1	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Lungodegenti	60					0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Oncologia (senza posti letto)	64					0	20	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Pneumologia	68					0	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Radiologia	69					0	20	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Anestesia e Rianimazione			1			0	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Direzione Sanitaria di presidio			1			0	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Farmacia ospedaliera			1			0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Laboratorio d'analisi			1			0	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Civile - Ostuni	Medicina Generale			1			0	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Pediatria	26	30				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Lungodegenti	60	10				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Oncologia (senza posti letto)	64	6				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Pneumologia	68	20				0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Radiologia	69					0	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale Umberto I - Fasano	Direzione Sanitaria di presidio			1			0	0	0	0	0

24



Regione Puglia

Piano di Riorientamento Ospedaliero - Allegato C

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Posti letto Pubbliche	EX POST Posti letto Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
inconvertito PTA	Ospedale Umberto I. - Fasano	Farmacia ospedaliera		1	1	1					0	0	0		
inconvertito PTA	Ospedale Umberto I. - Fasano	Laboratorio d'analisi		1	1	1					0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Cardiologia	8				1	1			0	12	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Chirurgia Generale	9				1	1			0	24	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Medicina Generale	26				1	1			0	32	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Neftologia	29				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Otorinolaringoiatria e Traumatologia	36				1	1			0	24	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Ostetricia e Ginecologia	37				1	1			0	32	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Pediatria	39				1	1			0	16	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Psichiatria	40				1	1			0	16	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Terapia Intensiva	49				1	1			0	8	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50				1	1			0	6	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Emodialisi	54				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Neonatalogia	62				0	0			0	6	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Oncologia (con posti letto)	64				0	0			0	12	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Oncologia (senza posti letto)	64				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Radiologia	69				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Direzione Sanitaria di presidio					1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Farmacia ospedaliera					1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Laboratorio d'analisi					1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Medicina Legale					1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla	Servizio trasfusionale					0	0			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Allergologia	1				1	1			0	0	0		
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Anatomia e istologia patologica	3				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Angiologia	5				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Cardiologia	6				1	1			0	1	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Chirurgia Generale	9				1	1			0	30	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Chirurgia Generale	27				1	1			0	32	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Chirurgia Plastica	12				1	1			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Chirurgia Vascolare	14				1	1			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Ematologia	18				1	1			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Endocrinologia, nutrizione e diabete					1	1			0	8	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Geriatrics	19				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Geriatrics	21				1	1			0	30	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Malattie infettive e Tropicali	24				1	1			0	15	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina Generale	26				1	1			0	60	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neftologia	29				1	1			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neurochirurgia	30				1	1			0	18	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neurologia	32				1	1			0	32	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Oculistica	34				1	1			0	10	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Otorinolaringoiatria	36				1	1			0	36	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Osteiatria e Ginecologia	37				1	1			0	50	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Otorinolaringoiatria	38				1	1			0	16	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Pediatria	39				1	1			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Psichiatria	40				1	1			0	15	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Tossicologia	42				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Urologia	44				1	1			0	24	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Grandi Ustioni	47				1	1			0	8	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Terapia Intensiva	49				1	1			0	16	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50				1	1			0	12	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Dermatologia	52				1	1			0	4	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Emodialisi	54				1	1			0	0	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Gastroenterologia	58				1	1			0	10	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Lungodegenti	60				0	0			0	20	0		
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neonatalogia	62				1	1			0	16	0		

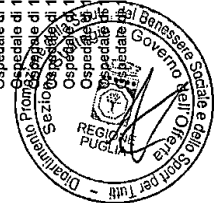


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 7020/15	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 7020/15)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Posti letto	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Oncologia (con posti letto)	64	20	1	1	1	2	1	1	0	20	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Oncologia (senza posti letto)	64		1	1		1			0	0		0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Pneumologia	68					0			0	20	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Radiologia	69					2			0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Terapia Intensiva Neonatale	73	8	1	1	1	2	1		0	10	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Radioterapia oncologica	74					2			0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Terapia del dolore (senza posti letti)	96					2			0	2	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Dieta/Occlusione						2			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Direzione Sanitaria di presidio			1	1	1	2			0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Farmacia ospedaliera			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Fisica sanitaria			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Laboratorio d'analisi			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina Legale			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina Nucleare (senza posti letto)			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Microbiologia e virologia			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neurologia			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neuroradiologia			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Service Istituzionale			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina Generale	26	18	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Medicina Generale	60	15	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Lungodegenti	69					2			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Direzione Sanitaria di presidio			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Farmacia ospedaliera			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Farmacia ospedaliera			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Laboratorio d'analisi			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Geniatria	21	10	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Medicina Generale	26	22	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Medicina Generale	40	13	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Medicina Generale	54					2			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Medicina Generale	60	14	1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Lungodegenti	68	22				2			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Pneumologia	69					2			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Radiologia			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Direzione Sanitaria di presidio			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Farmacia ospedaliera			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Laboratorio d'analisi			1	1	1	2			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Unità spinale	28					0			0	20	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Ninetto Meli - San Pietro V. Medico Generale	Recupero e Riabilitazione						0			0	45	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	NeuroRiabilitazione	56	45				0			0	40	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Chirurgia Generale	75	60				0			0	10	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Chirurgia Vascolare	9	16				0			1	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Medicina Generale	14	10				0			0	20	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Medicina Generale	28	16				0			0	10	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Ortopedia e Traumatologia	36					0			1	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Osteiatria e Ginecologia	37	16				0			0	10	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	10				0			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Radiologia	69					0			1	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Radiologia	69					0			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	NeuroRiabilitazione	75	30				0			1	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Anatomia e istologia patologica	3					1			0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Cardiologia	8	12				1			0	16	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Chirurgia Generale	8	16				1			0	26	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Chirurgia Plastica	12	3				1			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Medicina Generale	26	20				1			0	26	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Medicina Generale	26	9				1			0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Neurologia	30	13				1			0	20	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Neurochirurgia	30	9				1			0	16	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Raffaele - Ceglie Mess. NeuroRiabilitazione	Neurologia	32					1			0	0	0	1

26



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SSI/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Oculistica	34	1			1	0	0	1	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Ortopedia e Traumatologia	36			1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Ostetricia e Ginecologia	16			1	1	32	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Pediatria	39			1	1	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Urologia	43			1	1	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Terapia Intensiva	49			1	1	8	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Unità coronarica nell'ambito della	50			1	1	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51			1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Emodialisi	54			1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Neonatalogia	62			1	0	6	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Radiologia	69			1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Direzione Sanitaria di presidio				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Farmacia ospedaliera				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Immunologia e centro trapianti				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Laboratorio d'analisi				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Servizio trasfusionale				1	1	0	0	1	1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Caduti in Guerra - Canosa	Geriatrics	21			1	1	0	0	0	1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Caduti in Guerra - Canosa	Medicina Generale	56			1	0	0	0	0	1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Caduti in Guerra - Canosa	Recupero e Riabilitazione funzionale	60			1	0	40	0	2	1
Plesso di Post-Acuzie	Ospedale Caduti in Guerra - Canosa	Lungodegenti				1	0	20	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Direzione Sanitaria di presidio				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Cardiologia	8			1	1	12	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Chirurgia Generale	24			1	1	24	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Ematologia	18			1	1	20	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Medicina Generale	24			1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Neurologia	29			1	1	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Neurologia	32			1	1	16	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Neurospichiatria Infantile	33			1	0	4	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Oculistica	34			1	1	5	0	2	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Ortopedia e Traumatologia	36			1	1	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Ostetricia e Ginecologia	37			1	1	32	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Ostetricia e Ginecologia	38			1	1	16	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Otorinolaringoiatria	39			1	1	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Pediatria	40			1	1	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Terapia Intensiva	49			1	1	6	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Unità coronarica nell'ambito della	50			1	1	8	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51			1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Emodialisi	54			1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Gastroenterologia	58			1	0	15	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Neonatalogia	62			1	0	6	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Oncologia (con posti letto)	64			1	1	15	0	2	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Radiologia	69			1	1	0	0	2	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Radiologia	74			1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Radioterapia oncologica	98			1	0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Day surgery				1	0	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Direzione Sanitaria di presidio				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Farmacia ospedaliera				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Fisica sanitaria				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Immunologia e centro trapianti				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Immunologia e centro trapianti				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Laboratorio d'analisi				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Medicina Nucleare (senza posti letto)				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Post-accidentale				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Bari	Servizio trasfusionale				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisce Canalicchia	Bisce Canalicchia	8			1	1	12	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisce Canalicchia	Bisce Canalicchia	9			1	1	15	0	1	1

29



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 7/2016	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 7/2016)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Puntuali Erogazione PRIVATI	EX POST Posti letto	ex ante strutture	EX POST Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Strutture Pubbliche
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio.	19							0	12	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Cardiologia	21							0	10	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Malattie infettive e tropicali	24	40			1			0	20	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Medicina Generale	26	8	1					0	24	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Oncologia e Radiologia	36	12			1			0	16	0	1	
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Ostetricia e Ginecologia	37	16			1			0	24	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Pediatria	39	14			1			0	12	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Psichiatria	40	8			1			0	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Terapia Intensiva	49	0						0	6	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				1			0	1	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Lungodegenti	60							0	10	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Pneumologia	68				1			0	12	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Radiologia	69				1			0	0	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Direzione Sanitaria di presidio					1			0	0	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Farmacia ospedaliera					1			0	0	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Laboratorio d'analisi					1			0	0	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Vittorio Emanuele II - Biscot	Detenuti	97							0	4	0	0	-
ricoverito PTA	Ospedale San Nicola Pellegrino - Tra	Medicina Generale	26	17			1			0	0	0	0	-
ricoverito PTA	Ospedale San Nicola Pellegrino - Tra	Terapia Intensiva	49	6			1			0	0	0	0	-
ricoverito PTA	Ospedale San Nicola Pellegrino - Tra	Gastroenterologia	58	15			1			0	0	0	0	-
ricoverito PTA	Ospedale San Nicola Pellegrino - Tra	Lungodegenti	60	12	1					0	0	0	0	-
ricoverito PTA	Ospedale San Nicola Pellegrino - Tra	Oncologia (senza posti letto)	64				1			0	0	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Cardiologia	8	10			1			0	0	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Medicina Generale	26							0	30	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Neurologia	32	10						0	0	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Recupero e Riabilitazione								0	50	1	0	0
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Lunzionale	56	70						0	20	1	0	0
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Lungodegenti	60							0	0	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Pneumologia	68	10						0	0	0	0	-
0	CdC Congregazione Divina Provvide	Radiologia	69							0	0	0	0	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Cardiologia	8	10	1		1			0	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Chirurgia Generale	9	24	1		1			0	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Medicina Generale	26	24	2		1			0	28	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Neftrologia	29	10	1		1			0	8	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Oculistica	34	10	1		1			0	4	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Ortopedia e Traumatologia	36	16	1		1			0	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Ostetricia e Ginecologia	37	24	2		1			0	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Oncologia	38	11			1			0	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Pediatria	39	19	1		1			0	20	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Urologia	43	17	1		1			0	14	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Terapia Intensiva	49	4			1			0	8	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Unità coronarica nell'ambito della C	50	8			1			0	4	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				1			0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Emodialisi	54							0	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Recupero e Riabilitazione								0	0	0	0	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Lunzionale	56							0	20	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Lungodegenti	60	12						0	22	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Neonatalogia	62							0	4	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Radiologia	69				1			0	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Anestesia e Rianimazione					0			0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Direzione Sanitaria di presidio					1			0	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Farmacia ospedaliera					1			0	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Laboratorio d'analisi					1			0	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Giuseppe Tatarrella - Cengì	Servizio trasfusionale					1			0	0	0	0	0

28

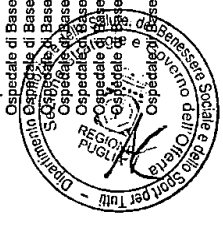


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Cardiologia	8	1	1	1	3	14	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Chirurgia Generale	9	1	1	1	3	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Medicina Generale	26	1	1	1	3	28	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Neurologia	29	1	1	1	2	12	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Oculistica	34	1	1	1	4	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Otorinolaringoiatria e Traumatologia	36	1	1	1	2	24	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Ostetricia e Ginecologia	37	1	1	1	2	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Pediatria	40	1	1	1	2	10	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Psichiatria	49	1	1	1	2	15	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Terapia Intensiva	6	1	1	1	2	8	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Unità coronarica nell'ambito della	50	1	1	1	2	6	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	1	1	1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Emodialisi	54	1	1	1	1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Recupero e Riabilitazione	56	1	1	1	2	4	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Funzionale	56	1	1	1	1	4	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Recupero e Riabilitazione	56	1	1	1	1	20	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Funzionale	60	1	1	1	1	6	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Neonatalogia	62	1	1	1	0	8	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Oncologia (con posti letto)	64	1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Oncologia (senza posti letto)	64	1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Pneumologia	68	1	1	1	1	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Radiologia	69	1	1	1	3	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Anatomia e Istologia patologica		1	1	1	0	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Anestesia e Rianimazione		1	1	1	0	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Direzione Sanitaria di presidio		1	1	1	0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Farmacia ospedaliera		1	1	1	3	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Laboratorio di analisi		1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Medicina Legale		1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Medicina sportiva		1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Medicina radiologica		1	1	1	2	0	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Teresa Masselli Mascia - S	Neurologia		1	1	1	2	0	0	1	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Servizio trasfusionale	9	1	1	1	2	6	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Chirurgia Generale	26	1	1	1	3	20	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Medicina Generale	40	1	1	1	3	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Psichiatria	54	1	1	1	0	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Emodialisi	60	1	1	1	0	20	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Oncologia (senza posti letto)	64	1	1	1	0	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Uccl Radiologia	69	1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Direzione Sanitaria di presidio		1	1	1	0	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Uccl Farmacia ospedaliera		1	1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Uccl Laboratorio d'analisi		1	1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Uccl Medicina sportiva		1	1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di Area Paritica	Ospedale Francesco Lastaria - S	Uccl Servizio trasfusionale	8	1	1	1	1	12	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Cardiologia	24	1	1	1	2	18	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Chirurgia Generale	26	1	1	1	3	26	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Medicina Generale	36	1	1	1	2	16	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Otorinolaringoiatria e Traumatologia	37	1	1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Ostetricia e Ginecologia	40	1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Pediatria	49	1	1	1	2	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Terapia Intensiva	6	1	1	1	2	15	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Unità coronarica nell'ambito della	50	1	1	1	2	6	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	1	1	1	1	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Emodialisi	54	1	1	1	1	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Recupero e Riabilitazione	56	1	1	1	0	40	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - S	Funzionale	56	1	1	1	0	0	0	0	0

52



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

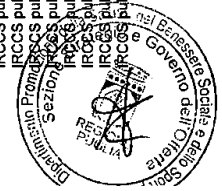
classificazione DMF 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP '12 o '13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Gastroenterologia	58	15		1	1	10	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Lungodegenti	60	12			0	32	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Radiologia	68		1	1	3	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Day surgery	98		1		2	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Anestesia e Rianimazione				1	2	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Direzione Sanitaria di presidio			1		1	0	0	0	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Farmacia ospedaliera			1		2	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Laboratorio analisi				1	2	0	0	1	0
Ospedale di Base	Ospedale San Camillo de' Lellis - Ma	Servizio Trastorniale				1	1	0	0	1	0
	CdC Professor Brodetti - Foggia	Chirurgia Generale	9	19			0	30	1	0	0
	CdC Professor Brodetti - Foggia	Medicina Generale	26	16			0	30	1	0	0
	CdC Professor Brodetti - Foggia	Neurologia	32	10			0	0	0	0	0
	CdC Professor Brodetti - Foggia	Urologia	43	8			0	0	0	0	0
	CdC Professor Brodetti - Foggia	Radiologia	69	8			0	0	1	0	0
	CdC Leonardo De Luca - Castelnuov	Cardiologia	8	18			0	0	0	0	0
	CdC Leonardo De Luca - Castelnuov	Medicina Generale	26	20			0	30	1	0	0
	CdC Leonardo De Luca - Castelnuov	Recupero e Riabilitazione					0	21	1	0	0
	CdC Leonardo De Luca - Castelnuov	funzionale	56	10			0	0	1	0	0
	CdC Leonardo De Luca - Castelnuov	Radiologia	69	31			0	31	1	0	0
	CdC San Michele - Manfredonia	Geniatria	21	60			0	0	0	0	0
	CdC San Michele - Manfredonia	Lungodegenti	60	6			0	0	0	0	0
	CdC San Michele - Manfredonia	Radiologia	69	6			0	0	1	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Cardiologia	8	10			0	0	0	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Medicina Generale	26	10			0	30	1	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Neurologia	32	10			0	0	0	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Recupero e Riabilitazione					0	40	1	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	funzionale	56	50			0	10	1	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Lungodegenti	60	10			0	0	0	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Pneumologia	68	10			0	0	0	0	0
	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Radiologia	69	6			0	0	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Cardiologia	8	6			0	12	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Chirurgia Generale	9	16			0	15	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Chirurgia Generale	26	16			0	25	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Ortopedia e Traumatologia	36	30			0	36	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Ostetricia e Ginecologia	37	16			0	0	0	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Recupero e Riabilitazione					0	15	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	funzionale	56	10			0	0	1	0	0
	CCRR Villa Serena e San Francesco	Radiologia	69	6			0	0	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Allergologia	1	1			0	0	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Anatomia e Istologia patologica	3	3			0	0	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Angiologia	5	5			0	0	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Cardiologia	7	6			0	12	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Cardiologia	9	20			0	24	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Chirurgia Generale	9	70			0	60	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Chirurgia Maxillo Facciale	11	6			0	14	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Chirurgia Pediatrica	11	6			0	0	0	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Chirurgia Toracica	13	10			0	17	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Chirurgia Vascolare	14	18			0	20	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Enziologia	18	38			0	32	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Malattie endocrine, nutrizione e					0	18	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Ircamb.	19	20			0	48	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Geniatria	21	38			0	80	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Medicina Generale	26	86			0	24	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Neurologia	30	20			0	34	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Neurochirurgia	30	34			0	0	1	0	0
	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza -	Neurologia	32	34			0	36	1	0	0



Regione Puglia
Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SID Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oculistica	Oculistica	34	14			0	6	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Otorinolaringoiatria e Stomatologia	Otorinolaringoiatria e Stomatologia	35	2			0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	36	63			0	55	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	37	74			0	60	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria	38	32			0	16	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Pediatria	Pediatria	39	24			0	26	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Tossicologia	Tossicologia	42				0	0	0	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Urologia	Urologia	43	40			0	38	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	12			0	16	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	12			0	14	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	4			0	0	-	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva	Terapia Intensiva	49	2			0	0	-	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina e Chirurgia d'Accettazione	Medicina e Chirurgia d'Accettazione	51				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Dermatologia	Dermatologia	52	20			0	5	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Emodialisi	Emodialisi	54				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Recupero e Riabilitazione funzionale	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	20			0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Funzionale	Funzionale	56	18			0	30	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Gastroenterologia	Gastroenterologia	58	40			0	40	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Lungotegerti	Lungotegerti	60				0	0	-	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neonatologia	Neonatologia	62	16			0	16	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncologia (con posti letto)	Oncologia (con posti letto)	64	52			0	48	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncematologia Pediatrica	Oncematologia Pediatrica	65	24			0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Radiologia	Radiologia	69				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Radioterapia	Radioterapia	70	6			0	0	-	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva Neonatale	Terapia Intensiva Neonatale	73	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Pediatria oncologica	Pediatria oncologica	74				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neuroriabilitazione	Neuroriabilitazione	75	10			0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia del dolore	Terapia del dolore	75				0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Dietetica/Dietetologia	Dietetica/Dietetologia	96				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Farmacia ospedaliera	Farmacia ospedaliera					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Fisica sanitaria	Fisica sanitaria					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Genetica medica	Genetica medica					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Laboratorio d'analisi	Laboratorio d'analisi					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina Legale	Medicina Legale					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina Nucleare (senza posti letto)	Medicina Nucleare (senza posti letto)					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Microbiologia e virologia	Microbiologia e virologia					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neuroradiologia	Neuroradiologia					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Servizio trasfusione	Servizio trasfusione					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Anatomia e istologia patologica	Anatomia e istologia patologica	3				1	2	0	0	1
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Anatomia e istologia patologica	8				1	0	0	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Cardiologia	8				1	0	0	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Chirurgia Generale	9	37			1	50	3	2	1
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio					0	10	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Medicina Generale	19				0	10	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Medicina Generale	26				0	8	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Terapia Intensiva	49	7			3	8	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Gastroenterologia	58	26			2	20	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Gastroenterologia	58	26			2	20	2	2	1
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Oncologia (con posti letto)	64				1	6	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Radiologia	69				1	1	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Direzione Sanitaria di presidio					1	0	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Farmacia ospedaliera					0	0	1	1	0
IRCCS pubblico	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Genetica medica					0	0	1	1	0

31

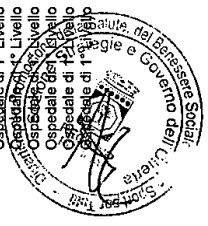


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2016	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2016)	Codice Disciplina (Modelli HSP-12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Puntii Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Laboratorio d'analisi Microbiologia e virologia			1			1			0	1
IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Anatomia e istologia patologica		3				1	0	0	3	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Cardiologia		8				0	0	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Chirurgia Generale		9				2	44	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Chirurgia Generale		9				2	0	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Chirurgia Generale		9				2	0	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Chirurgia Plastica		12				0	10	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Chirurgia Toracica		13				0	16	0	2	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Ematologia		18				2	14	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Ostetricia e Ginecologia		37				1	14	0	1	0
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Otorinolaringoiatria		12				2	8	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Urologia		43				0	10	0	1	0
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Terapia Intensiva		4				2	4	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Gastroenterologia		58				0	0	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Oncologia (con posti letto)		64				2	37	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Oncologia (con posti letto)		64				0	7	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Oncologia (senza posti letto)		64				1	0	0	3	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Radiologia		69				1	0	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Radioterapia oncologica		74				1	0	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Farmacia ospedaliera						1	0	0	0	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Fisica sanitaria						1	0	0	1	1
IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	Laboratorio d'analisi						1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Cardiologia		8				2	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Chirurgia Generale		9				2	5	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Geriatria		21				2	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Malattie infettive e TROPICALI		24				2	12	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Medicina Generale		26				2	32	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Neurologia		29				2	12	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Neurologia		36				2	5	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Ortopedia e Traumatologia		37				2	24	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Ostetricia e Ginecologia		40				2	15	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Pediatria		39				1	10	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Psichiatria		40				2	15	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Terapia Intensiva		49				0	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia e Chirurgia d'accezzation		50				2	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Medicina e Chirurgia d'accezzation		51				1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Emodialisi		54				1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Recupero e Riabilitazione funzionale		56				2	24	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Gastroenterologia		58				2	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Lungodegenti		60				0	15	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Oncologia (senza posti letto)		64				1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Pneumologia		68				2	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Radiologia		69				1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Direzione Sanitaria di presidio						1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Farmacia ospedaliera						2	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Farmacia ospedaliera						2	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Laboratorio d'analisi						1	0	0	1	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Servizio trasfusionale						1	0	0	0	1
Ospedale Santa Caterina Novella - G. Cardinale	Day hospital		2				1	0	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Anatomia e istologia patologica		3				1	0	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Cardiologia		8				2	12	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Chirurgia Generale		9				2	24	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Medicina Generale		26				2	32	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Oculistica		34				0	0	0	1	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Ortopedia e Traumatologia		36				2	24	0	0	1
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Ostetricia e Ginecologia		37				2	32	0	0	1

32



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutture/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplifici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplifici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Otorinolaringoiatria	38				0	4		1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Pediatria	39	1		1	2	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Urologia	43				2	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Terapia Intensiva	49	1		1	2	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Unità coronarica nell'ambito della	50	1		1	2	8	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Emodialisi	54	1		1	2	0	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Lungofeganti	60	1		1	2	16	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Oncologia (con posti letto)	64	1		1	2	20	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Pneumologia	68	1		1	2	15	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Radiologia	69	1		1	2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Anestesia e Rianimazione					0	0	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Direzione Sanitaria di presidio					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Farmacia ospedaliera					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Laboratorio d'analisi					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Servizio trasfusionale					2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Cardiologia	8				2	12	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Chirurgia Generale	9				2	24	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Chirurgia Generale	21				2	30	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Chirurgia Generale	26				2	32	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Chirurgia Generale	36				2	24	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Oncologia e Radioterapia	37				2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Pediatria	39				2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Urologia	43				2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Terapia Intensiva	49				2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Unità coronarica nell'ambito della	50	1		1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Recupero e Riabilitazione funzionale	56				1	24	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Urologia	60				2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Urologia	69				2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Anestesia e Rianimazione					0	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Direzione Sanitaria di presidio					2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Farmacia ospedaliera					2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Laboratorio d'analisi					2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale San Giuseppe da Copertino	Servizio trasfusionale					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Cardiologia	8				1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Chirurgia Generale	9				2	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Chirurgia Generale	26				2	44	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Chirurgia Generale	36				2	32	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Oncologia e Radioterapia	37				2	24	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Oncologia e Radioterapia	38				2	32	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Oncologia e Radioterapia	39				2	4	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Psichiatria	40				2	16	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Terapia Intensiva	49				2	15	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Unità coronarica nell'ambito della	50	1		1	2	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				2	8	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Emodialisi	54				2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Gastroenterologia	58				2	16	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Urologia	60				2	16	0	1	-
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Urologia	69				2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Anestesia e Rianimazione					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Direzione Sanitaria di presidio					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Farmacia ospedaliera					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Laboratorio d'analisi					2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Servizio trasfusionale					2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrar - Casale	Cardiologia	8				2	6	0	0	1

33



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DIM 7/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Chirurgia Generale	9	28	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Chirurgia Pediatrica	11	20	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	2	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Ginecologia	21	20	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Medicina Generale	26	30	1	1	1	2	24	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Neurologia	29	8	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Neurologia	32	25	1	1	1	2	12	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Ortopedia e Traumatologia	36	24	1	1	1	2	20	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Ostetricia e Ginecologia	37	19	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Pediatria	39	17	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Psichiatria	40	12	1	1	1	2	15	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Urologia	43	20	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Terapia Intensiva	49	4	1	1	1	2	4	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Unità coronarica nell'ambito della	50	8	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	51	1	1	1	1	1	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Emodialisi	54	54	1	1	1	2	0	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Linfocentri	60	8	1	1	1	2	18	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Oncologia (con posti letto)	64	12	1	1	1	2	10	0	1	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Oncologia (senza posti letto)	64	64	1	1	1	2	0	0	0	-
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Radiologia	69	69	1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Anestesia e Rianimazione	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	1	1	1	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Direzione Sanitaria di presidio	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Farmacia ospedaliera	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Laboratorio d'analisi	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Neurodiagnostica	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di Base	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò	Servizio trasfusionale	Ospedale Francesco Ferrari - Casarò		1	1	1	1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Allergologia	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Anatomia e istologia patologica	3	3	1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Cardiologia	7	26	1	1	1	2	30	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Cardiologia	8	20	1	1	1	2	40	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Emodinamica (come unità semplice)	9	40	1	1	1	2	0	0	1	-
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Generale	10	40	1	1	1	2	40	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Maxillo Facciale	11	11	1	1	1	0	10	0	1	-
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Pediatrica	12	15	1	1	1	0	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Plastica	13	20	1	1	1	2	8	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Toracica	14	20	1	1	1	2	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Chirurgia Vascolare	18	24	1	1	1	2	12	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ematologia	18	24	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	6	1	1	1	2	10	0	1	-
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ginecologia	21	21	1	1	1	0	10	0	1	-
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Malattie Infettive e Tropicali	24	20	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Medicina Generale	26	60	1	1	1	2	70	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Unità spinale	28	28	1	1	1	0	6	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neftologia	29	21	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neurochirurgia	30	35	1	1	1	2	32	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neurologia	32	28	1	1	1	2	32	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Oculistica	34	21	1	1	1	2	10	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Oncologia e Stomatologia	35	35	1	1	1	0	1	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ortopedia e Traumatologia	36	36	1	1	1	2	40	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ostetricia e Ginecologia	37	50	1	1	1	2	50	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Otorinolaringoiatria	38	20	1	1	1	2	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Pediatria	39	20	1	1	1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Psichiatria	40	15	1	1	1	2	16	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Urologia	43	24	1	1	1	2	24	0	1	1

34

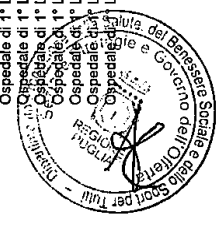


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 6 dicembre 2008)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Terapia intensiva	49	1	1	1	2	18	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	50	1	1	1	2	12	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	1	1	1	1	4	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Dermatologia	52	1	1	1	2	4	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ematologia	54	1	1	1	2	4	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ematologia	56	1	1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Recupero e Riabilitazione funzionale	58	1	1	1	0	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Gastroenterologia	60	1	1	1	2	10	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Lungodegenti	62	1	1	1	2	16	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neonatalogia	64	1	1	1	2	30	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Oncologia (con posti letto)	65	1	1	1	2	10	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Oncematologia Pediatrica	68	1	1	1	2	30	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Pneumologia	69	1	1	1	2	0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Radiologia	71	1	1	1	0	4	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Reumatologia	73	1	1	1	2	10	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Terapia Intensiva Neonatale	74	1	1	1	2	10	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Radioterapia oncologica	74	1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Terapia del dolore (senza posti letto)	96	1	1	1	2	2	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Anestesia e Rianimazione		1	1	1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Dietetica/Dietologia		1	1	1	2	0	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Direzione Sanitaria di presidio		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Farmacologia ospedaliera		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Fisica sanitaria		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Genetica medica		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Genetica medica		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Laboratorio di analisi		1	1	1	2	0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Medicina Nucleare (senza posti letto)		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Microbiologia e virologia		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neurodiagnostica		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Neurologia		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Servizio trasfusionale		1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Recupero e Riabilitazione funzionale		1	1	1	2	60	0	2	1
Plesso Riabilitativo di 2° Livello	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	1	1	1	2	0	0	0	1
Plesso Riabilitativo di 2° Livello	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	1	1	1	2	0	0	0	1
Plesso Riabilitativo di 2° Livello	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario	Reumatologia	71	1	1	1	2	0	0	0	1
Plesso Riabilitativo di 2° Livello	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario	Reumatologia	71	1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Direzione Sanitaria di presidio		1	1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Allergologia	1	1	1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Anatomia e istologia patologica	3	1	1	1	0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Angiologia	5	1	1	1	0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Cardiologia	8	1	1	1	0	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Generale	9	1	1	1	0	18	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Maxillo Facciale	10	1	1	1	0	4	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Vascolare	14	1	1	1	0	14	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Ematologia	18	1	1	1	0	18	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina Generale	26	1	1	1	0	30	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neurologia	29	1	1	1	0	10	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neurochirurgia	30	1	1	1	0	8	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neurologia	32	1	1	1	0	16	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neurologia	32	1	1	1	0	14	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Oculistica	34	1	1	1	0	7	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Otologia e Otorinolaringoiatria	36	1	1	1	0	25	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Ostetricia e Ginecologia	37	1	1	1	0	30	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Ostetricia e Ginecologia	38	1	1	1	0	10	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Otorinolaringoiatria	39	1	1	1	0	12	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Pediatria	43	1	1	1	0	30	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Urologia	49	1	1	1	0	12	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia Intensiva	50	1	1	1	0	10	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Unità coronarica nell'ambito della cardiologia	51	1	1	1	0	10	1	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51	1	1	1	0	10	1	0	1

35



Regione Puglia

Plano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

classificazione DM 702015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 702015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Emodialisi	54				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	20			0	25	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Lungotegenti	60	18			0	26	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neonatalogia	62	8			0	10	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Oncologia (con posti letto)	64	9			0	10	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Pneumologia	68	20			0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Radiologia	69				0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia Intensiva Neonatale	73	6			0	6	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	NeuroRiabilitazione	75				0	5	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Farmacia ospedaliera					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Genetica medica					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Laboratorio di analisi					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina Legale					0	0	0	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina Nucleare (senza posti letto)					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Microbiologia e virologia					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neuroradiologia					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Servizio trasfusionale					0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia del dolore	96				0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Cardiologia	9	6			0	0	0	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Generale	8	12			0	14	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Pediatrica	11				0	0	0	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Vascolare	14	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina Generale	26				0	18	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Oculistica	34	2			0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Ostetricia e Ginecologia	37	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Urologia	43	8			0	10	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	13			0	13	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Radiologia	69				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Otorinolaringoiatria	35	32			0	28	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Radiologia	69				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Psichiatria	40	16			0	16	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia Intensiva	49	15			0	15	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Recupero e Riabilitazione funzionale	56				0	0	0	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	NeuroRiabilitazione	75	15			0	15	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Generale	9	15			0	18	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Medicina Generale	26				0	20	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Oculistica	34	2			0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Ostetricia e Ginecologia	37	6			0	7	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Otorinolaringoiatria	38	6			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Urologia	43	3			0	4	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Radiologia	69				0	0	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Cardiologia	7	30			0	25	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Generale	8	10			0	15	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Chirurgia Maxillo Facciale	10	10			0	10	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Neurochirurgia	30	10			0	10	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Oculistica	34	6			0	2	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Otorinolaringoiatria	36	16			0	16	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia Intensiva	49	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	8			0	8	1	0	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	18			0	5	1	0	

36



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

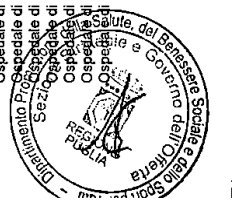
Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2005)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
0	CdC Città di Lecce Hospital - Lecce	Oncologia (con posti letto)	64	2				0	2	1	0	
0	CdC Città di Lecce Hospital - Lecce	Radiologia	69					0	0	1	0	
0	CdC Città di Lecce Hospital - Lecce	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0	
0	CdC Euroitalia - Casarano	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	66				0	66	1	0	
0	CdC Euroitalia - Casarano	Radiologia	56					0	0	1	0	
0	CdC Euroitalia - Casarano	Allergologia	1		2			2	0	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Anatomia e istologia patologica	3				1	1	0	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Cardiologia	7		0			0	12	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Cardiologia	8	19	3			4	42	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Generale	9	40	2			4	48	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Generale	9	28				1	34	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	11	10	1			1	3	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	11	5	1			1	3	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Plastica	12	10			1	1	12	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Toracica	13	15				1	16	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Vascolare	14	0			0	0	12	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ematologia	18	15			1	1	18	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	10	1			2	10	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Genetica	21	20	2			3	18	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie Infettive e Tropicali	24	8	0			0	0	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie Infettive e Tropicali	24	20			1	1	32	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Generale	26	34	3			4	34	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Generale	26	24			1	1	34	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neftologia	29	20	2			3	16	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurochirurgia	30	28	1			3	26	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	32	12			1	1	16	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	32	13			1	1	16	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neuropsichiatria Infantile	33	14	1			2	10	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oculistica	34	2				1	2	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Otorinolaringoiatria e Stomatologia	35	15			1	1	2	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ortopedia e Traumatologia	36	15	1			3	16	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ortopedia e Traumatologia	36	15			1	1	16	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ostetricia e Ginecologia	37	32	1			3	30	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ostetricia e Ginecologia	37	32			1	1	30	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Otorinolaringoiatria	38	16	1			3	12	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Pediatria	39	12			1	1	0	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Pediatria	39	3			1	1	22	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Psichiatria	40					0	15	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Psichiatria	40				0	0	15	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Tossicologia	42					2	30	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Urologia	43	22	1			2	30	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Grandi Ustionati	47					0	3	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neftologia (abilitata al trapianto)	48					0	4	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Terapia Intensiva	49	14	4		1	6	20	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Unità coronarica nell'ambito della	50	8	1			1	8	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina e Chirurgia d'accreditazione	51				1	1	16	0	1	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Dermatologia	52	6	1			1	4	0	2	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Emodialisi	54	0	1			1	0	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	6	0			0	0	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	10			1	1	18	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	10	1			1	0	0	0	
0	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Gastroenterologia	58	15	2		1	3	30	0	2	

34



classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Gastroenterologia	58			1	1	0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neonatologia	62	3		1	4	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia (con posti letto)	64	3		1	1	10	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Pneumologia	68	3		4	4	36	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Pneumologia	68	1		1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Radiologia	69	3	4	1	6	20	0	4	2
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Reumatologia	71	2	1	1	1	0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Reumatologia	71	9		1	1	12	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Terapia Intensiva Neonatale	73	11	0		0	15	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Radioterapia oncologica	74			1	1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Terapia del dolore (senza posti letto)	96			1	0	2	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Direzione Sanitaria di presidio				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)				1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Farmacia ospedaliera				1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Fisica sanitaria					0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Genetica medica		2		1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Laboratorio d'analisi		4		1	7	0	0	6	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina del Lavoro		1		1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Legale				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Nucleare (senza posti letto)				1	1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina sportiva				1	1	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Microbiologia e virologia				1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neuroradiologia				1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Servizio trasfusionale				1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Allergologia	1			1	0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Anatomia e istologia patologica	3			1	1	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Cardiotoracica	7	29		1	2	29	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Cardiologia	8	26		1	2	24	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Cardiologia	8	16		1	1	24	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	8	18		1	2	25	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	8	25		1	2	26	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	8	26		1	2	23	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	8	29		1	2	30	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	9	12		1	1	12	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Generale	9	12		1	1	12	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Maxillo Facciale	10	10		1	0	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Plastica	12	14		1	0	24	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Toracica	13	22		1	2	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Chirurgia Vascolare	14	18		1	1	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Ematologia	18	27		1	2	30	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	19	22		1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Gematrìa	21	1		1	2	4	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Malattie Infettive e TROPICALI	24	30		1	2	25	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Medicina Generale	26	23		1	2	32	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Medicina Generale	26	26		1	2	28	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Medicina Generale	26	24		1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Medicina Generale	26	25		1	2	32	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Unità spinale	28	6		1	1	12	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neftologia	29	25		1	2	21	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neuroradiologia	30	31		1	2	30	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neurologia	32	26		1	2	30	0	4	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neurologia	32	20		1	2	21	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neurologia	33	13		1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Neuropsichiatria infantile	33	18		1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Ospedale Policlinico - Bari	Oculistica	34	27		1	2	20	0	0	1

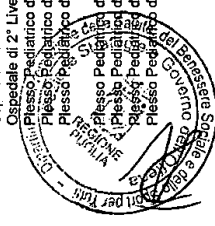


Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP '12 e '13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Oftalmologia e Stomatologia	35	4		1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Otorinolaringoiatria	36	51		1	1	2	60	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Ginecologia	37	44		1	1	2	40	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Ostetricia e Ginecologia	37	41		1	1	2	40	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Otorinolaringoiatria	38	20		1	1	2	25	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Pediatria	39	23		1	1	2	25	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Pediatria	39	8		1	1	2	8	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Psichiatria	40	29		1	1	2	29	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Urologia	43	28		1	1	2	25	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Urologia	43	19		1	1	2	20	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Grandi Livelloni	47	6		1	1	2	16	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurologia (abilitata al trapianto)	48					4				
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Terapia Intensiva	49	12		1	1	2	16	0	4	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Terapia Intensiva	49	18		1	1	2	16	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Unità coronarica nell'ambito della	50	8		1	1	2	8	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Unità coronarica nell'ambito della	50	8		1	1	2	8	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Dermatologia	52	11		1	1	2	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Emodialisi	54			1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	7		1	1	2	20	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Gastroenterologia	58	25		1	1	2	30	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neonatalogia	62	16		1	1	2	20	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Oncologia (con posti letto)	64	20		1	1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Oncologia pediatrica	65			1	1	2	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Pneumologia	68	15		1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Pneumologia	68	11		1	1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Radiologia	69			1	1	2	0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Radioterapia	70			1	1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Reumatologia	71	25		1	1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Terapia Intensiva Neonatale	73	8		1	1	2	12	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurofisiologia	75	4		1	1	2	8	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Terapia del dolore (senza posti letto)	96			1	1	2	2	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Anestesia e Rianimazione										
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Direzione Sanitaria di presidio							0	0	3	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Farmacologia ospedaliera							0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Fisica sanitaria							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Genetica medica							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Immunologia e centro trapianti							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Laboratorio di analisi							0	0	1	2
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Medicina del Lavoro							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Medicina Legale							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Medicina Nucleare (senza posti letto)							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Microbiologia e virologia							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Microbiologia							0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurologia							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurologia							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurologia							0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	AOU Consorziato Policlinico - Bari	Neurologia							0	0	1	1
Plessso Pediatrico di Os.	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Cardiologia	6	2		1	1	2	10	0	0	1
Plessso Pediatrico di Os.	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Cardiologia	8	10		1	1	2	10	0	0	1
Plessso Pediatrico di Os.	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Chirurgia Pediatrica	11	30		1	1	2	30	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Diagnostica per immagini endocrine, nutrizione e	19	15		1	1	2	10	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Infiammazioni	24	23		1	1	2	15	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Malattie infettive e Tropicali	32	11		1	1	2	30	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -	Neurologia	36	10		1	1	2	10	0	1	1

39



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2008)	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posi letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Pediatria		39	1	1	2	20	0	2	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Pediatria		39	1	1	2	12	0	3	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Terapia Intensiva		4	1	1	2	8	0	2	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Emodialisi		54	1	1	2	0	0	1	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Radiologia		69	1	1	2	12	0	1	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Neurologia Pediatrica		77	1	1	2	10	0	0	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Urologia Pediatrica		78	1	1	2	0	0	0	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Direzione Sanitaria di presidio			1	1	2	0	0	2	
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Farmacia ospedaliera			1	1	2	0	0	0	1
	Plesso Pediatrico di Os Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Laboratorio d'analisi			1	1	2	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Cardiologia		8	1	1	1	8	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Chirurgia Generale		9	1	1	1	18	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Medicina Generale		26	1	1	2	32	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Neurologia		27	1	1	2	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Ortopedia e Traumatologia		36	1	1	2	18	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Ostetricia e Ginecologia		37	1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Pediatria		39	1	1	2	6	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Terapia Intensiva		49	2	1	2	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Unità coronarica nell'ambito della Chirurgia d'accecitazione		50	6	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Medicina e Chirurgia d'accecitazione		51	1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Emodialisi		54	1	1	0	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Lungodegenti		60	1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Oncologia (con posti letto)		64	1	1	0	5	0	1	0
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Pneumologia		68	1	1	0	0	0	1	0
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Radiologia		69	1	1	1	0	0	0	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Anestesia e Rianimazione			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Direzione Sanitaria di presidio			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Farmacia ospedaliera			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di Base Ospedale Marianna Giannuzzi - Man Laboratorio d'analisi			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Cardiologia		8	1	1	1	12	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Chirurgia Generale		9	2	1	3	18	0	2	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Medicina Generale		26	1	1	1	32	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Neurologia		29	1	1	1	8	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Ortopedia e Traumatologia		36	1	1	1	18	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Ostetricia e Ginecologia		37	1	1	1	24	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Pediatria		39	1	1	1	6	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Urologia		43	1	1	1	12	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Terapia Intensiva		49	1	1	2	6	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Unità coronarica nell'ambito della Chirurgia d'accecitazione		50	1	1	0	4	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Medicina e Chirurgia d'accecitazione		51	1	1	2	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Emodialisi		54	1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Recupero e Riabilitazione			1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Funzionale		56	1	1	0	8	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Lungodegenti		60	1	1	0	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Radiologia		69	1	1	1	0	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Direzione Sanitaria di presidio			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Farmacia ospedaliera			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Laboratorio d'analisi			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca Servizio trasfusionale			1	1	1	0	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Cardiologia		8	1	1	1	12	0	0	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Chirurgia Generale		9	1	1	3	28	0	2	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Medicina Generale		26	1	1	2	32	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Neurologia		29	1	1	0	12	0	1	0
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Ostetricia e Traumatologia		36	1	1	1	24	0	1	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Ostetricia e Ginecologia		37	1	1	1	32	0	2	1
	Ospedale di 1° Livello Ospedale Civile - Castellana Grotte Giornofaringoiatria		38	1	1	0	6	0	1	0

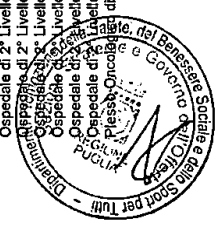
40



Regione Puglia
Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Pediatria	39	10		1		1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Psichiatria	40					0	15	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Terapia Intensiva	49		1		1	2	8	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50					0	4	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Medicina e Chirurgia d'Accettazione	51		1		1	2	4	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Medicinali	54					0	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Recupero e Riabilitazione funzionale	56					0	8	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Lungodegenti	60					0	10	0	1	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Neonatologia	62					0	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Oncologia (con posti letto)	64		1		1	1	10	0	1	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Radiologia	69					1	0	0	0	0
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Direzione Sanitaria di presidio						1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Farmacia ospedaliera						1	0	0	0	1
Ospedale di 1° Livello	Ospedale Civile - Castellana Grotte	Laboratorio d'analisi						1	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Allergologia	1					1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Anatomia e istologia patologica	3					1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Cardiologia	8	12	1		1	2	18	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Chirurgia Generale	9	28	2		2	2	28	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Chirurgia Vascolare	14	20	1		1	3	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Ematologia	18	20	1		1	1	0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Malattie endocrine, nutrizione e diabetologia	19	10				1	0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Geriatrica	21					0	15	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Medicina Generale	26	61	4		4	5	50	0	6	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Neftologia	29	20	2		2	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Neurochirurgia	30	20	1		1	2	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Neurologia	32	24	1		1	2	24	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Occhistica	34					0	6	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Otorinolaringoiatria	36	36	3		3	5	36	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Ostetricia e Ginecologia	37	42	4		4	5	54	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Pediatria	39	20				1	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Psichiatria	40					0	15	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Urologia	43	20	1		1	2	12	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Terapia Intensiva	49	11	2		2	0	20	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	10				0	14	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Medicina e Chirurgia d'Accettazione	51					1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Emodialisi	54					0	0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Gastroenterologia	58	2				1	10	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Neonatalogia	62	16				0	16	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Oncoematologia Pediatrica	65					0	5	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Pneumologia	68					0	0	0	0	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Radiologia	69		3		3	5	0	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Reumatologia	71					0	6	0	1	0
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Terapia Intensiva Neonatale	73	10	1		1	2	10	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Radioterapia oncologica	74					1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Terapia del dolore (senza posti letto)	96					0	2	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Direzione Sanitaria di presidio			2		2	5	0	0	2	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			1		1	1	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Farmacia ospedaliera						1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Fisica sanitaria						0	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Laboratorio d'analisi			1		1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Medicina Nucleare (senza posti letto)						1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Neurologia						1	0	0	0	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Santissima Annunziata - T. Grotte	Servizio Istituzionale			1		1	2	0	0	1	1
Ospedale di 2° Livello	Ospedale San Giuseppe Moscati - S. Maria	Cardiologia	8	8	1		1	1	0	0	0	0

57



Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Regione Puglia

classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semipietà Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Chirurgia Generale	9				0	10	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Chirurgia Plastica	12				0	6	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Chirurgia Toracica	13	1			1	5	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Ematologia	18	1	1	1	3	22	0	0	1
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Malattie endocrine, nutrizione e ricambio	19				0	2		1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Geriatria	21	1	1	1	1	0	0	0	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Malattie Infettive e Tropicali	24	2	1	1	3	25	0	2	1
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Oculistica	34	1			2	0	0	0	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Ostetricia e Ginecologia	37	9			1	5	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Oncologia	38	15	1	1	1	0	0	0	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Psichiatria	40	4			0	4	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Urologia	43	8			0	4	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Terapia Intensiva	49	4			0	4	0	1	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Unità coronarica nell'ambito della	50	1	1	1	1	0	0	0	0
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Oncologia (con posti letto)	64	20			0	20	0	1	1
	Plesso Oncologico di O	Ospedale San Giuseppe Moscati - S	Pneumologia	68	8	1	1	1	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Chirurgia Generale	9	24			1	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Medicina Generale	26	18	1		1	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Oncologia e Traumatologia	36	15	1		1	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Ostetricia e Ginecologia	37	54			0	0	0	1	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Emodialisi	54	15			0	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Recupero e Riabilitazione	56	15			0	32	0	1	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Lungodegenti	60	15			0	40	0	1	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Radiologia	69	9			0	0	0	1	0
	Plesso di Post-Acuzie	Ospedale San Marco - Grottole	Direzione Sanitaria di presidio	9	15			0	15	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Chirurgia Generale	9	26			0	25	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Medicina Generale	26	30			0	12	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Neurochirurgia	30	10			0	2	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Oculistica	34	9			0	0	0	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Oncologia e Traumatologia	36	28			0	28	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Ostetricia e Ginecologia	37	16			0	6	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Urologia	43	16			0	8	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Bernardini - Taranto	Radiologia	69	9			0	0	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC D'Amore Hospital - Taranto	Chirurgia Generale	9	14			0	23	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC D'Amore Hospital - Taranto	Oncologia e Traumatologia	36	14			0	17	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC D'Amore Hospital - Taranto	Radiologia	69	9			0	0	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Chirurgia Generale	9	20			0	25	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Medicina Generale	26	24			0	14	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Oncologia e Traumatologia	36	28			0	28	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Urologia	43	9			0	6	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Gastroenterologia	58	5			0	5	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Pneumologia	68	10			0	15	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC San Camillo - Taranto	Radiologia	69	10			0	0	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Santa Rita - Taranto	Geriatria	21	14			0	14	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Santa Rita - Taranto	Medicina Generale	26	16			0	16	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Santa Rita - Taranto	Cardiologia	69	7			0	0	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Cardiologia	7	13			0	18	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Anestesia e Rianimazione	8	24			0	24	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Cardiologia	21	28			0	26	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Geriatria	26	20			0	20	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Medicina Generale	49	6			0	6	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Terapia Intensiva	50	49			0	49	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Unità coronarica nell'ambito della	50	8			0	8	1	0	0
	Plesso di Post-Acuzie	CdC Villa Verde - Taranto	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	50			0	50	1	0	0



27

Regione Puglia
Piano di Riordino Ospedaliero - Allegato C

Classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutturale/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Posti letto	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	ex ante strutture	EX POST Posti letto	EX POST Punti Erogazione PRIVATI	EX POST Strutture SS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
0	CdC Villa Verde - Taranto	Oncologia (con posti letto)	64	3				0	0		0	
0	CdC Villa Verde - Taranto	Pneumologia	68	12				0	12	1	0	
0	CdC Villa Verde - Taranto	Radiologia	69					0	0	1	0	
0	CdC Villa Verde - Taranto	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)						0	0	1	0	
0	CdC Villa Bianca - Martina Franca	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	64				0	64	1	0	
0	CdC Villa Bianca - Martina Franca	Radiologia	69					0	0	1	0	
0	Centro Medico Riabilitazione Maugeri	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	57				0	57	1	0	
0	Centro Medico Riabilitazione Maugeri	Pneumologia	68	10				0	10	1	0	
0	Centro Medico Riabilitazione Maugeri	Radiologia	69					0	0	1	0	
0	CdC Cittadella della Carità - Taranto	Cardiologia	8	8				0	10	1	0	
0	CdC Cittadella della Carità - Taranto	Medicina Generale	26					0	30	1	0	
0	CdC Cittadella della Carità - Taranto	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	46				0	20	1	0	
0	CdC Cittadella della Carità - Taranto	Radiologia	69					0	0	1	0	

L'attuale configurazione delle Unità Operative - Semplici, Semplici a Valenza Dipartimentale e Complesse - con particolare riferimento a quelle collocate negli Ospedali di Base e che verranno trasferite negli Ospedali di nuova realizzazione, classificati di I Livello, dovrà essere rimodulata e quindi potrà subire modifiche rispetto a quanto riportato nella presente tabella.



43

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORNO OSPEDALIERO

TABELLA C_65

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO

COD	DENOMINAZIONE
07	CARDIOCHIRURGIA
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
09	CARDIOLOGIA
10	CHIRURGIA GENERALE
11	CHIRURGIA MASCELLO FACCIALE
12	CHIRURGIA PEDIATRICA
13	CHIRURGIA PLASTICA
14	CHIRURGIA TORACICA
15	CHIRURGIA VASCOLARE
16	DAY HOSPITAL
17	DAY SURGERY
18	DERMATOLOGIA
19	EMATOLOGIA
20	GASTROENTEROLOGIA
21	GERIATRIA
22	GRANDI USTIONATI
23	LUNGODEGENTI
24	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO
25	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
26	MEDECINA GENERALE
27	NEFROLOGIA
28	NEFROLOGIA PEDIATRICA
29	NEONATOLOGIA
30	NEUROCHIRURGIA
31	NEUROLOGIA
32	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
33	NEUROPSICHIATRIA
34	NEUROREABILITAZIONE
35	OCULISTICA
36	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA
37	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
38	ONCOLOGIA
39	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
40	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
41	OTORINOLARINGOIATRIA
42	PEDIATRIA
43	PNEUMOLOGIA
44	PSICHIATRIA
45	RADIOTERAPIA
46	RECUPERO E RIABILITAZIONE
47	REUMATOLOGIA
48	TERAPIA INTENSIVA
49	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
50	UNITA' GINECINARICA
51	UNITA' SPINALE
52	UROLOGIA
53	UROLOGIA PEDIATRICA
54	TERAPIA DEL DOLORE
55	LETENUTI
TOTALE	
di cui POSTI LETTO ACUTI	
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	
di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA	

FOGGIA

160919(07)	160163	160047	160164	16019(07)	OFFERTA RETE PUGLIESE	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - San Giovanni Rotondo**	CORR Villa Serena e San Francesco - Foggia	CUC Santa Maria Bambina - Foggia*	CUC Professor Broccoli* - Foggia*	CUC Leonardo Di Luca - Castelmuccio Daunite	CUC San Michele - Manfredonia	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORNO 2019
12					12	12						12	24
42	14	10	12		78	24	12					36	114
82	24	20	18	6	150	60	15		30			105	255
6					5	14						14	14
12					12								12
16					16	20						20	36
12					12	17						17	29
4					4	5						5	9
18					18	32						32	50
30			10		40	40						40	80
18					18	48						31	97
3					3								3
20	22		32	20	94			10				10	104
10					10	18						18	28
32					32	32							32
84	28	28	28	20	160	24	25	30	30	30		185	361
20	12	8			40	40						24	64
20	6	4			30	18						18	46
20					20	32						32	62
42					42	38						38	78
16					16	20						20	16
10					10	20						20	20
2		4			2	6						2	4
2					2	2						2	4
10	8				18	48						48	66
32	24	20	16		82	55	38					91	183
60	24	16			100	60						60	160
12		10			22	16						16	38
22	10	20			52	28						28	78
58	18				72								72
15	15		15		45								45
18	8	20	40		86	50	15	40		21		126	212
12					12								12
20	8	8			36	30						30	66
15					15	8						8	23
8	6	4			18	8						8	26
30		14			44	38						38	82
2					2	2						2	4
823	223	208	169	46	1.469	857	163	80	60	51	31	1.182	2.661
805	195	166	97	28	1.289	797	88	30	60	30	31	1.036	3.67
18	8	20	40		86	70	15	40		21		148	0,37
20		22	32	20	94			10				10	0,16

**all'articolo 1 della legge della medicina generale, 16 pi sono dedicati alla medicina d'urgenza
 **l'articolo 1 della legge della medicina generale, 16 pi sono dedicati alla medicina d'urgenza
 **il sono oggetto di premessa (allegato)
 **l'articolo 1 della legge della medicina generale, 16 pi sono dedicati all'ortopedica
 **l'articolo 1 della legge della medicina generale, 16 pi sono dedicati all'ortopedica

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X					2	X							1	3
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X	X				2	X							1	3
ANESTESIA	X			X	X	3	X	X		X				3	6
ANGIOLOGIA							X							1	1
DAY HOSPITAL			X			1								1	1
DAY SURGERY				X		1								1	1
DIETETICA/DIETOLOGIA							X							1	1
DIVISIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X		6	11
EMOCIMICA	X	X		X	X	3	X							1	4
EMODINAMICA	X	X				2	X							1	3
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X		4	X							1	5
FISICA SANITARIA	X					1	X							1	2
GENETICA MEDICA	X					1	X							1	2
NEUROLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X		6	11
LABORATORIO DIAGNOSI	X					1	X							1	1
MEDICINA DEL LAVORO	X					1	X							1	1
MEDICINA LEGALE	X	X				2	X							1	3
MEDICINA NUCLEARE	X					1	X							1	2
MEDICINA SPORTIVA	X	X		X		3								1	3
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA							X							1	1
NEUROFISIOLOGIA		X				1	X							1	2
ONCOLOGIA	X	X	X	X	X	3	X							1	3
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X		8	11
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X					1	X							1	2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X	X	X	5	X							1	6
TERAPIA DEL DOLORE			X	X		2	X							1	3
TOSSICOLOGIA	X					1	X							1	2

66



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORGNAMENTO OSPEDALIERO

TABELLA C_RS

COD	DENOMINAZIONE	BAY					OFFERTA RETE PUBBLICA	Cdc Congregazione Diocesana Provvisoria - Stregola***	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORGNAMENTO 2019
		180177	180174(01)	180178	180174(02)	180183				
07	CARDIOCHIRURGIA									
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									
09	CARDIOLOGIA	12	16	12			40		40	
09	CHIRURGIA GENERALE	24	26	16			66		66	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE									
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									
12	CHIRURGIA PLASTICA									
13	CHIRURGIA TORACICA									
14	CHIRURGIA VASCOLARE									
02	DAY HOSPITAL									
98	DAY SURGERY									
52	DERMATOLOGIA									
18	EMATOLOGIA	20					20		20	
54	GASTROENTEROLOGIA	15					15		15	
21	GERIATRIA			10			10		10	
47	GRANDI USTIONI									
60	LUNGODEGENTI			10	20	30	20	20	50	
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBO			12			12		12	
24	MALATTIE INFETTIVE E TRIPICALI			20			20		20	
26	MEDICINA GENERALE	24	26	24			74	30	104	
29	NEFROLOGIA	20					20		20	
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
63	NEONATOLOGIA	6	6				12		12	
30	NEUROCHIRURGIA		20				20		20	
32	NEUROLOGIA	16	16				32		32	
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4					4		4	
75	NEUROREABILITAZIONE									
34	OCULISTICA	5					5		5	
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA									
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									
64	ONCOLOGIA	15					15		15	
38	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	24	16			64		64	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32	32	24			88		88	
39	OTORINOLARINGOIATRIA	16					16		16	
35	PEDIATRIA	16	16	12			44		44	
68	PNEUMOLOGIA			12			12		12	
40	PSICHIATRIA	20					20		20	
70	RADIOTERAPIA									
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE				40	40	50	50	90	
71	REUMATOLOGIA									
49	TERAPIA INTENSIVA	8	8	6			20		20	
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE									
50	UNITA' GONORRAGICA	4	8				12		12	
28	UNITA' SPINALE									
43	UROLOGIA		20				20		20	
78	UROLOGIA PEDIATRICA									
86	TERAPIA DEL DOLORE									
97	OSTEPAZI	4					4		4	
	TOTALE	283	218	174	60	735	100	100	835	
	di cui POSTI LETTO ACUTI	283	218	164		665	30	30	1,76	
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE				40	40	50	50	0,33	
	di cui POSTI LETTO LUNGO DEGENZA			10	20	30	20	20	0,13	

*attliche ingistiche successive determinano il territorio di almeno 20 pl di neuroriabilitazione.
 **Nella dotazione di chirurgia generale dell'Ospedale Donoro di Andria, 3 pl sono dedicati alla chirurgia plastica
 ***Nell'ambito della dotazione di pediatria dell'Ospedale di Foggia sono compresi 4 pl dedicati alla neonatologia
 **** pl sono oggetto di prattica (allegato)

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGLOGIA									
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA		X					1		1
ANESTESIA									
ANGIOLOGIA									
DAY HOSPITAL									
DAY SURGERY									
DIETETICA/DIETOLOGIA									
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X		X	X		3	X	1	4
EMOISIALI	X	X				2			2
EMODIAMICA	X					1			1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X			3			3
FISICA SANITARIA	X					1			1
GENETICA MEDICA									
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X				2			2
LABORATORIO DIAGNOSI	X	X	X			3	X	1	4
MEDICINA DEL LAVORO									
MEDICINA LEGALE									
MEDICINA NUCLEARE	X					1			1
MEDICINA SPORTIVA									
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA									
NEUROFISIOLOGIA									
ONCOLOGIA									
RADIOLOGIA	X	X	X			3	X	1	4
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X					1			1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X				2			2
TERAPIA DEL DOLORE									
TOSSICOLOGIA									

45



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIGORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C_38

COD	DENOMINAZIONE	BARI														OFFERTA RETE PUBBLICA
		140827(01)	140169(03)	140158	140157	140159	140977(02)	140140	140201	140202	140192	140183	140154(05)	140169(03)		
		AOU Consorzio Polivalente Bari	Ospedale Di Veneta - Carbonara di Bari	Ospedale San Paolo - Bari	Ospedale dellaurgia - Altamura	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	IRCCS Saverio de Belle - Castelana Grotte	Ospedale Umberto I - Corrado	Ospedale Don Tomaso Ballo - Molfetta	Plesso Michele Saraceno - Terzoli	Plesso Francesca Fallacara - Triggiano		
07	CARDIOCHIRURGIA	29													29	
08	CARDIOLOGIA							10							10	
09	CHIRURGIA GENERALE	48	12	20	12	12	10	8			8				10	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	130	24	24	24	18		18	44	50					130	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	20									24	16			372	
12	CHIRURGIA PLASTICA	24		10				30							20	
13	CHIRURGIA TORACICA	20							10						30	
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20							16						44	
22	DAY HOSPITAL	20	16												36	
28	DAY SURGERY														36	
32	DERMATOLOGIA															
34	EMATOLOGIA	20														
38	GASTROENTEROLOGIA	30							16						20	
41	GERIATRIA	4		10											46	
47	GRANDI LITONATI	16								40					16	
60	LUNGOEGENZI															
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RIMBORSO	20			12			20							16	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	25	12					10		10			20	20	72	
26	MEDICINA GENERALE	116	32	30	24	32	30								40	
29	NEFROLOGIA	25	10					24		10	18	38			67	
37	NEFROLOGIA PEDIATRICA				10										322	
62	NEONATOLOGIA	20	10	10	8	6	12								12	
30	NEUROCHIRURGIA	30	15												64	
33	NEUROLOGIA	20	20		15	10	15								45	
35	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE														137	
36	NEUROPSICHIATRIA ADULTA	8													20	
34	OCULISTICA	20	10		4										8	
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA							4							38	
63	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	20													20	
64	ONCOLOGIA	20													20	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	71	24	24	24	18	10	18	44	8					74	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	30	32	24	24									274	
58	OTORINOLARINGOIATRIA	25	12		10	10			14			18			224	
39	PEDIATRIA	81	16	12	10	10			8						65	
38	NEUROLOGIA	48	15	20	12	12	32				12				82	
40	PSICHIATRIA	29	15	15				10							63	
70	RADIODIAGNOSTICA	29						16							74	
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	20														
71	REUMATOLOGIA	20		4	8								40	40	172	
49	TERAPIA INTENSIVA	32	8	8	8	8	8	4	8	8					20	
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	8	8											92	
50	UNITA' CARDIACHE	18	8	8	4										20	
52	UNITA' SPINALE	12													36	
43	UROLOGIA	45	10	10	10	10		10							12	
76	UROLOGIA PEDIATRICA														95	
86	TERAPIA DEL DOLORE	2					10								10	
87	DETENTATI			18											2	
	TOTALE	1.195	276	257	228	160	177	112	166	124	108	70	68	60	3.013	
	di cui POSTI LETTO ACUTI	1.155	276	253	208	160	177	112	168	124	108	70		60	2.828	
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	40		4	8										85	
	di cui POSTI LETTO LONGOEGENZA				12			20					40	40	132	

* la nefrologia dell'AOU Policlinico di Bari è attivata al trasporto (6 pz codice 48)
 ** 1 pz della pediatria dell'AOU Policlinico sono dedicati all'assistenza per fibrosi cistica
 *** l'ambulatorio della dotazione di pediatria dell'Ospedale di Corrado sono compresi 4 pz dedicati alla neonatologia

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

SERVIZIO	140827(01)	140169(03)	140158	140157	140159	140977(02)	140140	140201	140202	140192	140183	140154(05)	140169(03)	TOTALE
ALLERGOLOGIA	X													1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X													1
ANESTESIA	X													1
ANGIOLOGIA			X				X	X	X	X	X	X	X	6
DAY HOSPITAL			X											1
DAY SURGERY														1
DIETETICA/DIETOLOGIA														
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
EMODIALISI	X													1
EMERGENZA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
FISICA SANITARIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
GENETICA MEDICA	X													11
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X												3
LABORATORIO DI ANALISI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
MEDICINA DEL LAVORO	X													1
MEDICINA LEGALE	X													10
MEDICINA NUCLEARE	X	X												1
MEDICINA SPORTIVA	X													1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X													2
NEURORADIOLOGIA	X	X												1
ONCOLOGIA	X													2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
RADIODIAGNOSTICA ONCOLOGICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2
SERVIZIO TRASPIANTALE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
TERAPIA DEL DOLORE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2
TOSSICOLOGIA	X													8



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORGNIO OSPEDALIERO

TABELLA C_85

COD	DENOMINAZIONE	160076	160147	160308	160087	160140	160100	160098	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORGNIO 2019
		Ospedale Generale MUGLI - Acquafredda Fontana	CdC CSB Mater Dei Hospital - Bari	Fondazione Salvatore Murgel - Cassano Murgese	CdC Santa Maria - Bari	CdC Anthea Hospital - Bari	CdC Maria Immacolata - NoCI	CdC Medico Vito Leccese - Conversano		
07	CARDIOCHIRURGIA		34		23	20			77	108
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									10
08	CARDIOLOGIA	38	34		20	14		13	119	249
09	CHIRURGIA GENERALE	50	32		18			18	124	496
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	14	3		1			1	19	39
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									30
12	CHIRURGIA PLASTICA		6		2				7	51
13	CHIRURGIA TORACICA		10						10	46
14	CHIRURGIA VASCOLARE	18	18					13	47	83
02	DAY HOSPITAL									
96	DAY SURGERY		12						12	12
52	DERMATOLOGIA	10							10	30
18	ESATOLOGIA	10							10	55
58	GASTROENTEROLOGIA	16	10						26	106
21	GERIATRIA	50							50	69
47	GRANDI USTIONATI									16
60	LUNGODEGENTI		14				28		42	114
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	10							10	60
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI									67
15	MEDICINA GENERALE	38	71						107	429
28	NEFROLOGIA	18	8						26	71
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									12
62	NEONATOLOGIA	20	8						26	80
30	NEUROCHIRURGIA	18	10			15			41	86
32	NEUROLOGIA	26	10						36	167
33	NEUROSCIENZA INFANTILE									20
75	NEURORIABILITAZIONE			20					20	26
34	ODONTOLOGIA	6	3		1			1	11	49
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA									20
68	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									20
64	ONCOLOGIA	12	4						16	90
38	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	55	32		18	17		30	152	366
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	49	30		35				113	337
36	OTORINOLARINGOIATRIA	8	2						10	75
39	PEZZERIA									92
60	PNEUMOLOGIA	18		8					26	119
40	PSICHIATRIA									74
70	RADIOTERAPIA									
58	RECUPERO E RIABILITAZIONE	22	75	188	10	20	61		376	488
71	REUMATOLOGIA									20
49	TERAPIA INTENSIVA	14	12		8	8			42	134
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8							8	28
50	UNITA' CORONARICA	8	8		6	6		4	32	68
23	UNITA' SPIRALE			14					14	26
43	UROLOGIA	34	8		10				52	147
78	UROLOGIA PEDIATRICA									10
86	TERAPIA DEL DOLORE	2							2	4
67	OSTENTIVI									
	TOTALE	573	449	230	152	100	89	80	1.673	4.670
	di cui POSTI LETTO ACUTI	551	360	8	142	80		80	1.221	3.118
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	22	75	222	10	20	61		410	0,43
	di cui POSTI LETTO LUNGO DEGENZA		14				28		42	0,09

***I pl sono esposti di prelieva (diagno), la pediatra e l'odontologia vengono garantite con servizio ambulatorio

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA										1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X									1
ANESTESIA	X	X		X	X			X		5
ANGIOLOGIA										1
DAY HOSPITAL										
DAY SURGERY										
DIETETICA PEDIATRICA										
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	X		7
EMOGOLISI	X	X								2
EMODIÁLISI	X	X		X	X			X		5
FARMACIA OSPEDALIERA	X		X							2
FISICA SANITARIA	X									1
GENETICA MEDICA	X									1
GERIATRIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X	X	X	X	X	X	X		7
LABORATORIO DIAGNOSI										1
MEDICINA DEL LAVORO										1
MEDICINA LEGALE										1
MEDICINA NUCLEARE	X		X							2
MEDICINA SPORTIVA										1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X									1
NEUROFISIOLOGIA										3
ONCOLOGIA										2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X		7
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X	X								2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X								1
TERAPIA DEL DOLORE										1
TOSSICOLOGIA										

67



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C_bis

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		TARANTO															OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RORDINO 2019
		160172[D1]	160168	160208	160172[D3]	160274	160172[D4]	OFFERTA RETE PUBBLICA	160118	160151	160114	160248	160241	160243	160112	160119		
COO	DENOMINAZIONE	Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	Ospedale Civile - Castellaneta	Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	Ospedale San Giuseppe Moscati - Stanza*	Ospedale Marianna Giannuzzi - Manduria	Plesso San Marco - Grottole**	CoC V.lla Verde - Taranto	CoC Bernardini - Taranto*	CoC San Carlo - Taranto	Centro Medico Riabilitativo e Magerit - Ginoza	CoC V.lla Bianca - Martina Franca	CoC Cittadella della Carità - Taranto	CoC D'Amore Hospital - Taranto	CoC Santa Rosa - Taranto			
07	CARDIOCHIRURGIA							18									18	
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
09	CARDIOLOGIA	18	12	12		8		50	24					10			34	
10	CHIRURGIA GENERALE	28	24	18	10	18		98		15	25				23		63	
11	CHIRURGIA MAXILLO FACIALE																	
12	CHIRURGIA PEDIATRICA																	
13	CHIRURGIA PLASTICA				8			6									6	
14	CHIRURGIA TORACICA				5			5									5	
15	CHIRURGIA VASCOLARE	20						20									20	
16	DAY HOSPITAL																	
17	DAY SURGERY																	
18	DERMATOLOGIA																	
19	EMATOLOGIA				22			22									22	
20	GASTROENTEROLOGIA	10						10			5						5	
21	GIUNTA	15						15	26							14	40	
22	GRANDI USTIONI																	
23	LUNGODEGENTI		10	8		8	32	58									58	
24	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO				2			2									2	
25	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI					25		25									25	
26	MEDICINA GENERALE	50	32	32		32		146	20	25	14			30		16	105	
27	NEFROLOGIA	20		8				28									28	
28	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
29	NEONATOLOGIA	18						18									18	
30	NEUROCHIRURGIA	20						20		12							12	
31	NEUROLOGIA	24	12					36									36	
32	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
33	NEUROMASSAGGIO																	
34	OCULISTICA	8						8		2							2	
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA																	
36	ONCOLOGIA	10			20	5		35									5	
37	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	35	28	18		18		100		28	28			17			73	
38	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	54	32	24	6			116		8							6	
39	OTORINOLARINGOIATRIA		6		5			11									11	
40	PEDIATRIA	20		12				32									32	
41	PNEUMOLOGIA				20	10		30	12		15	10					37	
42	PSICHIATRIA	15	15					30									30	
43	RADIOTERAPIA																	
44	RESPIRO E RIABILITAZIONE		8	8			40	56	50			57	64	20			191	
45	REUMATOLOGIA	8						8									8	
46	TERAPIA INTENSIVA	20	8	6	4	6		44	6								6	
47	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10						10									10	
48	UNITA' D'ONCOLOGIA	14	4	4				22	8								8	
49	UNITA' SPINALE																	
50	UROLOGIA	12		12	4			28		8	8						14	
51	UROLOGIA PEDIATRICA																	
52	TERAPIA DEL DOLORE	2						2									2	
53	OSTENTIVI																	
54	TOTALE	421	201	162	129	105	72	1.088	164	36	33	67	64	60	40	30	614	
55	di cui POSTI LETTO ACCUTI	421	183	146	129	97		974	114	36	33	10	40	40	30		423	
56	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		8	8				40	56	50							191	
57	di cui POSTI LETTO LUNGO DEGENZA		10	8		8	32	58					64	20			6	

*Oncoematologia pediatrica funzionerà in spole con AOU Policlinico di Bari, mentre le discipline chirurgiche del Moscati funzioneranno in spole con IRCCS Giovanni Paolo II di Bari.

**L'Ospedale di Grottole è plesso del SS. Annunziata e sarà convertito in presidio per la parte ospedaliera al completamento dei lavori per la costruzione del nuovo Ospedale di Taranto

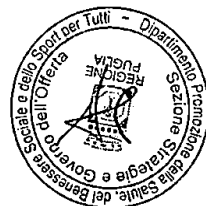
***Nell'ambito della dotazione di posti letto dell'Ospedale di Martina Franca sono compresi i posti dedicati alla neonatologia e al codice 37 del Moscati sono dedicati esclusivamente ad attività ginecologica e non ostetrica

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

nella dotazione di medicina dell'Ospedale di Manduria, 8 posti sono dedicati all'assistenza infermieristica

ALLERGIOLOGIA	X							1										1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X							1										1
ANESTESIA									X	X	X				X			4
ANGIOLOGIA																		
DAY HOSPITAL																		
DAY SURGERY																		
DIETETICA E NUTRIZIONE																		
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8
ECMOLOGIA																		
ECMOLOGIA	X	X						2										2
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X		X			4										4
FISICA SANITARIA	X							1										1
GENETICA MEDICA	X							1										1
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																		
LASCIATORIO D'AVULSIONI	X	X	X		X			4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8
MEDICINA DEL LAVORO																		
MEDICINA LEGALE	X							1										1
MEDICINA NUCLEARE	X							1										1
MEDICINA SPORTIVA																		
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA																		
NEUROLOGIA	X							1										1
ONCOLOGIA				X				1										1
RADIOLOGIA	X	X	X		X			4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X							1										1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X					3										3
TERAPIA DEL DOLORE	X							1										1
TOSSICOLOGIA																		

48



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C_95

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BRINDISI								TOTALE OFFERTA RIORDINO 2019
COD	DENOMINAZIONE	180170	180182	180173(a)	180181	OFFERTA RETE PUBBLICA	C&C Salva - Brindisi	IRCCS - Motta - Brindisi	OFFERTA RETE PRIVATA	
07	CARDIOCHIRURGIA									
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									
09	CARDIOLOGIA	30	12				42			42
10	CHIRURGIA GENERALE	32	24		16	72	10		10	82
11	CHIRURGIA MANILLO-FACCIALE									
12	CHIRURGIA PEDIATRICA									
13	CHIRURGIA PLASTICA	20					20			20
14	CHIRURGIA TORACICA									
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20					20	10	10	30
02	DAY HOSPITAL									
56	DAY SURGERY									
53	DERMATOLOGIA	4					4			4
18	FIATROLOGIA	20					20			20
58	GASTROENTEROLOGIA	10					10			10
21	GERIATRIA	30					30			30
47	GRANDI USTIONATI	8					8			8
60	LUNGODEGENTI	20			20	40				40
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	8					8			8
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	15					15			15
28	MEDICINA GENERALE	60	32		32	124	30		20	144
29	NEFROLOGIA	20					20			20
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
62	NEONATOLOGIA	16	6				22			22
30	NEUROCHIRURGIA	18					18			18
35	NEUROLOGIA	32					32			32
32	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									
75	NEURORIABILITAZIONE			40				30	30	70
34	OCULISTICA	10					10			10
33	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA									
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									
84	ONCOLOGIA	20	12				32			32
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	24		18	78	10		10	88
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50	32				82	10	10	92
26	OTORINOLARINGOIATRIA	16					16			16
39	PEDIATRIA	20	18				36			36
68	PNEUMOLOGIA	20			20	40				40
40	PSICHIATRIA	15	16				31			31
70	RADIOTERAPIA									
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE			45			45			45
71	REUMATOLOGIA									
49	TERAPIA INTENSIVA	16	8				24			24
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10					10			10
50	UNITA' CORONARICA	12	8				18			18
28	UNITA' SPINALE			20			20			20
43	UROLOGIA	24					24			24
78	UROLOGIA PEDIATRICA									
46	TERAPIA DEL DOLORE	2					2			2
97	DETERUTI									
	TOTALE	614	188	103	106	1.011	60	30	90	1.101
	di cui POSTI LETTO ACUTI	594	188		86	869	60		60	2.311
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE			105		105		30	30	0,34
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA	20			20	40				0,10

I post letto codice 37 della C&C Salva sono dedicati ad attività esclusivamente ginecologica e non ostetrica

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X			X		2				2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X					1				1
ANESTESIA				X		1	X		1	2
ANGIOLOGIA	X					1				1
DAY HOSPITAL										
DAY SURGERY										
DIETETICA-NEUTROLOGIA	X					1				1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X		4	X	X	2	6
EMODIALISI	X	X		X		3				3
EMODIAMIACA	X					1				1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X		X		3				3
FISICA SANITARIA	X					1				1
GENETICA MEDICA										
GINECOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI										
LABORATORIO D'ANALISI	X	X		X		3	X	X	2	5
MEDICINA DEL LAVORO										
MEDICINA LEGALE	X	X				2				2
MEDICINA NUCLEARE	X					1				1
MEDICINA SPORTIVA										
NEUROFISIOLOGIA E MIROLOGIA	X					1				1
NEUROPSICHIATRIA										
ONCOLOGIA										
RADIOLOGIA	X	X		X		3	X	X	2	6
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X					1				1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X				2				2
TERAPIA DEL DOLORE	X					1				1
TOSSICOLOGIA	X					1				1

UP



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C_85

DISTRIBUTUZIONE DEI POSTI LETTO. Tabella with columns for COD, DENOMINAZIONE, various hospital codes (180111[01] to 180117[03]), and columns for OFFERTA RETE PUBBLICA and OFFERTA RETE PRIVATA. It includes a summary row for 'TOTALE OFFERTA RIORDINO 2019'.

* I trattamenti dei reparti degli ospedali di Casarano, Galatina e Copertino saranno affiancati una volta completati i lavori presso le strutture di destinazione...
** nell'ambito della struttura di pediatria degli Ospedali di Gallipoli e Scorrano sono compresi gli ex dedicati alla neonatologia, a Copertino e Galatina e gli TIPO...
** il sono oggetto di pratica (abgeigt)

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

Table with columns for various medical services (ALLERGIOLOGIA, ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA, ANESTESIA, etc.) and a grid of 'X' marks indicating service availability across different hospital entities.

50



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDNAMENTO OSPEDALIERO

TABELLA C_09

COD	DENOMINAZIONE	TOTALE PUGLIA		
		OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDNAMENTO 2019
07	CARDIOCHIRURGIA	71	132	203
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	10		10
08	CARDIOLOGIA	422	222	644
09	CHIRURGIA GENERALE	899	375	1.274
10	CHIRURGIA MASCELLO FACIALE	30	37	67
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	55		55
12	CHIRURGIA PLASTICA	90	7	97
13	CHIRURGIA TORACICA	77	30	107
14	CHIRURGIA VASCOLARE	100	95	195
02	DAY HOSPITAL			
06	DAY SURGERY		12	12
52	DERMATOLOGIA	32	15	47
18	EMATOLOGIA	150	60	210
58	GASTROENTEROLOGIA	191	71	262
21	GERIATRIA	159	169	328
47	GRANDI USTIONATI	27		27
80	LUNGO DEGENZI	389	98	487
18	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	82	28	110
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	195		195
29	MEDICINA GENERALE	1.074	525	1.599
23	NEFROLOGIA	182	60	242
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	12		12
62	NEONATOLOGIA	150	52	202
30	NEUROCHIRURGIA	155	103	258
32	NEUROLOGIA	317	102	419
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	40		40
75	NEUROREABILITAZIONE	48	60	108
34	OCULISTICA	83	32	115
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	2	2	4
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	35	20	55
84	ONCOLOGIA	254	78	332
36	ORTODONZIA E TRAUMATOLOGIA	685	395	1.080
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	748	234	982
38	OTORINOLARINGOIATRIA	158	44	202
39	PEDIATRIA	318	38	356
68	PREVENZIONE	292	83	375
40	PSICHIATRIA	261	16	277
70	RADIOTERAPIA			
50	RECUPERO E RIABILITAZIONE	477	652	1.129
71	REUMATOLOGIA	42		42
49	TERAPIA INTENSIVA	254	113	367
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	65	22	87
50	UNITA' CORONARICA	134	69	203
28	UNITA' SPINALE	38	14	52
43	UROLOGIA	257	148	405
78	UROLOGIA PEDIATRICA	10		10
98	TERAPIA DEL DOLORE	10	6	16
97	DETENUTI	20		20
TOTALE		9.073	4.445	13.518
di cui POSTI LETTO ACUTI		6.127	3.391	9.518
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		557	956	1.513
di cui POSTI LETTO LUNGO DEGENZA		389	98	487

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	7	2	9
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10	3	13
ANESTESIA	13	78	91
ANGIOLOGIA	2	2	4
DAY HOSPITAL	1		1
DAY SURGERY	1		1
DIETETICA/NEFROLOGIA	2	1	3
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	38	31	69
EMODIALISI	17	4	21
EMODIEMIA	6	9	15
FARMACIA OSPEDALIERA	37	4	41
FISICA SANITARIA	8	2	10
GENETICA MEDICA	6	3	9
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	3		3
LABORATORIO D'ANALISI	31	30	61
MEDICINA DEL LAVORO	2		2
MEDICINA LEGALE	6	1	7
MEDICINA NUCLEARE	7	4	11
MEDICINA SPORTIVA	4		4
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	4	3	7
NEUROLOGIA	5	2	7
ONCOLOGIA	9		9
RADIOLOGIA	33	30	63
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	7	4	11
SERVIZIO TRASFUSIONALE	26	3	29
TERAPIA DEL DOLORE	6	1	7
TOSSICOLOGIA	2	1	3

51

000



Regione Puglia - Piano di Ricambio Ospedaliero - Tabella D
CRONOGRAMMA DI RICONVERSIONE

Provincia	Centrale Operativa 118 di afferenza	N° Accessi Totali Anno	N° Accessi Medici Die	ENTRO					31/12/2018 riconversione prevista con postazione medicalizzata 118
				31/05/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118	30/09/2017 equipio strutturato ore diurno** ed equipio 118 ore notturno**	30/09/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118	31/12/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118	31/12/2018 riconversione prevista con postazione medicalizzata 118	
Foggia	PPT Vico del Garbano	16003	7.124	20	X	X	X	X	X
	PPT Vieste	16003	6.916	19	X	X	X	X	X
	PPT Torremaggiore	16003	6.785	19	X	X	X	X	X
	PPT San Marco in Lamis	16003	4.228	12	X	X	X	X	X
	PPT Trani*	16001	9.997	27	X	X	X	X	X
	PPT Canosa di Puglia*	16001	7.360	20	X	X	X	X	X
	PPT Minervino Murge	16001	1.904	4	X	X	X	X	X
	PPT Spinazzola	16001	1.382	4	X	X	X	X	X
	PPT Trigliano*	16001	10.975	30	X	X	X	X	X
	PPT Trinità	16001	10.805	30	X	X	X	X	X
Bari	PPT Bitonto	16001	5.825	16	X	X	X	X	X
	PPT Conversano	16001	5.375	10	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16001	2.373	7	X	X	X	X	X
	PPT Casamassima	16001	2.226	6	X	X	X	X	X
	PPT Santeramo	16001	2.196	6	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16001	2.171	6	X	X	X	X	X
	PPT Rotondo	16001	2.101	6	X	X	X	X	X
	PPT Polignano a Mare	16001	2.089	6	X	X	X	X	X
	PPT Casale di Stabia	16001	1.923	5	X	X	X	X	X
	PPT Bari	16001	1.644	5	X	X	X	X	X
Taranto	PPT Grottole	16001	1.544	4	X	X	X	X	X
	PPT Gravina in Puglia	16001	1.508	4	X	X	X	X	X
	PPT Locorotondo	16001	1.507	4	X	X	X	X	X
	PPT Mottola	16001	1.472	4	X	X	X	X	X
	PPT Alberobello	16001	1.457	4	X	X	X	X	X
	PPT San Cesario S/P	16004	26.250	72	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16004	16.256	45	X	X	X	X	X
	PPT Massara	16004	10.216	28	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16004	2.628	7	X	X	X	X	X
	PPT Massara	16004	8.631	23	X	X	X	X	X
Brindisi	PPT San Pietro Vernotico*	16005	8.482	23	X	X	X	X	X
	PPT San Pietro Vernotico*	16005	6.978	19	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16005	6.547	18	X	X	X	X	X
	PPT Grottole	16005	1.965	5	X	X	X	X	X
Lecce	PPT Campi Salentina	16003	3.324	9	X	X	X	X	X
	PPT Nardò	16003	3.816	10	X	X	X	X	X
	PPT Poggiardo	16003	2.326	6	X	X	X	X	X
COMPLESSIVO			204.162	15					

*PPT di nuova e trasferita istituzione a seguito di riconversione di preesistente presidio ospedaliero dotato di pronto soccorso. Gli accessi sono esclusivamente i reddi bianchi e verdi dell'anno 2015.
 **ore diurne 8-20, ore notturne 20-8.
 La tempistica indicata può essere anticipata a discrezione della direzione strategica della ASL se carenze d'organico e esigenze assistenziali salvavita lo richiedono.
 Per le località interessate da intenso e documentato flusso turistico estivo la direzione strategica della ASL può istituire, attingendo agli istituti contrattuali e organizzativi dell'ICN/AIR, punti di continuità assistenziale turistica dal 15/06 al 15/09 di ogni anno.



DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		TOTALE PUGLIA			DIMENSIONAMENTO DISCIPLINE PER BACINO EX DM70		
COD	DENOMINAZIONE	OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2019	N° STRUTTURE		DIFF
					MINIMO	MASSIMO	
07	Cardiochirurgia	2	6	8	3	7	1
06	Cardiochirurgia Pediatrica	1	0	1	1	1	0
08	Cardiologia	23	11	34	14	27	7
09	Chirurgia Generale	32	15	47	20	41	6
10	Chirurgia Maxillo Facciale	1	6	7	2	4	3
11	Chirurgia Pediatrica	2	0	2	2	3	-1
12	Chirurgia Plastica	5	2	7	2	4	3
13	Chirurgia Toracica	4	2	6	3	5	1
14	Chirurgia Vascolare	6	7	13	5	10	3
02	Day hospital	0	0	0	nd	nd	nd
98	Day surgery	0	2	2	nd	nd	nd
52	Dermatologia	1	2	3	3	7	-4
18	Ematologia	7	3	10	3	7	3
58	Gastroenterologia	9	4	13	5	10	3
21	Geriatria	3	5	8	5	10	-2
47	Grandi Ustionati	1	0	1	1	1	0
60	Lungodegenti	0	5	5	27	51	-46
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	4	2	6	3	7	-1
24	Malattie Infettive e Tropicali	8	0	8	3	7	1
26	Medicina Generale	32	17	49	27	51	-2
29	Nefrologia	7	4	11	3	7	4
77	Nefrologia Pediatrica		0	0	1	1	-1
62	Neonatologia	3	4	7	3	7	0
30	Neurochirurgia	7	7	14	3	7	7
32	Neurologia	15	5	20	14	27	-7
33	Neuropsichiatria Infantile	2	0	2	1	2	0
75	NeuroRiabilitazione	0	5	5	3	7	-2
34	Oculistica	8	10	18	14	27	-9
35	Odontoiatria e Stomatologia	1	1	2	5	10	-8
65	Oncoematologia Pediatrica	2	1	3	1	2	1
64	Oncologia (con posti letto)	10	5	15	7	14	1
36	Ortopedia e Traumatologia	25	14	39	20	41	-2
37	Ostetricia e Ginecologia	24	9	33	14	27	6
38	Otorinolaringoiatria	8	5	13	14	27	-14
39	Pediatria	15	2	17	14	27	-10
68	Pneumologia	12	6	18	5	10	8
40	Psichiatria	16	1	17	14	27	-10
56	Recupero e Riabilitazione funzionale	7	20	27	nd	nd	nd
71	Reumatologia	3	0	3	3	7	-4
49	Terapia Intensiva	22	10	32	14	27	5
73	Terapia Intensiva Neonatale	4	3	7	3	7	0
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardi	0	9	9	14	27	-18
28	Unità spinale	0	1	1	nd	nd	nd
43	Urologia	11	9	20	14	27	-7
78	Urologia Pediatrica	1	0	1	1	1	0
Totale complessivo		344	220	564	314	619	55

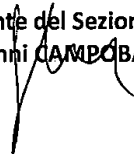


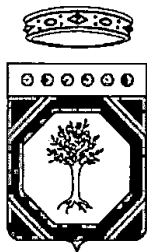
**REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO B

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





**REGIONE
PUGLIA**

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

***Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza
Urgenza della Regione Puglia***



INTRODUZIONE

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi rapidissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie urgenti. Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato per effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo del paziente verso un'esistenza il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza-urgenza.

Il sistema di Emergenza – Urgenza in ambito sanitario rappresenta l'insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di un'emergenza o urgenza. Al sistema afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extraospedaliere tra loro funzionalmente integrate che si articolano in una configurazione a rete composta da:

- centrale operativa, dotata di numero di accesso breve ed unico ("118") su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale;
- un sistema territoriale che opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria ed assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata;
- un'insieme di servizi e strutture ospedaliere funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati che operano nella fase di "risposta" al fine di garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico, l'adozione di interventi terapeutici adeguati, l'osservazione clinica e l'eventuale ricovero del paziente.

Nel presente documento viene affrontato in maniera organica il sistema di Emergenza – Urgenza della Regione Puglia, nella imprescindibile consapevolezza che una programmazione in questo settore deve necessariamente considerare le ricadute sulla rete ospedaliera dell'elezione e su quella territoriale. L'elemento essenziale del sistema è la reale e continua integrazione tra le tre reti (rete dell'emergenza-urgenza, rete ospedaliera e rete territoriale), che avviene attraverso una programmazione contemporanea e coerente nei tre ambiti creando e favorendo al massimo gli strumenti anche tecnologici e informatici di dialogo, accessibilità e presa in carico, pur mantenendo rigorosamente separata la mission di ciascuna di esse.

Occorre tuttavia, tenere presente che la Regione ha avviato un percorso di profonda revisione del sistema della emergenza-urgenza culminato con la **approvazione da parte della Giunta Regionale del Disegno di legge n. 157 del 2 agosto 2018**, con cui la **Giunta Regionale ha**



approvato uno schema di Disegno di Legge che innova profondamente il sistema con la costituzione di una Azienda regionale per l'emergenza urgenza (AREU Puglia) . Il disegno di legge di istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, attualmente in attesa di calendarizzazione per la discussione in Consiglio Regionale, si pone l'obiettivo di dotare la Regione di un nuovo modello organizzativo nell'ambito dell'emergenza urgenza territoriale, che nel superare l'attuale assetto ricomprenda **sia la fase di allarme e di risposta extraospedaliera, sia, a regime, la fase di risposta ospedaliera**, assicurando a tutti gli operatori del sistema i diritti fondamentali assicurati a chi presta il proprio lavoro nel servizio sanitario.

L'AREU PUGLIA sarà una azienda sovraterritoriale dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e gestionale, sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, con compiti di gestione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria della Regione Puglia, nel rispetto della programmazione e delle direttive della Regione Puglia – Dipartimento Promozione della salute.

Come illustrato negli incontri già svolti, nella fase iniziale la riforma si incentrerà sulla parte territoriale, per poi prevedere, in una fase successiva, la piena integrazione con la parte ospedaliera.

Il disegno di legge prevede che il sistema informativo dell'assistenza in Emergenza-Urgenza supporti le attività ed i servizi territoriali del Sistema 118 ed il coordinamento con le strutture ospedaliere di accettazione d'urgenza al fine di favorire una sempre maggiore tempestività ed efficacia dell'intervento, oltre a garantire la continuità assistenziale delle cure a beneficio dell'assistito.

Il sistema di allarme sanitario poggia su una Centrale Operativa Regionale, con compiti di coordinamento e 5 centrali operative provinciali, che ne rappresentano l'articolazione territoriale.

Entro 90 giorni dall'insediamento degli organi istituzionali è prevista l'adozione di un protocollo operativo, sulle modalità di governo della gestione dell'allarme sanitario e di comunicazione tra centrale regionale e centrali provinciali, ivi compresa la definizione delle aree di confine tra le aree di competenza delle diverse centrali provinciali e le modalità di gestione delle chiamate provenienti da tali aree.

Il Presidente della Giunta Regionale procederà alla nomina, a capo della costituenda Azienda, di un Direttore generale, con le modalità e le procedure stabilite dalla normativa vigente per il conferimento degli incarichi di Direzione generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. IL DG dovrà dunque essere iscritto all'apposito Albo.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'AREU PUGLIA saranno disciplinati dall'Atto aziendale, adottato dal Direttore generale entro 90 giorni e sottoposto all'approvazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute.

Dall'AREU PUGLIA dipenderà a regime tutto il personale incardinato nel Sistema di Emergenza Urgenza come declinato nell'art. 1, comma 3 dello s.d.l. In particolare, **senza restare** quanto



previsto dalla disciplina nazionale in materia di accesso all'impiego nel Servizio Sanitario, tutto il personale impiegato nel servizio di emergenza – territoriale 118 avrà un **rapporto di dipendenza con il SSR**. Al personale dell' AREU PUGLIA si applicheranno le disposizioni legislative e contrattuali vigenti per il personale del Servizio sanitario regionale.

Particolarmente complesso è il passaggio dei medici convenzionati attualmente in servizio nel 118 alle dipendenze dell'Azienda, a causa di rilevanti ostacoli normativi (mancanza di specializzazione necessaria per ingresso nel SSN, assenza di disposizioni speciali su passaggio alla dipendenza, limiti alla facoltà di assumere personale).

Pertanto, nelle more della completa attuazione del nuovo assetto dettato dalla presente legge e della definizione delle modalità per l'eventuale passaggio alla dipendenza del personale, i medici impiegati nel servizio di emergenza 118 potranno **continuare ad essere impiegati in regime di convenzione (art. 16)**.

Occorre inoltre evidenziare che, nelle more della costituzione della AREU Puglia, la Regione ha già in corso un percorso di adeguamento della regolamentazione relativa all'affidamento delle postazioni 118 alle previsioni del Codice del Terzo Settore (D.lgs.n.117/2017), che andranno ad incidere pesantemente sull'organizzazione delle postazioni da parte delle associazioni di volontariato, già prima della attuazione delle norme istitutive della Agenzia. In particolare le disposizioni contenute agli artt. 56 -57 del testo richiamato, nella misura in cui prevedono il solo rimborso delle spese documentate "entro limiti massimi e alle condizioni preventivamente stabilite dall'ente medesimo", come puntualizzato dall'art.17, con divieto di rimborsi forfetari, costituiscono un serio argine a possibili abusi ed irregolarità.

Il sistema vedrà dunque nei prossimi mesi una profonda trasformazione da cui non potrà essere esclusa anche una ulteriore revisione della rete territoriale dell'emergenza urgenza in termini di numero di postazioni, collocazione delle stesse, tipologia di equipaggi. Tale revisione, attualmente in corso di valutazione dà parte degli uffici, sarà oggetto di specifici atti deliberativi nel corso del 2019.

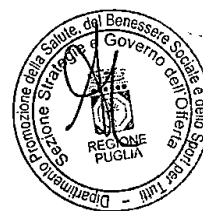
Con riferimento alla situazione attuale, a seguito dell'emanazione del **DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei Livelli di assistenza sanitaria di emergenza"**, G.U. n. 76 del 31/03/92, si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio delle offerte di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi soggetti istituzionali, Centrale Operativa (C.O.) 118 e Dipartimenti di Emergenza – Urgenza e Assistenza (DEA) tra

loro integrati e cooperanti al fine di garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di emergenza Territoriale 118 e i Pronto Soccorso/DEA che sono le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria.

Con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010** e la successiva **Legge Regionale n. 2 del 09/02/2011** si è proceduto all' *"Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di Rientro e di Riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico: Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012"*. A seguire con **Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21/06/2011** sono stati individuati i *"Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012"*, mentre con **Delibera di Giunta Regionale n. 1110 del 05/06/2012** è stato modificato ed integrato il Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n.18 e s.m.i. di *"Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia"*.

La Regione Puglia, con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2413 del 10/12/2013**, ha istituito il comitato tecnico-regionale per l'Emergenza – Urgenza con l'obiettivo di formulare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della "Rete Emergenza - Urgenza", attraverso la ricognizione dei bisogni e l'analisi dello stato dell'arte, con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni volte alla stabilizzazione del paziente critico, all'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, alla riduzione del ricorso a strutture specialistiche di II livello e all'efficace collegamento tra strutture ad elevata specialità. Azioni integrate che permetteranno di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza del sistema.

Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016 è stato adottato il Regolamento di riordino ospedaliero, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 2016, da sottoporre ad approvazione definitiva a seguito dei pareri della competente Commissione consiliare e dei Ministeri affiancanti l'attuazione del Piano Operativo (Ministero della Salute e MEF).



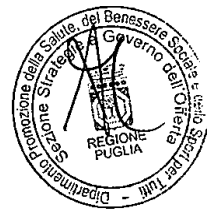
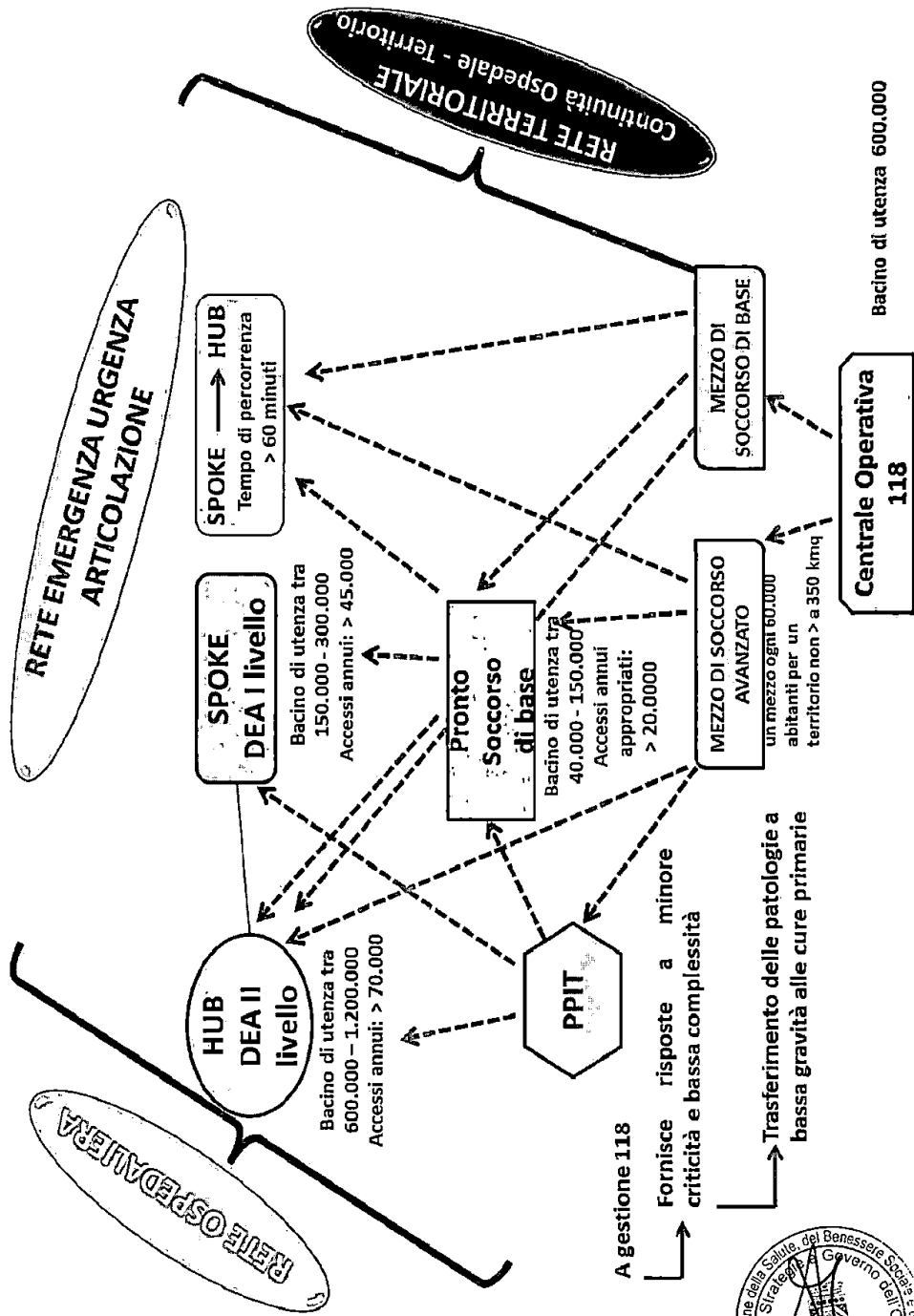
LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA

La rete di Emergenza – Urgenza assume una valenza strategica in quanto ponte fra territorio ed ospedale, un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire e gestire una vasta gamma risposte. La rete della Emergenza – Urgenza della Regione Puglia è articolata in rete dell'emergenza – urgenza territoriale (postazioni territoriali e Centrali 118) e ospedaliera, in linea con il D.M. n. 70/2015 e la legge di Stabilità 2016.

Criteria utilizzati per la ridefinizione della nuova Rete Emergenza – Urgenza Territoriale ed Ospedaliera:

- n.1 HUB: ogni 600.000- 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 70.000 unità;
- n.1 SPOKE: ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 45.000 unità;
- n. 1 Pronto Soccorso: ogni 80.000-150.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati > di 20.000 unità;
- n. 1 Centrale Operativa 118: ogni 600.000 abitanti;
- trasformazione dei Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118.





LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA –URGENZA OSPEDALIERA

Nel ridisegnare la nuova rete dell'Emergenza – Urgenza ospedaliera si ribadisce, come asse portante dell'organizzazione del soccorso, la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA).

Nella definizione dei centri HUB e SPOKE ed al fine di garantire l'appropriatezza delle complessa gestione dei livelli di assistenza in urgenza si è tenuto conto delle aree considerate impervie o disagiate collegate attraverso una rete viaria complessa che determinano una conseguente dilazione dei tempi.

DEA II LIVELLO HUB		DEA I LIVELLO SPOKE		Pronto Soccorso	
Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete
n. 6	n. 5	n. 7	n. 17	n. 27	n. 11*

*si intende ricompreso l'Ospedale di Lucera

La classificazione degli HUB e degli SPOKE è stata fatta anche in funzione del ruolo già svolto dal presidio ospedaliero nella gestione delle reti delle patologie complesse “tempo dipendenti”, quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombosi.

In questo contesto, “gli organici dedicati e specifici” per l'emergenza ospedaliera dovranno divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, saranno in grado di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. L'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza dovrà essere inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30/01/98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) ed in linea con gli standard già concordati con le Società Scientifiche di riferimento. Dai centri di eccellenza (DEA zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, si svilupperà una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei PPIT che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE di competenza. Cruciale per la corretta organizzazione della rete ospedaliera è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali. Ulteriore elemento che il sistema dell'Emergenza-Urgenza dovrà considerare è l'identificazione di reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale in sinergia con la rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale.



STANDARD ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALI DELLE STRUTTURE DI EMERGENZA-URGENZA OSPEDALIERA

DEA II livello (HUB)

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) II livello (HUB) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OBI) e di letti per la Terapia Subintensiva (MUSI).

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'ospedale nel quale è presente il DEA II livello (HUB) deve essere dotato, oltre delle strutture previste per il DEA I livello (SPOKE), anche delle discipline a maggiore complessità, quali cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica) h 24, medicina nucleare e servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del DEA II Livello si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera (almeno 8 posti letto tecnici);
- medicina d'urgenza – subintensiva (almeno 8 posti letto tecnici, di cui 4 monitorati)

DEA I livello (SPOKE)

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) I livello (SPOKE) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari di complessità minore ed intermedia della popolazione, demandando al HUB di riferimento i casi di alta complessità. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OB), di cui alcuni monitorati.

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'ospedale nel quale è presente il DEA I



livello deve essere dotato, con il relativo servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista, delle seguenti specialità: medicina generale, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), pediatria, cardiologia con U.T.I.C., neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, otorinolaringoiatra e urologia. Inoltre, devono essere presenti o disponibili h. 24 i servizi di radiologia con T.A.C. ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del Dipartimento di I Livello si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera (almeno n. 8 posti letto tecnici);
- medicina d'urgenza – subintensiva (con n. 4 posti letto monitorati).

Pronto Soccorso di Base

Il Pronto Soccorso di base (PS), deve compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente allo SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

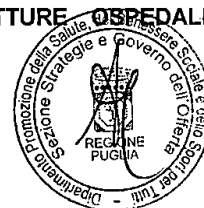
In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*, l'ospedale nel quale è presente il Pronto Soccorso di Base deve essere dotato di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di radiologia, laboratorio e emoteca.

Il Pronto Soccorso di Base si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico, obbligatorio oltre i 25.000 accessi / anno;
- area di trattamento dei codici gialli, verdi e bianchi;
- area di stabilizzazione delle emergenze.

Inoltre deve essere dotato di posti letto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza ed alla media degli accessi.

CRITERI DI CALCOLO DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI EMERGENZA-URGENZA



PERSONALE MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE ED URGENZA			
STRUTTURA	COEFF. MEDICI	COEFF. INFERMIERI	COEFF. SUPPORTO
PRONTO SOCCORSO	0,20	0,32	0,16
D.E.A.	0,26	0,40	0,20
MODALITA' DI CALCOLO			
N° MEDICI =	5 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° INFERMIERI =	7 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° SUPPORTO =	5 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° AUTISTI =	Num. Ambulanze * ore servizio / 4		

TRIAGE INFERMIERISTICO			
NUM.ACCESSI * 0,12 / DEBITO ORARIO INFERMIERISTICO			
DEBITO ORARIO ANNUO MEDICO		1.433	
DEBITO ORARIO ANNUO INFERMIERISTICO		1.450	

OSSERVAZIONE BREVE			
N° MEDICI =	0,48	* num. Posti letto	
N° INFERMIERI =	0,73	* num. Posti letto	
N° SUPPORTO =	0,22	* num. Posti letto	

MEDICINA D'URGENZA / SEMINTENSIVA			
N° MEDICI	=	0.6 * num. Posti Letto	
N° INFERMIERI	=	1.46 * num. Posti Letto	
N° SUPPORTO	=	0.44 * num. Posti Letto	



LA RICONVERSIONE DELLA RETE DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO IN POSTAZIONI MEDICALIZZATE DEL 118.

In seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post acuzie oppure in una struttura territoriale, si rende necessario istituire delle postazioni medicalizzate del 118, direttamente affidati al 118. Inoltre, così come previsto dal Decreto Ministeriale 2/04/2015, n.70, anche **gli attuali Punti di Primo Intervento (PPI) devono trasformarsi in Postazioni medicalizzate gestite funzionalmente e organizzativamente dal Sistema 118.** La trasformazione delle succitate strutture a gestione ospedaliera in Postazioni 118 sarà garantita dal rispetto delle norme contrattuali, ovvero dalla sostituzione dei dirigenti medici di AREA 113 attualmente presenti nei Pronto Soccorso e nei PPI con medici convenzionati con le Centrali Operative. I dirigenti medici di Area 113 potranno essere allocati all'interno della rete dell'emergenza-urgenza nelle strutture sanitarie ospedaliere in cui si registrano le maggiori criticità relativamente alla dotazione organica.

L'obiettivo è di trasferire alle cure primarie le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra HUB o SPOKE di riferimento e Distretto mantenendo separata la funzione di urgenza da quella delle cure primarie, così come previsto.

Le postazioni medicalizzate 118 dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento e sono in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. L'attivazione di tali strutture permette una razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso, attraverso la riconversione di strutture non in grado di mantenere standard elevati di sicurezza delle prestazioni e, in alcuni casi, può costituire un riferimento sanitario in h. 24 per la popolazione.

La Regione con propri atti di Giunta ha fissato il termine ultimo di riconversione di tutti i Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118, secondo apposito cronoprogramma.



LA NUOVA RETE EMERGENZA – URGENZA TERRITORIALE

In un contesto che vede il territorio ancora non completamente organizzato e al fine di rafforzare l'attuale rete territoriale di soccorso 118 e garantire con appropriatezza complessiva gestionale i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera e favorire l'integrazione con il sistema delle cure primarie, è stato definito **un determinato numero di mezzi primario e secondario** tali da assicurare:

- il potenziamento della rete di Emergenza – Urgenza territoriale anche finalizzato alla gestione delle reti delle patologie complesse "tempo-dipendenti", quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombolisi, da definire con dei protocolli tra le Centrali Operative 118 e il Dipartimento regionale interaziendale 118;
- la gestione dei codici bianchi e verdi in sinergia con la continuità assistenziale.

La configurazione ed i numeri della rete territoriale sono in questo momento in via di revisione in ragione delle profonde trasformazioni del sistema di emergenza e urgenza descritte nel primo paragrafo del presente documento. La rete sarà oggetto entro la fine del 2019 di uno specifico provvedimento di revisione.

Per i **mezzi di soccorso avanzato** (Mike e India) è opportuno definire il loro numero sulla base del fabbisogno definito secondo la formula dell'Agenas, integrato attraverso una redistribuzione delle figure professionali nel territorio finalizzati a migliorare l'efficacia e l'efficienza del servizio. Tale redistribuzione, che si avvierà con l'analisi dello stato dell'arte della dotazione organica del personale della rete 118 e successiva implementazione di uno specifico piano di formazione di competenza dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, permetterà un aumento a pieno regime dei mezzi di soccorso avanzato (Mike e India).

In riferimento al fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzato è necessario applicare un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolarità difficoltà di accesso e per la gestione delle reti delle patologie complesse "tempo-dipendenti", che sarà garantita dall'integrazione dei mezzi di soccorso avanzato (Mike e India - C) con i mezzi di soccorso di base (Victor -D).

Al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza della rete di soccorso 118 nelle zone limitrofe tra province adiacenti si definiscono, riservandosi la facoltà di integrare nuovi mezzi di soccorso non medicalizzati in tali aree, di seguito i criteri operativi:

1. la Centrale Operativa 118 cui giunge, per criterio di competenza territoriale, la richiesta di soccorso effettua il triage ed assegna il codice colore;

2. nell'impossibilità di garantire il soccorso secondo parametri complessivi di risposta adeguati, la Centrale Operativa 118 competente attiva la Centrale Operativa 118 confinante, chiedendo il supporto;
3. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinante informerà il dirigente medico di turno della richiesta di soccorso da parte della Centrale Operativa territorialmente competente e, sentito il collega della Centrale Operativa limitrofa, disporrà, qualora disponibile, l'invio di uno o più mezzi richiesti;
4. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinante aprirà l'intervento sul software di centrale riportando le informazioni del triage già effettuato dalla Centrale Operativa 118 territorialmente competente che ha richiesto il supporto:
 - codice colore di invio;
 - luogo dell'evento (via/piazza, numero civico, riferimenti);
 - dati del paziente;
 - numero telefonico del chiamante (da riportare nelle note);
 - tipologia del malore;
 - ID emergenza (da riportare nelle note);
5. effettuato il soccorso il paziente viene trasportato:
 - se *critico* (codice di criticità 3, ossia in evidente pericolo di vita), e pertanto necessitante di centralizzazione al DEA I-II livello più vicino;
 - se non critico (codice di criticità 1 e 2, ossia, rispettivamente, acuto ma non in potenziale pericolo di vita oppure in potenziale ma non evidente pericolo di vita) al Presidio Ospedaliero di riferimento più vicino rispetto alla Postazione SET 118 intervenuta.

ELISOCORSO

In riferimento all'elisoccorso si propone, in base ai dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra, un servizio che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 1 per una previsione di interventi minimi di 600 in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno, così come indicato nel succitato Regolamento sugli standard.

In linea con la normativa internazionale (JAR-OPS 3) e nazionale il servizio di elisoccorso si articola in:

- basi operative HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri);
- destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;



- elisuperfici a servizio di comunità isolate;
- siti HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri).



**LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA
REGIONE PUGLIA
- TABELLA RIASSUNTIVA -**

Nelle pagine successive sono riportate la tabella relativa comparativa tra lo stato dell'arte e la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza e quella riassuntiva della nuova Rete articolate entrambi in:

- DEA II livello, DEA I livello e Pronto Soccorso;
- Centrali Operative 118;
- Postazioni/Mezzi di Soccorso 118;
- Sedi transitorie delle Postazioni/Mezzi di Soccorso 118.



LA NUOVA RETE DI EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA

- Tabella riassuntiva-

	BARI	FOGGIA	BT	TARANTO	BRINDISI	LECCE
DEA II Livello HUB	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari 	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Azienda Osp. - Univers. OO. Riuniti, Foggia 	N. 0	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Osp. SS. Annunziata, Taranto 	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Osp. Perrino, Brindisi 	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Osp. V. Fazzi, Lecce
DEA I Livello SPOKE	N. 6 <ul style="list-style-type: none"> Osp. S. Paolo, Bari; Osp. Di Venere, Bari; E.E. "Muller", Acquaviva delle Fonti Casa di Cura privata accreditata CBH Osp. della Murgia F. Perinei, Altamura Osp. Umberto I, Corato 	N. 3 <ul style="list-style-type: none"> Osp. G. Tatarella, Cerignola Osp. T. Masselli Mascia, S. Severo IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo 	N. 2 <ul style="list-style-type: none"> Osp. Dimiccoli, Barletta Osp. Bonomo, Andria 	N. 2 <ul style="list-style-type: none"> Presidio osp. Occid., Castellana Presidio Osp. Valle d'Itria, Martina Franca 	N. 1 <ul style="list-style-type: none"> Osp. D. Camberfingo - Francavilla Fontana 	N. 3 <ul style="list-style-type: none"> Osp. S. Cuore di Gesù, Gallipoli Pia Fondazione C. Panico, Tricase Osp. Veris dell'I Pontì, Scorrano

17



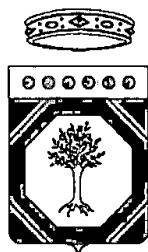
<p>Pronto Soccorso</p>	<p>N. 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osp. Don Tonino Bello, Molfetta • Osp. S. Maria degli Angeli, Putignano • Osp. S. Giacomo, Monopoli¹ 	<p>N. 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osp. S. Camillo De Lellis, Manfredonia; • Ospedale "F. Lastaria" di Lucera (area disagiata)* 	<p>N. 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osp. V. Emanuele II, Bisceglie ; 	<p>N. 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osp. M. Giannuzzi, Manduria. 	<p>N. 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presidio Osp. di Ostuni 	<p>N. 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osp. Casarano • Osp. Giuseppe Copertino • Osp. S. Caterina Novella, Galatina
-------------------------------	--	--	---	---	--	---

*In ottemperanza a quanto previsto al punto 9.2.2.2 "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" dell'Allegato al D.M. n.70/2015

<p>Centrale Operativa 118</p>	<p>N. 1</p>	<p>N. 1</p>	<p>N. 0</p>	<p>N. 1</p>	<p>N. 1</p>	<p>N. 1</p>
<p>Postazioni medicalizzate 118</p>	<p>N. 17</p>	<p>N. 7</p>	<p>N. 4</p>	<p>N. 3</p>	<p>N. 5</p>	<p>N. 3</p>

N.B. 1 Il nuovo ospedale di Monopoli è in costruzione





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

PROTOCOLLO OPERATIVO

Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN) .

(in attuazione del Regolamento regionale n. 14/2015 e della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del
23/2/2016)

Elaborato con la collaborazione di: Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR), Direttori dei tre centri HUB
delle Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) e Direttori delle Centrali Operative 118.

Pag. 1 a 27



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)****Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)****Con deliberazione di Giunta regionale n.**

Con 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 e:

- a) ha dato mandato al Direttore Generale della Asl di Lecce nonché ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere “OO.RR” di Foggia e “Policlinico” di Bari di rendere operativi entro sei mesi dall’adozione del presente schema di provvedimento, i centri Hub già individuati con il Regolamento regionale n. 14/2015 nell’ambito del sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM);
- b) ha dato mandato alla Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, con il supporto tecnico del Comitato Punti Nascita Regionale, di attuare, entro sei mesi dall’adozione del presente schema di provvedimento, quanto descritto nelle predette Linee guida Ministeriali, con particolare riferimento a:
 - ✓ definizione rete “punti nascita” secondo il modello Hub e Spoke, sulla base della rete ospedaliera pugliese, nonché della sussistenza degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall’Accordo Stato – Regioni del 16-12-2010;
 - ✓ definizione di specifici protocolli operativi condivisi tra centri Hub e Spoke, in cui tutte le fasi del trasporto materno/neonatale sono adeguatamente progettate e pianificate;
 - ✓ fornire indicazioni operative di concerto con la Sezione “Sistemi Informativi e Investimenti in sanità”, per l’utilizzo costante e tempestivo dei sistemi informativi sanitari regionali (Edotto e 118) , eventualmente integrati con funzionalità aggiuntive su indicazione del Comitato Punti Nascita Regionale, che consentono di reperire i posti disponibili nelle terapie intensive neonatali e nelle ostetricie di II livello in modo da pianificare il trasporto verso il proprio o altro centro Hub della madre o del neonato ed il monitoraggio e la



**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI****SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)**

tracciabilità degli interventi di trasporto in modo da avere disponibile una casistica puntuale.

Il Comitato Punti Nascita Regionale, sulla base delle predette "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)", in data 12/10/2016 ha approvato il protocollo operativo della Regione Puglia, acquisito altresì il parere favorevole dei Direttori delle Centrali Operative 118. Con nota prot. AOO_151 – 9712 del 10/10/2016 sono state fornite indicazioni ai Direttori Generali dei tre centri HUB, individuati per la gestione del trasporto STEN (ASL Lecce, A.O. Policlinico di Bari e A.O. "OO.RR." di Foggia), al fine di procedere al reclutamento del personale e all'acquisizione delle tecnologie indispensabili per l'avvio del citato trasporto.

Di seguito si riporta il protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN, approvato in data 12/10/2016.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Premessa

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna e per il neonato.

E' necessario che ad ogni gestante e neonato venga garantito un livello essenziale ed appropriato d'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica per il controllo dell'evento nascita.

L'offerta quindi dei servizi ospedalieri ostetrici non può prescindere da un'organizzazione a rete, articolata su più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziale della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

La tutela della salute delle donne gravide, e dei loro feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore, è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida.

Risulta pertanto di particolare importanza sviluppare un forte coordinamento tra le strutture operative di I e II livello ospedaliere, fortemente integrate con i servizi territoriali specifici esistenti in ciascuna Area Vasta, onde garantire adeguati standard assistenziali su tutto il territorio di riferimento, ferma restando la necessità d'assicurare livelli d'attività tali da garantire la qualità delle prestazioni. E' da ricordare che ciascun livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori.

Nessuna azione è ovviamente realizzabile se non ne esistono i presupposti organizzativi.

Appropriatezza ed efficacia, qualità e sicurezza unitamente alla promozione e tutela della salute, sono alla base di tali presupposti.

Adeguare le strutture sanitarie a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi adeguati rispetto alle specifiche esigenze di salute ed alle modalità d'erogazione delle prestazioni, significa affermare la cultura della qualità e della sicurezza, secondo riferimenti condivisi dalla società scientifica internazionale. Nello specifico, in ogni punto nascita devono essere garantiti almeno i seguenti livelli operativi:

- a) deve essere assicurata l'integrazione fra i servizi e le competenze professionali;
- b) devono essere condivise e formalizzate tra ostetrici e neonatologi/pediatri le condizioni di rischio minimo feto/neonatale da riconoscere, individuare e segnalare:

▪ Anamnesi materna positiva per:

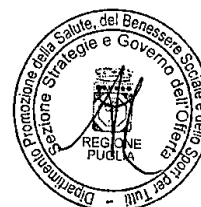
- obesità
- diabete pre-gestazionale
- ipertiroidismo/ipotiroidismo non diagnosticato/mal trattato;
- pregresso taglio cesareo

▪ Anamnesi ostetrica attuale positiva per:

- età gestazionale > 42 settimane,
- pre-eclampsia,
- colestasi.

▪ Anamnesi fetale positiva per:

- anomalie congenite
- gravidanza gemellare
- polioidramnios
- oligoidramnios
- grave iposviluppo
- alterazione patologica del battito cardiaco fetale al momento dell'accettazione in ospedale;



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

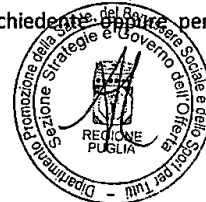
SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- Fattori di rischio intrapartum:
 - liquido amniotico tinto 3 di meconio
 - cardiocografia patologica in travaglio,
 - corioamniosite clinica • parto operativo vaginale;
 - parto precipitoso.
 - **Eventi sentinella intrapartum:**
 - rottura d'utero
 - embolia da liquido amniotico,
 - prolasso di funicolo
 - bradicardia fetale persistente
 - parto podalico non diagnosticato/complicato;
 - distocia di spalle.
- c) deve essere preventivamente concordato, formalizzato e costantemente controllato il livello di rischio della gravidanza che può essere assistito nella struttura;
- d) deve essere concordata tra ostetrici e neonatologi/pediatri l'accettazione di gravidanze a rischio;
- e) il timing del parto a rischio deve essere concordato tra ostetrici e neonatologi/pediatri;
- f) devono essere formalizzate le modalità di collaborazione con i centri di riferimento per le patologie di tipo ostetrico non gestibili dall'Unità Operativa;
- g) dal momento del riconoscimento delle gravidanze a rischio deve essere programmato l'espletamento del parto presso la struttura idonea a fornire il più adeguato livello di cure;
- h) l'attuazione del trasporto della madre con imminenza di parto a rischio presso strutture di livello più avanzato deve avvenire con scelta di tempi, mezzi e personale adeguati;
- i) deve essere previsto un programma di coordinamento tra gli Specialisti del centro efferente ed afferente;
- j) deve essere formalizzato il ruolo di ciascun operatore all'interno dell'area del parto;
- k) devono essere programmati incontri periodici di tipo organizzativo, scientifico e di verifica dell'attività tra tutti gli operatori sanitari dell'area. Le modalità di assistenza al neonato in sala parto devono essere definite e condivise tra ostetrici e neonatologi/pediatri;
- l) devono essere analizzate tramite percorsi di audit almeno le seguenti condizioni di rischio organizzativo:
- Incompleta documentazione delle procedure eseguite;
 - Ritardo nella risposta alla chiamata di aiuto;
 - Strumentario difettoso (es. cardiocografo);
 - Conflitto tra operatori nella gestione di un caso;
 - Errore di somministrazione di farmaco;
 - Violazione di linee guida condivise per travagli patologici;
 - Parto in casa non organizzato/imprevisto.

TRASPORTI SECONDARI PROTETTI NEL PERCORSO NASCITA

In generale il trasporto secondario, è un evento frequente che coinvolge per un numero elevato di pazienti, il personale sanitario Ospedaliero.

Per Trasporto Secondario Protetto si intende il trasferimento assistito di un paziente critico da un ospedale ad un altro per il ricovero o l'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici in regime di emergenza/urgenza che non possono essere effettuati dall'ospedale richiedente, per necessità logistiche dell'ospedale richiedente.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

INDICAZIONI AL TRASPORTO SECONDARIO

Motivazione della richiesta:

1. Mancanza di posto letto in Terapia Intensiva Neonatale;
2. Assenza di reparto di Terapia Intensiva Neonatale/Punto Nascita;
3. Indagine Specialistica/Diagnostica urgente;
4. Intervento Specialistico urgente;
5. Logistica: intendendosi la necessità di liberare un posto letto per acuti in Terapia Intensiva Neonatale, avendo la stuttura un ulteriore paziente critico per il quale non si possa attuare il trasferimento;
6. Trasporto in utero.

Posto letto:

PL disponibile: se al momento della richiesta uno dei PL di TIN attivati (registrati dalle ASL nell'Anagrafe delle Strutture Sanitarie) non è occupato da un neonato o è occupato da un neonato che può essere spostato in terapia sub-intensiva, al netto di PL prenotato

PL prenotato: se il posto letto è vuoto al momento della chiamata, ma è presente nella struttura o è in arrivo una donna gravida che partorerà presumibilmente entro 24 ore un neonato che con alta probabilità avrà bisogno di un PL di TIN. Qualora un neonato si trovi nella necessità di un trasferimento in emergenza e non si trovi posto libero nelle TIN di riferimento, il protocollo prevede di occupare il PL prenotato (sarà cura dei medici TIN di avvisare i ginecologi per l'eventuale trasferimento in utero del feto oggetto di prenotazione del suddetto posto). Si considera a questo fine come occupato il posto riservato a neonato in corso di trasferimento, in arrivo da altro Punto Nascita, che avrà bisogno di un PL di TIN.

Trasporto in utero: poiché il trasporto in utero, con conseguente nascita del neonato a rischio nella struttura di Il livello ostetrico-neonatologico, deve essere privilegiato rispetto al trasporto del neonato dopo la nascita, nella definizione dei PL di ostetricia si deve tenere conto che ad ogni posto letto quotidianamente disponibile presso la TIN deve corrispondere pari accoglienza per la gestante che minacci il parto entro 24 ore dal ricovero.

Le ASL con S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Il livello devono essere in grado di offrire recettività (anche al di là del periodo di ricovero per le esigenze cliniche della donna) alle mamme dei neonati ricoverati in TIN.

Ruolo del servizio territoriale per l'emergenza (118).

Premesso che:

- 1) la raccomandazione ministeriale auspica soltanto genericamente il coinvolgimento della Centrale Operativa 118;
- 2) che il 118, in Puglia, non effettua trasferimenti secondari ma si occupa solo di interventi extra ospedalieri in emergenza urgenza;
- 3) la Rete STAM è di competenza specialistica (Ostetricia);
- 4) la Rete STEN è di competenza specialistica (Neonatologia);
- 5) il sistema 118 potrà intervenire nel classico e puro "stato di necessità";

si concorda con quanto, su proposta motivata dai direttori delle Centrali Operative 118 di Puglia, nel documento, fa riferimento al 118.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Le Centrali Operative provinciali del 118, nell'ambito della Rete STAM: raccolgono i dati relativi alla disponibilità dei posti in TIN provinciale, tramite le singole TIN che li trasmettono loro giornalmente. In caso di necessità, interfacciandosi con le altre Centrali Operative 118 della Regione, comunicano al richiedente il dato regionale.

Le Centrali Operative provinciali del 118 forniscono supporto logistico attraverso l'invio, previa richiesta motivata e formalizzata, di una ambulanza in assetto VICTOR (1 autista e 1 soccorritore a bordo) nel caso si verifichi, in itinere, avaria del mezzo ospedaliero dedicato al trasporto.

Le Centrali Operative provinciali del 118 solo in casi che rivestano carattere di eccezionalità, forniscono supporto logistico attraverso l'invio della stessa tipologia di mezzo, quando si verifichi una emergenza intraospedaliera con una insuperabile difficoltà del presidio ospedaliero a reperire, all'interno dell'intera ASL un'ambulanza per il trasporto;

Operatori sanitari del trasporto: gli operatori sanitari STAM sono medici ed ostetriche appartenenti alle UO di Ostetricia e Ginecologia pugliesi. Questi operatori espletano l'attività di trasporto materno per conto dell'ente di appartenenza secondo la normativa contrattuale vigente.

Operatività: Il servizio di trasporto materno, è attivo solamente per trasporti aventi carattere di urgenza, in base alle condizioni cliniche materno/fetali.

Per le gestanti in situazioni al di fuori delle caratteristiche di criticità clinica e/o in emergenza/urgenza, il trasferimento è a carico del reparto inviante.

Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.)

Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali, data l'efficacia che il servizio riveste nel ridurre la mortalità neonatale e gli handicaps.

È accertato che gli esiti neonatali migliorano se la gestante viene trasferita prima del parto a un centro di riferimento che può fornire cure ostetriche adeguate a lei e successivamente al neonato subito dopo il parto.

Il trasporto materno con il feto in utero è quindi da preferire al trasporto neonatale e dovrebbe essere l'obiettivo ideale da perseguire.

L'allontanamento dal luogo familiare dell'assistenza verso un centro di riferimento, generalmente più grande ed inizialmente estraneo, può suscitare ansietà ed apprensione; è quindi fondamentale che la madre e i suoi familiari ricevano un'adeguata informazione sulle situazioni che stanno per affrontare e siano coinvolti attivamente nella decisione del trasferimento e siano supportati dal punto di vista umano e psicologico.

Lo STAM (Servizio di Trasporto Assistito Materno), è la modalità di trasferimento in urgenza di una paziente in gravidanza che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne, fetali o entrambe. L'attività di trasporto assistito si applica alle donne gravide che si trovino nella necessità di essere trasferite da un ospedale ad un altro in grado di fornire un livello assistenziale più elevato, per problematiche cliniche inerenti la gravidanza.

Deve essere effettuato con il supporto medico/ostetrico stabilito in base alle condizioni cliniche della diade madre/feto e con mezzi e dispositivi idonei a tale attività.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Questa procedura tende a minimizzare i rischi derivanti dall'espletamento del parto durante il trasporto. L'accurata valutazione pre-trasporto deve comunque tendere ad evitare il più possibile il verificarsi del parto in corso di trasporto.

Il trasferimento verso il Centro di II livello Ostetrico o Neonatale a seconda della patologia emergente (che può essere prevalentemente materna o fetale), viene organizzato sotto la responsabilità del medico richiedente del Servizio di Ginecologia e Ostetricia che ha in carico la paziente.

Alla base del trasferimento dovrà esserci l'accordo tra il medico richiedente ed il medico accettante.

I criteri che definiscono i livelli di assistenza ostetrico/neonatale prevedono:

- **Centro Spoke (I livello) in grado di gestire:**
 - Donne con gravidanze fisiologiche o patologia non complessa;
 - feti di EG > = 34 settimane (i punti nascita attualmente I livello ma ex II livello sono abilitati a trattenere e ricevere in back transport neonati di età gestazionale superiore o uguale a 32-34 settimane quando trattasi di neonati clinicamente stabili ed in accordo con I struttura di II livello)
 - neonati con patologia che non richieda assistenza intensiva
- **Centro Hub (II livello) in grado di gestire:**
 - Donne gravide patologiche
 - feti di EG < 34 settimane (salvo quanto evidenziato per i centri spoke)
 - tutti i pazienti che possano necessitare di assistenza intensiva

L'afferenza ai Centri di Hub è organizzata secondo bacini di utenza territoriali di riferimento. Va segnalato tuttavia che nella Regione Puglia sono previste 9 TIN:

- 5 negli Hub
 - Policlinico _ Bari
 - Ospedale Perrino _ Brindisi
 - Ospedali Riuniti _ Foggia
 - Ospedale Fazzi _ Lecce
 - Ospedale SS. Annunziata _ Taranto
- 4 in Ospedali di I livello:
 - Ospedale Di Venere_ Carbonara di Bari
 - Casa Sollievo della Sofferenza _ San Giovanni Rotondo
 - Ospedale Miulli _ Acquaviva delle Fonti
 - Ospedale Panico _ Tricase
- Le donne affette da patologie che necessitino di gestione multidisciplinare afferiscono a uno dei Centri Hub ad elevata specializzazione sec. la valutazione del centro più adatto per la gestione ostetrica e neonatologica trasferente, in ragione della patologia materna e fetale.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie chirurgiche afferiscono a Policlinico Bari, OO.RR. Foggia, P.O. Fazzi Lecce.
- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie neurochirurgiche afferiscono a Policlinico Bari e Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia.
- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie cardiocirurgiche afferiscono a Policlinico Bari.

Trasporto in utero

Generalmente il trasporto dovrebbe essere preso in considerazione quando nell'ospedale locale le risorse per le cure immediate o a venire per la gestante e il suo bambino sono ritenute inadeguate ad affrontare le possibili complicanze.

Lo STAM è un:

- **trasporto in Emergenza** se la donna si presenta condizioni cliniche critiche;
- **trasporto in Urgenza** se la donna, si presenta in condizioni cliniche patologiche o minaccia un parto a rischio (sia pure non imminente).

Le indicazioni per il trasporto sono duplici:

- Quando la madre o il neonato richiedono competenze e risorse avanzate del centro di II livello;
- Quando ci si aspetta che il neonato può richiedere il ricovero in unità di terapia intensiva neonatale (TIN).

Le indicazioni più frequenti sono:

- Minaccia di parto prematuro prima della 34ma settimana;
- PPRM (rottura delle membrane pretermine) prima della 34ma settimana;
- Sindrome ipertensiva gravi e/o altre complicanze legate all'ipertensione;
- Emorragia antepartum;
- Complicanze mediche della gravidanza come il diabete, patologie renali, epatite;
- Gravidanze plurime complicate;
- Iposviluppo fetale grave che può richiedere l'espletamento del parto prima del termine;
- Malformazioni fetali gravi

In situazioni dove si prevedono complicazioni prima del travaglio, è raccomandabile consultare il centro di riferimento per un eventuale trasporto preventivo, in modo da evitare un successivo trasporto in condizioni di emergenza.

Particolare attenzione deve essere posta nella gestione della patologie nelle età gestazionali estremamente basse, come da indicazioni fornite dal Ministero della Salute.

Situazioni cliniche particolari

- Se la donna non risulta trasferibile, sarà trattenuta presso il punto nascita e saranno avviate tutte le pratiche per ritardare il parto e migliorare l'outcome del neonato;
- Se si ottiene tocolisi, la donna sarà rivalutata ed eventualmente riavviata la procedura di trasferimento;
- se il parto risulterà inarrestabile verrà espletato in loco. In questi casi, il medico che ha in carico la paziente preallerta il Trasporto Neonatale STEN.

Controindicazioni al trasferimento :

- codice rosso o viola nel triage ostetrico;
- le condizioni della gestante non sono sufficientemente stabilizzate per il trasporto;
- travaglio attivo con rischio di parto imminente;



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- metrorragia in atto;
- preeclampsia severa con segni di imminente attacco eclamptico;
- le condizioni per il trasporto sono a rischio.

Questi parti devono avvenire nel centro inviante per l'inaccettabile rischio connesso al trasporto della gravida.

Anche in condizioni ottimali in cui il trasferimento in utero sia efficiente, il trasporto neonatale si rende necessario ogni 1-2 nati su 100 parti in centri sprovvisti di TIN, in quanto non sempre è possibile prevedere la nascita di un neonato a rischio:

- il 30% di patologie ostetriche non sono prevedibili;
- l'1-2% dei neonati necessita di cure intensive o subintensive non prevedibili.

In questo caso viene avviato lo STEN (vedi procedura avviamento STEN in allegato).

Piano di trasporto e modalità operative del trasporto in utero

Gli operatori del centro che richiede il trasferimento e di quelli di riferimento comunicano fra loro in modo diretto:

- il Ginecologo di guardia del centro trasferente contatta telefonicamente il ginecologo di guardia del centro accettante.
- il Ginecologo di guardia del centro accettante contatta a sua volta il Neonatologo.
- il Neonatologo del centro accettante, verificata la disponibilità di assistenza al neonato accetta o rifiuta il trasferimento.
- in caso di rifiuto, il Ginecologo del Centro trasferente contatta progressivamente i Centri di livello superiore delle province limitrofe, a tal fine può far riferimento alla CO 118 provinciale per conoscere la ricognizione posti in TIN della provincia o extraprovinciali;
- qualora risulti la totale indisponibilità al trasferimento sarà informata la Direzione Sanitaria dello Presidio inviante, che si farà carico della gestione del rischio ostetrico/neonatologico.

Ruolo del medico richiedente:

- stabilisce la necessità di trasferimento;
- effettua la previsione del rischio di complicanze durante il trasporto per escludere eventuali controindicazioni;
- qualifica lo STAM in base alle condizioni cliniche della paziente in:
 - **trasporto in Emergenza** se la donna si presenta condizioni cliniche critiche;
 - **trasporto in Urgenza** se la donna, si presenta in condizioni cliniche patologiche o minaccia un parto a rischio.
- ne ottiene il consenso al trasporto
- decide i tempi e la modalità del trasferimento ;
- contatta il Centro HUB;
- decide circa la necessità di personale di accompagnamento
- decide circa la necessità di accompagnamento;



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- individua il personale necessario al trasferimento, in relazione alle condizioni cliniche della paziente;
 - il personale che esegue il trasferimento elettivo è l'Ostetrica esperta e/o il Medico ginecologo;
 - In caso di trasferimento urgente il personale è rappresentato necessariamente dall'ostetrica esperta, dal Ginecologo e, se le condizioni lo richiedono, dall'Anestesista;
- in altri casi ancora del neonatologo (in linea di massima se esiste rischio di parto imminente la donna non va spostata; tuttavia è importante prevedere casi in cui sia indispensabile un trasferimento in utero in emergenza, nonostante l'imminenza del parto)
- compila la scheda di trasferimento contenente:
 - a) storia clinica;
 - b) terapia in corso;
 - c) ecografie;
 - d) esami eseguiti;
 - e) tracciati CTG;
 - consegna la documentazione clinica della paziente all'Equipe Trasporto ed invia al Centro HUB ricevente l'eventuale documentazione mancante.

Il mezzo di trasporto deve essere attrezzato adeguatamente per le evenienze come

- il parto,
- l'attacco eclamptico
- l'emorragia del postpartum

Ruolo della Centrale Operativa 118

- Comunica, su richiesta su richiesta del medico richiedente, la disponibilità dei posti letto in TIN provinciale e se necessario, contatta le altre Centrali Operative della Regione:
- in caso di avaria in itinere, del mezzo STAM dedicato, la CO 118 su richiesta motivata offre supporto attraverso l'invio di una ambulanza in assetto VICTOR (autista e soccorritore a bordo) o solo in casi che rivestano carattere di eccezionalità, provvede all'invio della stessa tipologia di mezzo quando si verifichi una emergenza intraospedaliera con una insuperabile difficoltà a reperire per il trasporto un ambulanza della struttura ospedaliera e dell'intera ASL.

Ruolo dei Centri HUB

- Comunicano tempestivamente la disponibilità di posti letto nei casi di variazioni intervenute tra le rilevazioni

Assistenza durante il trasporto

La gestante richiede un'assistenza continua e un supporto psicologico costante:

- informazione sul suo stato di salute,
- i motivi del trasferimento,
- la rassicurazione che la decisione è stata presa per portare a buon fine, in assoluta sicurezza, l'evento parto.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)**

Durante il trasporto è preferibile che la gestante si posizioni sul fianco di sinistra per evitare l'ipotensione supina.

Sia la madre che il feto vanno monitorati durante il trasferimento ad intervalli regolari, in dipendenza della gravità della situazione clinica:

- Attività uterina
- Pressione arteriosa materna
- BCF
- Condizioni generali

Modalità di espletamento del trasporto

Preso atto di quanto esplicitato nella sezione "Ruolo del medico richiedente" si precisa, inoltre:

Trasporto di Urgenza

1. ostetrica.

Il personale dell'equipe sarà messo a disposizione dal Centro Richiedente.

Compiti dell'Equipe Trasporto

- provvede alla stabilizzazione della paziente e/o la completa prima del trasporto
- ne ottiene il consenso al trasporto
- compila la scheda clinica del trasporto
- chiede la documentazione clinica disponibile della paziente
- affida la paziente al medico accettante (MA) trasmettendone le consegne
- può chiedere alla C.O. di preallertare l'Ospedale idoneo più vicino qualora dovessero insorgere complicazioni durante il trasporto.
- **Il trasporto dovrà essere effettuato con ambulanza di proprietà dell'ASL o convenzionata con l'ASL e personale dedicato con procedure interne.**

La richiesta di eventuale supporto alla CO 118 deve essere sempre accompagnata dalla comunicazione di impossibilità all'accompagnamento a firma del medico richiedente.

Attrezzature

Il mezzo di trasporto quando, eccezionalmente per le motivazioni innanzi espresse, messo a disposizione dal 118, disporrà della propria dotazione standard. Sarà cura del centro richiedente fornire agli operatori STAM presidi e farmaci necessari ad integrare le dotazioni ordinarie dell'ambulanza 118.

Criteri di Ospedalizzazione nei casi di Soccorso e trasporto primario.

In questo protocollo vengono prese in esame, per quanto relativo al Servizio di Emergenza Sanitaria 118, particolari evenienze relative al trasporto primario in urgenza/emergenza di donne gravide con problematiche cliniche inerenti la gravidanza dal domicilio o per quanto di pertinenza del reparto inviante relative al trasporto secondario da ospedali privi di punto nascita e da strutture sanitarie diverse quali PPI, CAP verso le strutture ospedaliere idonee.



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Nel caso di chiamata diretta al Sistema di Emergenza Territoriale 118 da o per utente in stato di gravidanza, l'infermiere operatore di CO118 effettua un Triage, secondo criteri dettati da protocollo di C.O. dedicato, atto a far emergere eventuali segni o sintomi di criticità. In particolare:

- stato di coscienza, problemi respiratori, instabilità di circolo
- epoca gestazionale < alla 34esima settimana
- diagnosi di gravidanza a rischio
- segni e sintomi di parto imminente
- eclampsia/ rilevanti comorbidità/gravidanza plurima
- presenza di gravi patologie nel feto.

Attribuirà, se indicato, il massimo codice di criticità inviando possibilmente un Mezzo di Soccorso Avanzato in assetto MIKE (con Medico, Infermiere, 1 autista e 1 soccorritore). In assenza di una MIKE prontamente disponibile invierà il mezzo di soccorso più vicino INDIA (Infermiere 1 autista e 1 soccorritore) o VICTOR predisponendo un rendez vous col mezzo medicalizzato

Ottenuta conferma della situazione clinica, la CO118, se disponibile ambulanza medicalizzata, darà indicazione per la centralizzazione della paziente presso il DEA di II livello o comunque presso il centro HUB provinciale provvisto di TIN, preferibilmente con posto letto disponibile. Qualora le TIN provinciali risultino sprovviste di posto letto la paziente sarà condotta nel centro HUB territorialmente competente. (*ndr: sarebbe auspicabile prevedere la possibilità dell'accesso diretto nel reparto ricevente previo allertamento dello stesso ad opera del P.S. accettante, come già avviene per la Rete STEMI*)

Seguirà ad opera della CO118 il preallertamento del Pronto Soccorso/ Reparto ricevente

Nel caso di accesso diretto presso un PPIT-SET - 118, l'intervento sarà gestito dal Sistema di Emergenza Territoriale e coordinato dalla CO.

Fanno eccezione le situazioni di emorragia massiva, che per criticità identifica un'emergenza assoluta *quoad vitam*, che verranno ospedalizzate presso la struttura ospedaliera più vicina per intervento immediato.

Se la paziente gravida accede con mezzo proprio in un ospedale privo di punto nascita, in caso di necessità di trasferimento in emergenza, questo trasferimento sarà curato dal P.S. accettante.

In caso di iniziale travaglio di parto, trattandosi di partoriente priva dell'assistenza minima garantita in un punto nascita, sarà privilegiata la rapidità del trasferimento verso un ospedale attrezzato, accettando anche il rischio nascita durante il trasporto, essendo questo quasi sovrapponibile al rischio del parto in loco.

Trasporto di ritorno

È auspicabile che, in caso di stabilizzazione clinica materna, con possibilità di prosecuzione della gravidanza oltre la 34ma settimana, sia presa in considerazione l'opportunità che la gestante rientri al centro di primo livello, nell'ambiente a lei confidenziale e vicino ai suoi familiari, per l'espletamento del parto. A maggior ragione è auspicabile il ritorno del neonato che ha superato la situazione critica e può ricongiungersi così alla madre con un piano dettagliato di cure stabilito dal centro di riferimento

In allegato:

- a) Modulo per il trasferimento in utero;
- b) Modulo: "Consenso informato per il trasferimento dall'U.O"



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia
 Ospedale di.....

PAZIENTE

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

Ricoverta dal:..... Ore:..... Trasferita ore:.....

U.M..... Epoca Gestazionale.....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO.....

ANAMNESI.....

CONDIZIONI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO

VISITA

OSTETRICA:.....

P.A.....

CARDIOFOTOGRAFIA: esclusa | non esclusa |

ECOGRAFIA: esclusa | non esclusa |

INDAGINE DI LABORATORIO. esclusi | non esclusi |

Hb	Glic.	Proteinemia	HIV
Ht	Azot	Proteinuria	HEsAG
Pit	Urac.	PCE	HCV
TP	GOT	ND	RW
TTP	GPT	EOG	
Rbmn.	BIL.	Tampone	



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

TERAPIA IN CORSO

Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio

Profiliassi RDS Farmaco

1° dose data..... ora..... 2° dose data..... ora

Allegata fotocopia cartella clinica si | no |

Mezzo di trasporto:

Equipe di assistenza durante il trasporto (nome/I operatore/I):

.....

Trasferimento effettuato previo accordo telefonico con (Indicare MEDICO DEL CENTRO RICEVENTE):

Dott..... in data.....

MEDICO TRASFERENTE:..... Firma.....

Reperibile al n.° tel.....

CONDIZIONI DURANTE IL TRASPORTO.....

.....

Ora di arrivo al centro ricevente.....

Firma Operatore che ha assistito la paz. durante il trasporto.....

A CURA DEL CENTRO RICEVENTE

In data..... alle ore..... il dott.....

accompagna la Paziente presso il nostro Reparto.

All'accoglienza viene effettuato il triage e successivo ricovero

dal dott.....

Si consegna al medico accompagnatore copia del triage

Firma del medico



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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

CONSENSO INFORMATO PER IL TRASFERIMENTO DALL'U.O

.....

ALLA U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Io sottoscritta

Cognome..... Nome.....

Nata il..... a.....

Dichiaro di essere stata informata della situazione clinica della mia gravidanza caratterizzata da:

.....
.....
.....

acconsento al trasferimento che mi è stato proposto

NON acconsento al trasferimento

La mia firma attesta che:

Ho capito quali sono i problemi venutisi a creare a carico della mia gravidanza

Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Data Firma



**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI****SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)****Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)****PROTOCOLLO OPERATIVO
U.O.C NEONATOLOGIA E T.I.N.****A.O.U.C. POLICLINICO-GIOVANNI XXIII BARI – A.O.U.C. OO.RR. FOGGIA – OSPEDALE “V.FAZZI” DI LECCE****PREMESSA**

L'esigenza di uno STEN per tutto il territorio regionale è ormai atavica, e, oggi, indifferibile, per cui la Regione Puglia ha individuato le UOC firmatarie di questo documento, quali centri HUB, responsabili dello STEN, con copertura di tutto il territorio regionale.

Per rendere operativo lo STEN, è *conditio sine qua* che, nei centri HUB individuati, siano assicurate le dotazioni organiche, nonché le attrezzature necessarie, per rispondere h24 e 365 giorni all'anno a ogni richiesta.

Per quanto riguarda lo STEN, in primo luogo, giova ricordare che è sempre consigliabile il c.d. *trasporto in utero* della gestante, per far sì che il parto venga espletato laddove vi siano le condizioni ottimali per l'assistenza del neonato, come in caso di prematurità o di malformazioni accertate nel periodo prenatale.

A questo proposito, si rimanda all'organizzazione dello STAM, che prevede il trasferimento della gravida a rischio c/o U.O. di Ostetricia e Ginecologia in P.O., dove siano presenti U.O. di Neonatologia e T.I.N..

Questo trasferimento è a carico del centro trasferente acquisita la disponibilità dei posti letto dalla centrale operativa del 118, sia di Ostetricia che di Neonatologia/T.I.N..

Il trasferimento della gravida a rischio può avvenire solo dopo che il Ginecologo/Ostetrico trasferente abbia dato il nulla osta al trasferimento, abbia, cioè, escluso il rischio di possibile parto in itinere, nel qual caso, previa dichiarazione dello stesso, il parto deve avvenire in loco procedendo successivamente al trasferimento del neonato tramite STEN.

In nessun caso è previsto che il neonatologo accompagni il trasferimento della gravida.

Circa le modalità di accompagnamento e i dettagli della procedura, si rimanda al protocollo STAM.

Ciò premesso, vi sono situazioni in cui la possibilità di trasferimento in utero non è possibile, o la diagnosi di patologia del neonato è successiva (vedi criteri clinici per l'attivazione dello STEN) e, quindi, deve essere assicurato, dopo la nascita e la necessaria stabilizzazione, il trasferimento presso centri adeguati, quali le U.O. di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di quei neonati che necessitano di cure di Centri di II livello.

CRITERI CLINICI PER L'ATTIVAZIONE DELLO STEN

NEONATI DI ETÀ INFERIORE AI 30 GIORNI (da considerare l'età corretta in caso di prematuri) CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

- 1) distress respiratorio;
- 2) peso <1.500g;
- 3) età gestazionale ≤ 34 settimane;

Pag. 17 a 27



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)**

- 4) asfissia perinatale e necessità di valutazione trattamento ipotermico (*sec. Linee Guida SIN*);
- 5) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti;
- 6) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 7) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 8) patologie gravi con compromissione dei parametri vitali.

NOTA BENE: il servizio non dovrà essere attivato al di fuori di queste indicazioni.

I centri di I livello del territorio devono mantenere una autonoma capacità di trasferimento di altra tipologia di neonati, qualora non ricorrano le condizioni descritte.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLO STEN

Il servizio viene attivato su richiesta del centro trasferente, a nascita avvenuta e a neonato stabilizzato, tramite chiamata alla centrale operativa del 118 (che deve fungere solo da centro raccolta dati sulla disponibilità dei posti letto), che chiama l'HUB di riferimento secondo la tabella che definisce HUB e SPOKE di riferimento, in base alla vicinanza geografica (allegato 1). Dopo la disponibilità di accettazione, il centro SPOKE trasferente prende contatto con il centro HUB per evidenziare le condizioni cliniche del neonato. Il centro HUB quindi:

- a. valuta l'adeguatezza della richiesta di attivazione;
- b. suggerisce eventuali procedure di stabilizzazione per rendere sicuro il trasporto.

La responsabilità della rianimazione-stabilizzazione del neonato è del centro trasferente.

A questo scopo è necessario prevedere corsi di istruzione/aggiornamento per i centri trasferenti che saranno tenuti dalle UOC HUB, ciascuna per i centri SPOKE di riferimento, nel mese di ottobre 2016.

Per questi corsi si deve prevedere un corrispettivo economico per ciascun HUB, che copra i costi organizzativi e del personale coinvolto.

La prassi prevede che il centro HUB trasporti il neonato presso la propria UOC, salvo che vi sia indisponibilità di p.l. o, eccezionalmente, come in casi di estrema criticità insorta durante il trasporto, ed impossibilità ad un adeguato trattamento terapeutico in ambulanza, si trasporti il neonato presso la UOC di il livello più vicina, previa comunicazione telefonica alla centrale operativa del 118.

Nel caso non siano disponibili p.l. in nessuna UTIN del territorio pugliese, il medico dello STEN deve trasportare il neonato presso il proprio HUB, per la ulteriore stabilizzazione e, solo in una fase successiva valutare, se trasportare il neonato con STEN presso altra UTIN con posto successivamente resosi disponibile.

In caso di concomitanza di chiamata va adottato il punteggio MINT: "*Prediction Model for Retrieved Neonates The Mortality Index for Neonatal Transportation Score (Pediatrics 2004;114:e424-e428)*"



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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

Assegnazione del MINT score

	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	
peso alla nascita g	6	2	1	0	
età h	< 1		> 1		
	4		0		
apgar 1'	0	1	2-3	> 3	
	8	6	2	0	
intubato	SI		NO		
	6		0		
pH neonato	< 6.90		6.91-7.10		> 7.10
	10		4		0
paO ₂ mmHg/sat O ₂ %	< 23/< 50		> 23/> 50		
	2		0		
anomalie congenite	si		no		
	6		0		
Totale MINT					

In caso di STEN dell'HUB di riferimento, impegnato in altro trasporto, la centrale operativa del 118 dovrà comunicare l'HUB più vicino.

ALL'ARRIVO PRESSO IL CENTRO TRASFERENTE:

il medico dello STEN

- raccoglie le informazioni anamnestiche, cliniche, di laboratorio, strumentali eseguite dal Centro Trasferente in tre copie su apposito modulo (allegato 2) (una ciascuna per centro trasferente, centro ricevente e STEN)
- raccoglie il modulo di consenso al trasporto (allegato 3) da allegare alla cartella dello STEN;
- prende in carico il neonato
- compila correttamente la cartella STEN (allegato 4).
- trascrive le condizioni cliniche del neonato al momento dell'arrivo presso il centro trasferente, le manovre e le terapie eseguite dopo l'arrivo presso il centro trasferente e durante il trasporto.

ALL'ARRIVO PRESSO IL CENTRO RICEVENTE (qualora diverso dal centro del medico dello STEN):

il medico dello STEN

- trasferisce al medico del centro ricevente le informazioni relative al neonato al momento dell'arrivo nel reparto di destinazione, consegnando una copia della cartella STEN (allegato 4) e una copia della relazione del centro trasferente (allegato 2);
- trascrive nella cartella STEN i dati del medico del centro ricevente al quale consegna il neonato

TRASPORTO IN AMBULANZA

Non è consentito ammettere genitori o parenti o altro personale, al di fuori di medici (eventualmente può essere presente il medico in formazione, oltre lo strutturato) e infermiere dello STEN, a bordo dell'ambulanza.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)****DECESSO DEL NEONATO**

- In caso di decesso presso il centro trasferente il neonato viene lasciato in loco.
- In caso di decesso a bordo dell'ambulanza il neonato va trasportato nel centro di destinazione.

PERSONALE DELLO STEN

- Trasporto attivato durante il turno 8-20 dal lunedì al sabato:
 - un medico e un infermiere professionale della U.O. dedicati al trasporto, tra quelli in servizio, e precedentemente individuati secondo organizzazione di reparto, effettuano il trasporto
- Trasporto attivato durante il turno notturno 20-8 o nei giorni festivi:
 - un medico e un infermiere professionale operano in regime di pronta disponibilità, secondo turni preventivamente predisposti su base mensile.

ATTREZZATURE IN DOTAZIONE

È necessario prevedere, in ciascun centro HUB, oltre il personale medico e infermieristico:

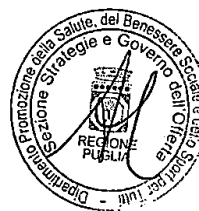
- 1) Ambulanza dedicata al Trasporto Neonatale
- 2) 2 incubatrici da trasporto.
- 3) Autista (sempre disponibile)

ALLEGATI

- Allegato 1: HUB e SPOKE Puglia
Allegato 2: Modulo informazioni da centro trasferente
Allegato 3: Modulo consenso informato
Allegato 4: Cartella STEN

Allegato 1

Pag. 20 a 27



**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI****SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)****HUB OO.RR. FOGGIA****SPOKE**

E.E. C.S.Sofferenza S. Giovanni Rotondo
Ospedale di S. Severo
Ospedale di Cerignola
Ospedale di Bisceglie
Ospedale di Andria
Ospedale di Barletta

HUB A.O.U.C. POLICLINICO BARI**SPOKE**

Ospedale "Di Venere" di Bari
E.E. Miulli
Ospedale "S.Paolo" Bari
Ospedale di Putignano *
Ospedale di Corato*
Ospedale di Altamura
Ospedale di Monopoli
C.d.C. S.Maria Bari
C.d.C. CBH Bari

Ospedale "SS. Annunziata" di Taranto
Ospedale di Castellaneta
Ospedale di Martina Franca
C.d.C. Bernardini Taranto *

HUB P.O. FAZZI LECCE**SPOKE**

Ospedale "Perrino" Brindisi
Ospedale di Francavilla
C.d.C. Salus Brindisi
E.E. Tricase
Ospedale di Casarano*
Ospedale di Gallipoli
Ospedale di Copertino*
Ospedale di Scorrano
Ospedale di Galatina*

***I punti nascita afferenti (attualmente attivi) subiranno modifiche a seguito dell'attuazione del Riordino ospedaliero della Regione Puglia.**



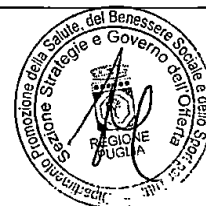
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA

**ALLEGATO 2 MODULO COMPILATO DAL MEDICO DEL PUNTO NASCITA
DA CONSEGNARE AL MEDICO DELLO S.T.E.N. (doppia copia)**

Centro trasferente		città				
Dati anagrafici del neonato		M	F			
Dati anagrafici della madre		Indirizzo				
Dati anagrafici del padre		recapiti telefonici				
ANAMNESI OSTETRICA						
Gruppo sanguigno	test di Coombs	numero precedenti gravidanze	esito			
Travaglio						
I giorno ultima mestruazione _____ età gestazionale _____ inizio spontaneo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> durata: <12 ore <input type="checkbox"/> 12-24 ore <input type="checkbox"/> >24 ore <input type="checkbox"/> febbre: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> durata: <12 ore <input type="checkbox"/> 12-24 ore <input type="checkbox"/> >24 ore <input type="checkbox"/>						
monitoraggio BCF:	nella norma <input type="checkbox"/>	Tachicardia <input type="checkbox"/>	Bradicardia <input type="checkbox"/>			
Decelerazioni:		Variabili <input type="checkbox"/>	Precoci <input type="checkbox"/>			
		Scarsa variabilità <input type="checkbox"/>	Tardive <input type="checkbox"/>			
Rottura delle membrane spontanea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	< 12 ore <input type="checkbox"/> 12-18 ore <input type="checkbox"/> >18 ore <input type="checkbox"/>	Liquido amniotico	Limpido <input type="checkbox"/>	Tinto di meconio <input type="checkbox"/>	Fetido <input type="checkbox"/>
				Tinto di sangue <input type="checkbox"/>	Oligoidramnios <input type="checkbox"/>	Polidramnios <input type="checkbox"/>
				TV x GBS	data	
					esito	Pos <input type="checkbox"/>
profilassi intrapartum	Completa <input type="checkbox"/>					
	Incompleta <input type="checkbox"/>					
Non eseguita <input type="checkbox"/>		Sierologia materna				
(in particolare, HBS A e ultimo trimestre)						
PROFILASSI	betametazone I dose					
MME	II dose					
Parto						
		Monoamniotici <input type="checkbox"/>	Biamniotici <input type="checkbox"/>			
Tipo di parto	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Forcipe <input type="checkbox"/>	Vacuum <input type="checkbox"/>			
	TC di elezione <input type="checkbox"/>	TC di emergenza <input type="checkbox"/>				
	Indicazioni al TC:					
Situazione	Singolo <input type="checkbox"/>	Multiple <input type="checkbox"/>	Gemello n. _____			
	su tot feti _____		Monocoriali <input type="checkbox"/>			
Presentazione:	Bicoriali <input type="checkbox"/>					
	Longitudinale <input type="checkbox"/>	Traverso <input type="checkbox"/>	Obliqua <input type="checkbox"/>			
farmaci in travaglio	Oitocici <input type="checkbox"/>					
	Tocidici <input type="checkbox"/>					
	Spasmolitici <input type="checkbox"/>					
	Analgesici <input type="checkbox"/>					
	Antibiotici <input type="checkbox"/>					
	Altri <input type="checkbox"/>					
	Vertice <input type="checkbox"/>	Brezza <input type="checkbox"/>	Fronte <input type="checkbox"/>			
	Faceia <input type="checkbox"/>	Podice <input type="checkbox"/>	Scalia <input type="checkbox"/>			



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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

**SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA**

	pH arterioso		ABE		laterali			
Anestesia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Generale <input type="checkbox"/> Epidurale <input type="checkbox"/>	Funicolo: _____	n° vasi: _____	Professo <input type="checkbox"/> Giri <input type="checkbox"/>	Brevità <input type="checkbox"/> Nodi <input type="checkbox"/>		
Placenta	peso g: _____		aspetto: normale <input type="checkbox"/>	infartata <input type="checkbox"/>	altro: _____			
Note	_____							
Neonato								
inizio respiro regolare (min):.....		rianimazione primaria NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>						
			FIO2	Durata minuti	Note			
somministrazione di O2	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
ventilazione a PPI con maschera	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
ventilazione a PPI con tubo ET	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
aspirazione endotracheale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	liquido aspirato: limpido <input type="checkbox"/> tinto <input type="checkbox"/>						
massaggio cardiaco	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
farmaci ed infusioni	Dosaggio		Via di somministrazione					
INDICE DI APGAR	0	1	2	1'	5'			
frequenza cardiaca	assente	<100	>100					
movimenti respiratori	assenti	incostanti	pianto valido					
muscolare	flaccido	flexione	movimenti attivi					
naso-faringeo	assente	smorfia	tosse					
colorito	cianosi diffusa	Cianosi periferica	roseo					
TOTALE								
peso g:	centile:	emissione di meconio NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		emissione di urine NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>				
prolassi oculare NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	tipo:	vitamina K NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		mg:	IM <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/>			
temperatura rettale misurata entro la 1' ora di vita				screening metabolici NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> data				
Assegnazione MINT score								
Peso Nascita (g)	> 750	751-1000	1001-1500	> 1500	pH	< 6,90 6,91	7,10 > 7,10	< 6,90 6,91
	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		10 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Età (ore)	< 1 ora		> 1 ora		PaO2 mmHg o SatO2 %	< 23 o < 50%		> 23 o > 50%
	4 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>			2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Apgar a 1'	0	1	2-3	> 3	Anomalia maggiori congenite	SI		NO
	8 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Intubato	SI	NO		TOTALE				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
DECORSO SUCCESSIVO								
problemi/essami di laboratorio e strumentali/terapie (se necessario allegare fotocopia della cartella clinica e/o altra documentazione)								



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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

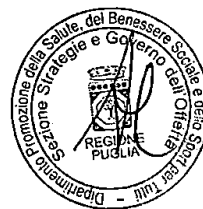
**SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA**

Indicazioni allo STEN

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con	Distress respiratorio, anche lieve	<input type="checkbox"/>	Cardiopatie congenite <small>cianotiche o doto-dipendenti</small>	<input type="checkbox"/>
	Peso < 1.500 g	<input type="checkbox"/>	Patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali	<input type="checkbox"/>
	Peso 1.500-2000 g se previsione di patologie anche lievi	<input type="checkbox"/>	Malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali	<input type="checkbox"/>
	Età gestazionale <= 34 sett.	<input type="checkbox"/>	Intubati o con linee infusionali centrali	<input type="checkbox"/>
	Asfissia con necessità di rianimazione avanzata	<input type="checkbox"/>	Alterazione dei parametri vitali	<input type="checkbox"/>

Cognome e nome del medico _____

Firma del medico _____



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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

**SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA**

ALLEGATO 3

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO (In doppia copia: una per lo STEN, una per il centro trasferente)

Il sottoscritto.....
nato ail.....
La sottoscritta.....
nata ail.....
genitori di..... nato ail.....
ricoverato dal
presso.....
dichiaro di essere stati compiutamente informati dal dott.....
che si rende necessario procedere al trasferimento del figlio presso il Presidio Ospedaliero
di.....
U.O. di.....
per.....

A questo proposito sono stati rappresentati i potenziali rischi connessi alla fase di trasferimento, inclusi quelli derivanti dal ricorso al mezzo di trasporto che verrà utilizzato ed i rischi che potrebbero derivare a nostro figlio se non lo si sottoponesse al trasferimento. Tali rischi oltre ad essere legati ad eventuali incidenti automobilistici, sono correlati alle difficoltà logistiche dovute ad eventuali procedure terapeutiche indifferibili ed urgenti che si rendessero necessarie durante il trasferimento, che andranno eseguite in spazi ristretti all'interno della autoambulanza.

Abbiamo quindi compreso l'effettiva ragione di tale provvedimento avendo ottenuto un quadro completo e del tutto esauriente della situazione ed avendo ricevuto esaustive e comprensibili risposte alle domande. Consapevoli anche dei rischi e delle difficoltà derivanti dall'eventuale rifiuto al trasferimento ed ai rischi correlati al restare in un Presidio Ospedaliero non fornito, o non avente disponibili in atto attrezzature e tecnologie necessarie per garantire gli accertamenti diagnostici e/o la cura ottimale di nostro figlio.

Quindi liberamente, spontaneamente e in piena coscienza:

ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTIAMO al trasferimento.

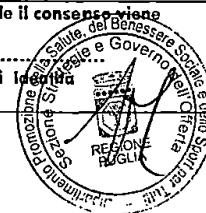
Luogo e data:

Il padre.....

La madre.....

Il Medico
.....

Nel caso in cui si verificano le condizioni definite dall'art. 316 e/o 317 codice civile il consenso viene sottoscritto da un solo genitore
Il genitore
N.B. Allegare Dichiarazione Sostitutiva Atto di Notorietà e Copia Documento di Identità



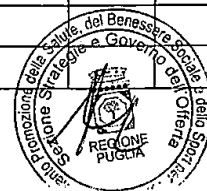
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA

ALLEGATO N 4 CARTELLA STEN

FOGLIO DI TRASPORTO												
C. Trasferente		istituto:				reparto:			medico:			
C. Ricevente		istituto:				reparto:			medico:			
chiarita dal centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mese	anno	ora	min.	
Targa mezzo:						identificativo incubatrice:						
medico:			infermiere:			autista:			barelliere:			
partenza per il centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	
sentinaria presente al centro trasferente:		pediatra <input type="checkbox"/>		altro <input type="checkbox"/>		condizioni del neonato: discrete <input type="checkbox"/> mediocri <input type="checkbox"/> gravi <input type="checkbox"/> critiche <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/>						
problemi rilevati	all'arrivo al centro trasferente											
	dopo stabilizzazione											
	all'arrivo al centro ricevente											
orientamento diagnostico dello STEN:												
procedure effettuate dallo STEN	PO ₂	ventilazione manuale	nCPAP	intubazione O.T./N.T.	ventilazione meccanica	bronco- aspirazione	caterterismo v.c.	acc. vasc. v. periferica	infusione s.g. <input type="checkbox"/> s.v. <input type="checkbox"/>	drenaggio PNX		
al Centro trasferente												
durante il trasporto												
terapie effettuate dallo STEN		sufficiente		NaHCO ₃		bolo sol. glucosata		PGE1		tenoarteriale		adrenalina
orario di somministrazione dosaggio												
parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettale	gluemia	P.A.	pH	PO ₂	PCO ₂	CG	HCO ₃		
all'arrivo al CT												
dopo stabilizzazione												
all'arrivo al CR.												
parametri rilevati	FC	FR spontanea	SaO ₂	Ti/Te	PEP	CPAP/PEEP	Flusso	Frequenza respirature	Indagini strumentali			
all'arrivo al CT												
dopo stabilizzazione												
all'arrivo al CR												



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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

**SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)
PROCEDURA OPERATIVA**

partenza per il centro ricevente	giorno	mesi	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mesi	anno	ora	min.
----------------------------------	--------	------	------	-----	------	----------------------------	--------	------	------	-----	------

condizioni del neonato: migliorate Invariate peggiorate deceduto

Assegnazione TRIPS score

Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente
Temperatura (°C)				PAa mmHg			
< 36.1 o > 37.5	8			PAa < 20	26		
36.1 - 36.5 oppure 37.2 - 37.6	1			PAa 20 - 40	16		
36.6 - 37.1	0			PAa > 40	0		
Stato respiratorio				Risposta agli stimoli dolorosi			
Severo (apnea, gasping, intubato)	14			Nessuna, convulsioni, curarizzazione	17		
Moderato (Fr > 60 e/o SatO2 < 85%)	5			Risposta letargica, planto assente	6		
Normale (Fr < 60 e/o SatO2 > 85%)	0			Risposta vigorosa, planto	0		
				TOTALE TRIPS			

NOTE ED EPICRISI

Data _____

Cognome e nome del medico _____ Firma del medico _____

Cognome e nome dell'infermiere _____ Firma dell'infermiere _____

Cognome e nome del medico centro ricevente _____ Firma del medico ricevente _____





Regione Puglia



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

**RETE CARDIOLOGICAPUGLIESE E RETE PER L'INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO
(IMA)
PDTA REGIONALE**

Gruppo Tecnico Ristretto di Progetto

Dott. Ettore ATTOLINI, Dott. Giovanni GORGONI, Dott. Pasquale CALDAROLA, Dott. Marco BENVENUTO, Dott.ssa Lucia BISCEGLIA, Dott.ssa Antonella CAROLI

Gruppo di Validazione

Dott. BALZANELLI Mario, SIS 118

Dott.ssa CAPORALETTI Paola, SIMEU

Prof. CICCONE Marco, SIC

Dott. DICILLO Ottavio, Centro Regionale di Telecardiologia E.U.

Dott. FISCHETTI Dionigi, GISE

Dott. GRIMALDI Massimo, ANMCO

Dott. LAGIOIA Rocco, AISC

Prof. PAPARELLA Domenico, SICCH





Regione Puglia



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

PREMESSA

Da circa 20 anni è stato introdotto nella cultura del management sanitario il concetto delle “*reti cliniche*”; l’introduzione di tale modello organizzativo è stata resa necessaria dall’oggettiva incapacità dei singoli ospedali di rispondere a tutti i bisogni sanitari delle aree in cui erano allocati.

Nella sua accezione primitiva la rete era fondamentalmente incentrata sugli operatori ed intesa come “gruppi di professionisti che lavorano in modo coordinato, senza vincoli gerarchici ed organizzativi, per garantire un’equa fornitura di servizi efficaci di elevata qualità”. Tale definizione è generica e quindi applicabile a vari contesti socio-sanitari. Le reti cliniche possono, infatti, svilupparsi con varia metodologia, in rapporto alla finalità che si prefiggono: cura di una singola malattia (ad esempio il diabete), organizzazione di una intera specialità (ad esempio la neurologia) o gestione di una particolare funzione (ad esempio la prevenzione cardiologica). Di fatto, il fine più elevato di una rete, più che consentire il coordinamento di un gruppo di professionisti, è quello di assicurare al cittadino, qualunque sia il motivo e il punto di accesso al servizio sanitario, di fruire tempestivamente ed equamente di un iter diagnostico-terapeutico appropriato ed omogeneo ai trattamenti secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida della comunità scientifica.

La rete viene pertanto disegnata attorno al paziente e non all’organizzazione delle singole strutture che vi partecipano.

In questo arco temporale si è anche acquisita la consapevolezza che **la rete** vada intesa in maniera “**dinamica**”, sia prevedendo e definendo percorsi diversi per le diverse situazioni cliniche, con snodi decisionali ed organizzativi differenti, sia adeguandola nel tempo ai mutamenti delle strutture sanitarie (ad esempio la rete ospedaliera o territoriale), delle conoscenze scientifiche e delle evoluzioni terapeutiche (si pensi al passaggio dalla trombolisi all’angioplastica nella cura dell’infarto del miocardio).

Un esempio molto attuale è la trasformazione spontanea in atto, non prevista al momento della sua implementazione, nell’area del trattamento della cardiopatia ischemica acuta, del



Regione Puglia



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

modello hub and spoke, finora considerato modello universale tanto da essere proposto in altre condizioni cliniche differenti dall'area cardiologica.

In considerazione di ciò, accanto agli elementi caratterizzanti di una rete ormai tradizionalmente riconosciuti (PDTA secondo linee guida, monitoraggio, clinical competence e formazione degli operatori, qualità percepita ecc.), gli elementi più qualificanti nella costruzione di una rete clinica, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e della complessità di gestione sanitaria, dovrebbero essere considerati:

- 1) Una previsione di audit strutturati, volti non solo alla valutazione di aderenza dei comportamenti ai protocolli ma anche dell'adeguatezza dei protocolli rispetto alla evoluzione delle conoscenze scientifiche;
- 2) Una previsione di valutazione costante dell'efficacia gestionale correlata con il programma degli investimenti strutturali sanitari (modifiche della rete ospedaliera, introduzione progressiva della telemedicina ecc.);
- 3) Una previsione di sovracoordinamento finalizzato alla armonizzazione delle interazioni tra le varie reti ("*network of networks*") e alla condivisione di risorse delle stesse (reti trauma, stroke, cardiologiche ecc.).

Il presente documento rappresenta un sommario esecutivo da utilizzare come traccia per la descrizione particolareggiata dei singoli percorsi diagnostico-terapeutici prevedibili per ogni singola patologia, flow charts, indicatori di volume ed esito, monitoraggio e valutazione della qualità e del rischio clinico.





Regione Puglia



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

RETE PER LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE

L'elemento comune a tutte le reti per le emergenze cardiologiche è la gestione di patologie "tempo-dipendenti", in cui cioè la tempestività dell'intervento è parte integrante della qualità dell'intervento stesso. La dipendenza temporale tuttavia non è identica per tutte le patologie considerate e questo fa sì che ogni rete possa avere una modalità organizzativa propria che coniughi l'efficacia con l'assorbimento ottimale di risorse. Corollario di tale assunto è che la rete sia attiva 24 ore su 24.

Le condizioni per le quali è necessaria una organizzazione in rete specifiche sviluppate nel presente documento sono:

- 1) L'infarto miocardico con sopraslivellamento di ST(STEMI)
- 2) L'infarto miocardico senza sopraslivellamento di ST(NSTEMI)

Da sviluppare in momenti immediatamente successivi sono:

- La sindrome aortica acuta
- Lo shock cardiogeno
- L'embolia polmonare ad alto rischio con compromissione emodinamica
- L'Insufficienza cardiaca acuta refrattaria
- Le emergenze aritmiche (Bradiaritmie con necessità di impianto di pace-maker, tachicardia e/o fibrillazione ventricolare recidivante, FA con Preeccitazione)
- L'arresto cardiaco extraospedaliero resuscitato

Gli attori coinvolti nella costruzione di una rete per le condizioni patologiche possono essere così schematizzati:

- 1) Servizio di emergenza territoriale 118
- 2) Servizio di Telemedicina regionale
- 3) Pronto Soccorso Ospedaliero
- 4) Unità di terapia intensiva cardiologica
- 5) Aree di degenza cardiologica
- 6) Laboratorio di Emodinamica e cardiologia interventistica
- 7) Laboratorio di elettrofisiologia





Regione Puglia



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

- 8) Cardiocirurgia
- 9) Riabilitazione Cardiologica
- 10) Continuità assistenziale territoriale

Ognuno di questi snodi verrà analizzato separatamente in rapporto alle patologie prese in esame. Le varie condizioni verranno trattate separatamente, in particolare la gestione dell'insufficienza cardiaca acuta refrattaria sarà prevista all'interno della rete per lo Scompenso Cardiaco.

GOVERNO DELLE RETI

L'adesione volontaria da parte dei professionisti, dei vari servizi e strutture coinvolti nella gestione delle emergenze cardiologiche non è più sufficiente a garantire il buon funzionamento della rete.

E' necessario prevedere meccanismi di governance clinica, forme di coordinamento istituzionale per rendere maggiormente efficace la collaborazione tra partecipanti, il coordinamento delle attività, la valutazione della qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e l'allocazione delle risorse.

Per il Governo Clinico della Rete si sono previsti un **Comitato di Coordinamento Regionale e dei Comitati Aziendali**.

Dei suddetti comitati faranno parte cardiologi interventisti e clinici, cardiocirurghi, referenti del 118 e del Pronto soccorso, rappresentanti delle società scientifiche, delle associazioni di volontariato.

Il **Comitato di Coordinamento regionale** sarà costituito da un coordinatore e da un Gruppo di lavoro, composto da Tecnici dell'A.Re.S.S. da rappresentanti delle società scientifiche dei vari attori coinvolti¹ nella "Rete cardiologica regionale", e da componenti delle più

¹ Per attori coinvolti si intendono: Servizio di emergenza territoriale 118, Servizio di Telemedicina, Pronto Soccorso ospedaliero, Unità di terapia intensiva cardiologica, Aree di degenza cardiologica, Laboratorio di Emodinamica e cardiologia interventistica, Cardiocirurgia.



Regione Puglia



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

rappresentative Associazioni di volontariato regionali. Tale Comitato di Coordinamento sarà individuato da A.Re.S.S. ed approvato con delibera di Giunta Regionale.

Tale Comitato dovrà:

- recepire e implementare le indicazioni della programmazione regionale in materia;
- favorire le opportunità di integrazioni professionali, gestionali e organizzative di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella rete
- definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i vari nodi della rete;
- promuovere PDTA che favoriscano l'effettiva integrazione ospedale-territorio.
- valutare e monitorare il funzionamento e i risultati della rete attraverso indicatori condivisi;
- aggiornare i percorsi diagnostico-terapeutici e gli assetti clinico-organizzativi dei servizi nelle diverse aree regionali;
- promuovere azioni correttive e interventi mirati a superare particolari condizioni di criticità dei percorsi assistenziali;
- promuovere audit clinici per verificare la correttezza dei comportamenti nell'ottica del miglioramento continuo;
- promuovere iniziative di formazione continua per gli operatori coinvolti nella rete, con particolare riguardo alle specifiche attività dei nodi della rete, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi;
- verificare il mantenimento delle competenze professionali ed il raggiungimento dei volumi minimi di attività per singolo operatore e per laboratorio di emodinamica previsti dalle società scientifiche;
- promuovere iniziative di sensibilizzazione per i cittadini per il corretto ed appropriato accesso ai servizi;
- favorire interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo-gestionale delle aziende sanitarie locali;





Regione Puglia



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

- prevedere eventuali accordi di confine e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria;
- redigere sulla base degli esiti del monitoraggio della rete una relazione preferibilmente annuale sul funzionamento della stessa.

Il **Comitato Aziendale** sarà costituito da un coordinatore e da un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti dei vari attori coinvolti² nella “Rete cardiologica regionale”, e da componenti delle più rappresentative Associazioni di volontariato. Tale Comitato di Coordinamento sarà individuato dalla Direzione strategica Aziendale ed approvato con atto deliberativo.

Tale Comitato dovrà interfacciarsi con il Comitato regionale per:

- agevolare la realizzazione del programma “Reti per le emergenze e urgenze cardiologiche” all’interno delle singole realtà aziendali;
- riferire lo stato di avanzamento delle attività ed eventuali criticità al Comitato di Coordinamento regionale;
- realizzare eventuali percorsi e protocolli interaziendali;
- realizzare percorsi integrati ospedale-territorio;
- effettuare audit clinici per verificare la correttezza dei comportamenti nell’ottica del miglioramento continuo;
- realizzare iniziative di sensibilizzazione per i cittadini per il corretto ed appropriato accesso ai servizi;
- attivare iniziative di formazione continua per gli operatori sanitari sulla base delle indicazioni del comitato regionale

² Cfr. nota numero 1.





Regione Puglia



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

I SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI

Le fonti attualmente utilizzate per ottenere informazioni sulle performance clinico-organizzative delle strutture sanitarie che erogano assistenza a pazienti affetti dalle condizioni cardiologiche acute e croniche sono rappresentate dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), dall'Anagrafe regionale assistiti, dai registri del 118, dagli accessi al PS. Ulteriori conoscenze possono derivare dai flussi dell'assistenza farmaceutica e della specialistica ambulatoriale.

La Rete cardiologica regionale dovrà avvalersi di piattaforme digitali per la raccolta dei dati clinici dei pazienti ricoverati per SCA in tutto il territorio regionale da cui sarà possibile ottenere valutazioni su alcuni indicatori (percentuale di pazienti che ricorrono al 118, tempo intercorso dal FMC alla ripercussione, wire crossing, percentuale di pazienti ripercussiti, pazienti trattati con approccio radiale, ecc.). L'utilizzo di tali strumenti di raccolta dati potrà fornire utili informazioni sulla performance della rete cardiologica, sull'appropriatezza d'indicazione delle procedure e costituirà una valida opportunità per coinvolgere i vari attori nella gestione operativa dei percorsi diagnostico-terapeutici e nell'attività di ricerca connessa all'assistenza (sull'esempio di alcune buone pratiche sperimentate e adottate in puglia, cfr. esempio ASL BA, etc.)

GLI INDICATORI

Un adeguato sistema di indicatori rappresenta uno strumento necessario per valutare il corretto funzionamento della rete e per verificare i risultati clinici in termini di riduzione della mortalità e di miglioramento della prognosi a medio e lungo termine.

Gli indicatori dovranno essere in grado di descrivere e misurare, anche specificatamente per i singoli settori (emodinamica, attività cardiocirurgica e aritmologica, ecc.):

- La diffusione capillare dell'assistenza in rete;
- Le modalità di accesso (attivazione del 118 o presenza diretta in Pronto soccorso);





Regione Puglia



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

- La tempistica relativa a diagnosi, trasporto e trattamento;
- La percentuale di trattamento ottimale (es. angioplastica primaria);
- La percentuale di ricoveri in idoneo ambiente (es. UTIC);
- La percentuale di rientro ai centri spoke dopo trattamento;
- La durata della degenza;
- Gli outcomes in termini di reospedalizzazioni per la stessa patologia o per patologie ad essa correlate entro un anno;
- Gli outcome in termini di mortalità intraospedaliera, a 30 giorni e a lungo termine.





Regione Puglia



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

INFARTO ACUTO DEL MIOCARDO CON SOPRASLIVELLAMENTO DI ST (STEMI)

PREMESSA

Lo STEMI rappresenta l'emergenza cardiologica in cui il fattore tempo ha il ruolo preminente ("il tempo è muscolo"). Poiché la finalità del trattamento è la riapertura del vaso occluso responsabile dell'evento patologico, la rapidità di raggiungimento di tale risultato correla con la quantità di miocardio salvato e con la prognosi a breve e lungo termine.

Le linee guida internazionali ritengono che il trattamento ottimale sia la riapertura meccanica del vaso (angioplastica primaria) da ottenersi al massimo entro 120 minuti dal primo contatto medico (FMC). Le recenti LG ESC 2017 sullo STEMI definiscono il FMC come "il punto temporale in cui il paziente è inizialmente valutato da un medico, paramedico o personale del servizio 118, che esegua ed interpreti un ECG e possa praticare un intervento iniziale. Può avvenire in ambito pre-ospedaliero o in ospedale, allorquando il paziente vi si rechi autonomamente".

Il trattamento trombolitico preospedaliero deve essere preferito all'angioplastica solo laddove si verificano condizioni geografiche che non consentano di effettuare una angioplastica entro i 120 minuti, situazione che in Puglia potrebbe verificarsi solo in alcune limitate aree del Sub Appennino Dauno. Ne discende altresì che tutti gli sforzi organizzativi devono volgere al raggiungimento dell'obiettivo del trattamento entro i 120 minuti.

L'intervallo temporale dei 120 minuti tra il FMC e la riperfusione meccanica ha di fatto estromesso le unità coronariche *spoke* dalla gestione dello STEMI nella fase preangioplastica. Ciò ha trasformato il modello hub-and-spoke in un modello point-to-point in quanto il paziente transita (o dovrebbe transitare) direttamente dal territorio, attraverso i sistemi di emergenza territoriale in grado di effettuare la diagnosi elettrocardiografica preospedaliera dell'evento, alla emodinamica per il trattamento meccanico (senza quindi nessun passaggio dal centro spoke). Purtroppo una quota considerevole di pazienti giunge ancora con propri





Regione Puglia



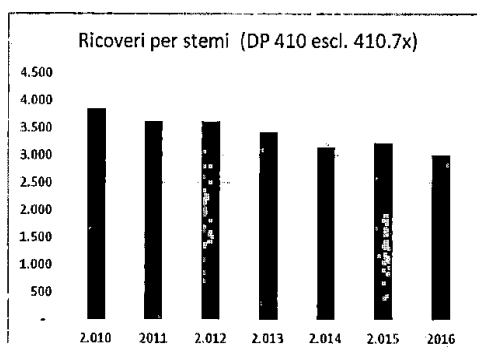
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

mezzi al Pronto soccorso Ospedaliero, che rappresenta una tappa intermedia non favorevole, responsabile in buona misura di quello che viene definito “ritardo evitabile”.

E' pertanto fondamentale che nell'ambito del triage siano istituiti e codificati percorsi specifici che permettano la rapida identificazione del paziente con STEMI giunto autonomamente e che venga tempestivamente preso in carico dalla rete riducendo tempi di attesa inutili. Le linee guida raccomandano tempi non superiori ai 30 minuti per realizzare il cosiddetto DIDO (Door-In Door-Out).

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PUGLIA DAL 2010 AL 2016.

- Il numero di ricoveri per STEMI si è ridotto passando da 3851 a 3004.



- Il tasso di ospedalizzazione per STEMI è passato da 94,29 ricoveri per 100.000 abitanti a 73,78.

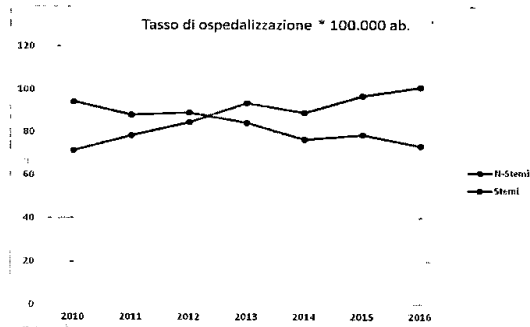




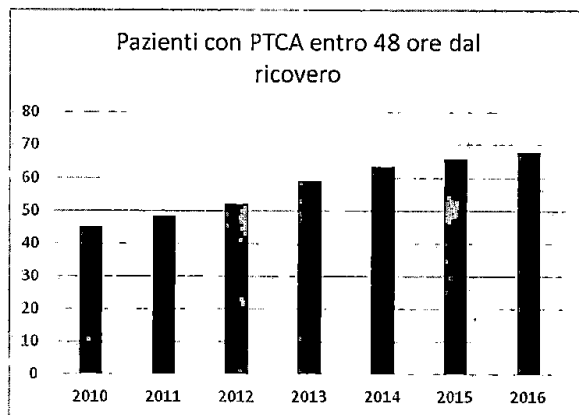
Regione Puglia



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



- La percentuale di pazienti dimessi da reparto cardiologico per STEMI è passata dall'83,5% all'88,7%.
- La percentuale di pazienti con STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 48 ore è passata dal dal 45% al 67,71%



- La percentuale di pazienti con STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 48 ore nei centri Hub è passata dal 50,25 al 76,56%.
- La percentuale di pazienti ammessi direttamente in hub attraverso il 118 è passata dal 25 al 33%.

Anno	2013	2014	2015





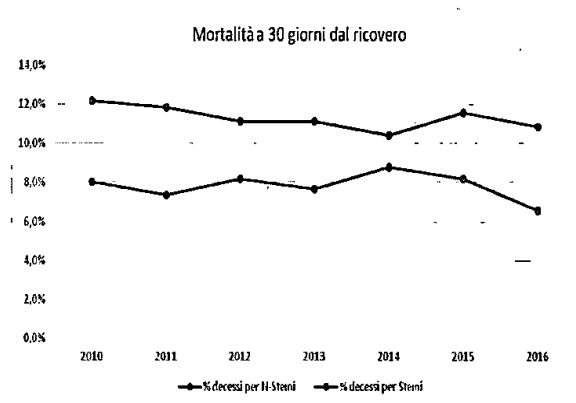
Regione Puglia



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

FG	60	115	105	138
Bari/BAT	297	300	365	367
BR	125	128	130	124
TA	79	180	119	107
LE	328	237	300	245
Totale STEMI 118	889	960	1019	981
Totale STEMI Puglia	3422	3138	3227	3004
%Trasporto diretto 118	25%	30%	31%	33%

- La mortalità a 30 giorni nei pazienti con STEMI si è ridotta dal 12,2% al 10,9%.



SITUAZIONE ATTUALE

Dal 2008 la Regione Puglia ha organizzato, con il contributo dei rappresentanti delle società scientifiche cardiologiche e dei vari attori coinvolti nella gestione dello STEMI, la rete IMA-SCA (DGR 397 del 25/3/2008) progettando un modello basato sul sistema Hub e Spoke con l'obiettivo di garantire la terapia ripercussiva più rapida ed efficace al maggior numero di pazienti colpiti da STEMI.



Regione Puglia



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

- Veniva promossa una campagna pubblicitaria ed informativa per ricondurre i soggetti colpiti da dolore toracico a riconoscere prontamente i sintomi sospetti ed allertare il sistema 118;
- Venivano organizzati corsi di formazione per medici ed operatori del 118 e per medici di Pronto Soccorso;
- Veniva predisposto un protocollo operativo condiviso tra i vari attori che ne definiva i ruoli (Centrale di telecardiologia, 118, Cardiologie spoke e Cardiologie Hub).

In seguito al piano di riordino 2010- 2012, con **delibera ARES del 29 gennaio 2013** veniva ridefinita la rete cardiologica, articolandola su 4 tipologie di strutture (Cardiologia con UTIC- emodinamica e cardiochirurgia; Cardiologia con UTIC ed Emodinamica; Cardiologia senza emodinamica e presenza di area critica; Cardiologia Riabilitativa) definendone standard organizzativi e strutturali.

In tutto il territorio Pugliese è pertanto attiva una rete per il trattamento dello STEMI che ha generato livelli accettabili di funzionalità e risultati soddisfacenti in termini di performance. Un indicatore semplice proposto dalle società scientifiche per valutare l'efficienza della rete è rappresentato dal numero di angioplastiche "primarie" eseguite per milione di abitanti. Nei paesi occidentali si ritiene che il numero ottimale dovrebbe essere di circa 600 angioplastiche per milione di abitanti per anno. In Puglia nel 2016 abbiamo registrato **565 procedure/milione di abitanti e 610 nel 2017**, numero lievemente superiore rispetto a quello proposto come ottimale. In tutta la regione il personale del 118 è in grado di effettuare l'ECG pre-ospedaliero avvalendosi di una tele-consulenza cardiologica da parte di una centrale regionale allocata all'interno del Policlinico di Bari, che effettua la Diagnosi di STEMI ed attiva il percorso HUB. Dati raccolti sui pazienti trattati nelle ASL BARI e BAT documentano che circa il 90% dei pazienti che fanno ricorso al 118 viene trattato entro un'ora dalla diagnosi ECG.

Tuttavia dopo diversi anni di attività e funzionamento della Rete STEMI si rende necessario una sua revisione, sia strutturale (identificazione dei centri) alla luce delle novità introdotte





Regione Puglia



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

dal DM 70/2015, sia per adeguarla alle nuove evidenze scientifiche e per superare le criticità emerse (vedi insufficiente accesso diretto al sistema territoriale 118, ancora oggi limitato a circa il 40% della casistica STEMI).

FUNZIONAMENTO DELLA RETE

1. Servizio di emergenza territoriale (SET-118):

- a) Rappresenta il primo contatto con il paziente STEMI
- b) Effettua l'ECG preospedaliero
- c) Provvede alla Stabilizzazione clinica e al trattamento iniziale
- d) Rileva e trasferisce ai centri Hub informazioni relative alle funzioni vitali, per consentire la migliore assistenza al paziente critico che richieda l'attivazione dell'anestesista oltre che degli emodinamisti;
- e) Effettua il trasporto diretto (Fast Track), bypassando il PS, presso l'emodinamica di riferimento
- f) Effettua il trasporto dei pazienti che si rivolgono a centri SPOKE verso i centri HUB

2. Telemedicina regionale:

Effettua la Diagnosi elettrocardiografica.

Fornisce teleconsulenza

Attiva il percorso HUB

Attualmente viene utilizzata una centrale unica regionale allocata all'interno del Policlinico di Bari, che assicura, nelle emergenze del 118 Puglia e nei PPIT (punti di primo intervento territoriali) sull'intero territorio regionale, il servizio di refertazione ECG on line e la teleconsulenza cardiologica. In questi ultimi anni il Progetto Tele Cardiologia nelle Emergenze e Urgenze ha migliorato la tempestività dell'intervento, l'affidabilità e il controllo del servizio ed ha supportato gli operatori sanitari negli intricati e spesso critici processi di valutazione clinica in ambito medico migliorandone i tempi e l'appropriatezza delle scelte.





Regione Puglia



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

L'utilizzo di sistemi di tele-refertazione e tele-trasmissione ha consentito un miglioramento in termini di appropriatezza clinica, con riduzione delle false diagnosi di SCA STEMI e comportato una sensibile riduzione di ricoveri inappropriati con risparmio di risorse.

3. Pronto Soccorso Ospedaliero:

È auspicabile non venga interessato nel percorso del paziente STEMI. Laddove raggiunto con propri mezzi direttamente dal paziente, svolge i punti 1a), b), c). Il punto 1d) rimane di pertinenza del SET-118 in considerazione della maggiore rapidità ed efficienza di tale soluzione, ormai applicata in quasi tutte le regioni.

4. Unità di terapia intensiva cardiologica:

Le UTIC dei centri *hub* accolgono il paziente dopo la procedura, e quindi nell'ambito del funzionamento della rete devono essere dimensionate e gestite in modo da poter costantemente accogliere i pazienti che necessitano di assistenza complessa nella fase acuta. In quest'ottica le UTIC hub devono operare per assumere un profilo altamente "intensivo", continuando ad occuparsi della patologia coronarica, ma dedicandosi prevalentemente alla gestione delle gravi patologie cardiovascolari che richiedono un approccio terapeutico aggressivo, alle condizioni che mettono a rischio la vita del paziente (shock, complicanze meccaniche e instabilità emodinamica ed elettrica). In particolare, devono garantire prestazioni specialistiche come il posizionamento di cateteri venosi centrali, il monitoraggio pressorio arterioso invasivo, il posizionamento di cateteri di Swan-Ganz in arteria polmonare, la gestione del contropulsatore aortico, la gestione della ventilazione non invasiva, la gestione dei sistemi di ultrafiltrazione continua o di dialisi. Saranno allocate nei centri cardiologici dotati di emodinamica H 24.

Condizioni gestibili nei centri HUB con emodinamica ed UTIC annessa

- STEMI nelle prime 24/48 ore, o con complicanze o ad alto rischio
- NSTEMI a rischio elevato persistente anche dopo rivascolarizzazione meccanica





Regione Puglia



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

- Scompenso cardiaco acuto o shock cardiogeno con necessità di assistenza meccanica
- Aritmie gravi refrattarie alla terapia medica o con necessità di procedure interventistiche (ad es. ablazione)
- Embolia polmonare ad alto rischio
- Miocarditi con estesa disfunzione ventricolare o instabili

Le unità dei Centri *spoke* non dovrebbero essere coinvolte dal punto di vista organizzativo nelle prime fasi del processo all'interno di una rete strutturata. Ciononostante la consulenza cardiologica presso il PS, ai fini di una diagnosi precoce, sarà possibile nei centri che prevedono la presenza di guardia attiva cardiologica H24. In assenza di questa si farà ricorso per la diagnosi al servizio di telemedicina regionale. Le UTIC *spoke* si configurano come Strutture semintensive cardiologiche dedicate alla gestione di pazienti con SCA-STEMI stabilizzati una volta superata la fase acuta e di quelli con SCA-NSTEMI a rischio basso-intermedio in attesa di trasferimento, oltre che come Terapie Intensive multifunzionali, basate sull'attiva collaborazione di differenti specialisti, in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze assistenziali delle realtà locali. E' necessario un ridisegno del fabbisogno di strutture con tale profilo ed una loro rapida riqualificazione con l'acquisizione di nuove capacità nel rispondere sia alla tradizionale funzione di nodi per il trattamento delle SCA (STEMI e NSTEMI), sia alla gestione di patologie cardiovascolari croniche riacutizzate (scompenso cardiaco), sia di pazienti con aritmie che necessitano di trattamento e monitoraggio continuo e o impianto di device, condizioni entrambe in continuo incremento, sia alla gestione di pazienti polispecialistici che necessitano di cure intensive. La scelta del modello più appropriato per il singolo stabilimento ospedaliero dipenderà dai volumi di attività, dal case mix di patologie cardiovascolari acute e dalla logistica delle strutture esistenti. Attualmente la realtà cardiologica pugliese prevede alcune cardiologie *spoke* dotate di Utic ed altre previste come cardiologie di base.

Nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con SCA STEMI entrano i centri *spoke*





Regione Puglia



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

dotati di UTIC o di posti letto con sistemi di monitoraggio continuo e di guardia attiva H24, ma anche i centri spoke senza posti letto ovvero con servizio di cardiologia supportato dalla reperibilità laddove se ne ravviserà la necessità sulla base di presupposti epidemiologici e organizzativi.

In ogni caso il ricovero dei pazienti cardiologici avviene sempre in letti di terapia intensiva/sub intensiva o, per pazienti stabilizzati, in letti di degenza cardiologica purchè in possesso di due requisiti fondamentali: **possibilità di effettuare un monitoraggio ECGrafico continuo (telemetria) e disponibilità di una guardia cardiologica attiva h24.**

Condizioni gestibili nei Centri SPOKE dotati di UTIC o di posti letto con sistemi di monitoraggio continuo e di guardia attiva h24

- STEMI in condizione di stabilità dopo riperfusione
- NSTEMI a rischio lieve-moderato
- NSTEMI stabile dopo rivascolarizzazione
- Scompenso cardiaco acuto o cronico refrattario alla terapia medica con necessità di ventilazione assistita o ultrafiltrazione ma senza indicazione ad assistenza meccanica
- Aritmie con necessità di monitoraggio e/o con necessità di impianto di devices
- Embolia Polmonare emodinamicamente stabile
- Miocarditi con moderata disfunzione ventricolare
- Dolore toracico in pazienti ad alto rischio ischemico
- Iperdosaggio/avvelenamento da farmaci cardioattivi

5. Aree di degenza Cardiologica:

Dopo la fase acuta in UTIC, con tempistiche differenziate a seconda delle condizioni cliniche, il paziente con STEMI di regola viene trasferito in un reparto cardiologico di degenza ordinaria per il completamento del decorso clinico, durante il quale viene attuata una





Regione Puglia



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

stratificazione del rischio (determinazione della funzione ventricolare sinistra e ricerca di eventuale ischemia residua) in funzione di programmi di completamento della rivascolarizzazione coronarica o rivalutazione per impianto di defibrillatore. Durante la degenza viene completata e messa a punto la terapia farmacologica della condizione acuta e delle comorbidità.

E' auspicabile che, non appena le condizioni del paziente lo consentano, il paziente trattato per STEMI venga trasferito, il più precocemente possibile, dal centro con emodinamica a quello Spoke di riferimento territoriale sia per decongestionare la Terapia Intensiva Cardiologica dell'Ospedale con emodinamica, sia per garantire la continuità assistenziale che si completerà col programma post-dimissione.

La gestione dei trasporti secondari deve avvenire secondo risorse certe e concordate nell'ambito di protocolli locali e ai sensi del D.M. n. 70/2015 deve essere preferibilmente a carico dei servizi che operano sul territorio (118), ovvero attraverso servizi aziendali dedicati.

6. Laboratorio di Emodinamica e cardiologia interventistica:

- Deve possedere i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalle società scientifiche di settore compresa la costante disponibilità di posti letto di rianimazione
- Essere collegato strutturalmente e funzionalmente ad una UTIC.
- Svolgere attività in due sale;
- Possedere la dotazione tecnologica prevista nei documenti delle società scientifiche compresa la possibilità di effettuare trattamento dialitico d'urgenza;
- Assicurare il servizio H24 e 7/7gg;
- Possedere almeno 4 operatori che abbiano adeguata competenza come previsto dalle linee guida attuali (volume minimo annuo del laboratorio di almeno 400 angioplastiche di cui almeno 100 primarie; volume minimo annuo dell'operatore almeno 75 angioplastiche);
- Utilizzare come abituale l'accesso radiale.



19



Regione Puglia



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

7. Cardiochirurgia:

Deve essere disponibile h24 per eventuale rivascolarizzazione chirurgica d'urgenza e per il trattamento chirurgico d'urgenza delle complicanze meccaniche dello STEMI. Sarà cura dell'ARESS definire le modalità di implementazione di un **sistema di turnazione in pronta disponibilità in caso di presenza di più cardiochirurgie nella stessa provincia.**

8. Riabilitazione Cardiologica

Qualora le problematiche cliniche del paziente ricoverato per STEMI non siano completamente risolte o il paziente venga stratificato come ancora a rischio, il passaggio al territorio deve essere preceduto da un adeguato periodo di ricovero in centri di Riabilitazione cardiaca specialistica o di Lungodegenza ad indirizzo riabilitativo.

Il trasferimento dall'Ospedale per acuti alle unità operative di cardiologia riabilitativa deve avvenire, nei casi individuati dal PDTA, il più precocemente possibile scegliendo il setting riabilitativo più appropriato.

Nei pazienti a rischio elevato (per presenza di disfunzione VS, per alto rischio ischemico residuo ecc.) sarà assicurato l'intervento riabilitativo in continuità assistenziale in strutture riabilitative degenziali; i pazienti a rischio intermedio saranno inseriti in programmi riabilitativi ambulatoriali.

9. Continuità assistenziale territoriale

E' ampiamente documentato che la mancata presa in carico dei pazienti cardiologici dopo SCA rappresenta uno degli elementi responsabili dell'aumentata mortalità a distanza di tali pazienti. E' necessario **garantire follow-up ambulatoriale a tutti i pazienti dopo un evento coronarico acuto**, attraverso il coinvolgimento dei cardiologi delle SPOKE, dei cardiologi territoriali e dei MMG per una adeguata presa in carico.





Regione Puglia

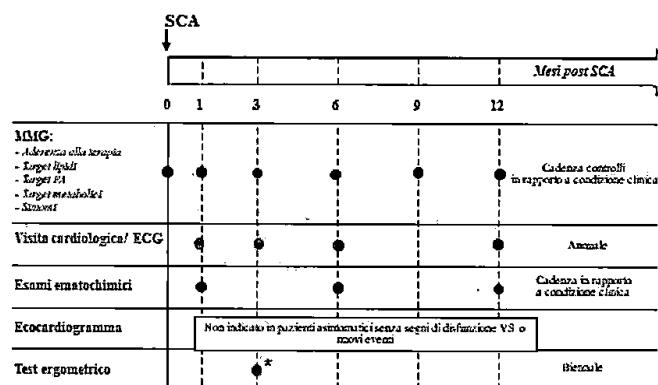


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

Risulta fondamentale definire all'interno del PDTA di gestione dei pazienti con SCA il ruolo degli ambulatori territoriali per le patologie cardiovascolari, che dovranno garantire il follow-up a 3-6-12 mesi di tali pazienti con l'obiettivo di:

- Migliorare l'adesione alle modifiche dello stile di vita e alle terapie consigliate;
- Favorire il raggiungimento dei target terapeutici previsti dalle LG;
- Assicurare continuità assistenziale dal momento della dimissione ospedaliera alla presa in carico nel territorio;
- Escludere dalle liste di attesa ordinarie e prevedere percorsi preferenziali per i pazienti affetti da recente SCA;
- Ridurre il ricorso al PS ed eventualmente a ricoveri ripetuti;
- Valutare l'impatto di tale modello assistenziale sulla morbilità e mortalità cardiovascolare.

Pazienti Post SCA e/o Rivascolarizzazione
Ambulatorio cardiologico H o territoriale/MMG



* Prova da sforzo precoce indicata in caso di risultato subottimale della procedura

INDICATORI PER LO STEMI

Ai fini del monitoraggio e valutazione delle attività della Rete, nella fase di implementazione si farà riferimento ad un set di indicatori (destinato ad essere successivamente implementato) in





Regione Puglia



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

coerenza con le indicazioni formulate dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, oltre con il sistema di valutazione PNE.

- N° casi di STEMI e tasso di ospedalizzazione per 100.000 ab.
- Percentuale di pazienti con accesso mediante 118 >45%
- Percentuale di pazienti con dolore toracico che hanno eseguito ECG entro 10 min da FMC >70%
- Percentuale di pazienti soccorsi dal 118 e con accesso diretto in Emodinamica (fast track) >70%
- Percentuale di pazienti ricoverati presso centri Spoke e non trasferiti nel corso del ricovero presso un centro HUB con emodinamica <20%
- Percentuale di pazienti con STEMI trattati con PCI primaria >70%
- Percentuale di pazienti con STEMI trattati con PCI entro 120 minuti >70%
- Percentuali di pazienti rinviati dalle UTIC HUB al centro di competenza territoriale >30% (una volta attivato il trasporto secondario).
- Percentuale di pazienti ricoverati in reparto cardiologico >85%
- Durata degenza media intero ricovero = < 7 gg
- Tempi di diagnosi e trattamento (FMC-ECG < 10min; Diagnosi STEMI- Wire Crossing < 90min; per paz. giunti da PS di centri Hub <60 min.)
- Stesura della lettera di dimissione corredata secondo le indicazioni delle società scientifiche (con completo setting di informazioni) >80%
- Prescrizione farmacologica alla dimissione e prosecuzione secondo quanto raccomandato dalle LLGG vigenti (DAPT-Statine-AceIn.-Beta Bloccanti) >80%
- Mortalità intraospedaliera per UO di Cardiologia <6%
- Mortalità totale a 30 giorni <12%

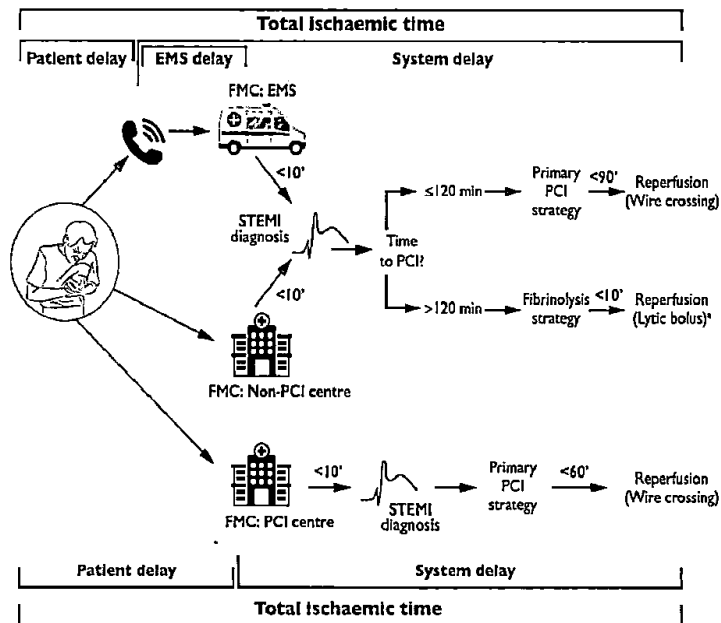




Regione Puglia



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



Tempi di trattamento STEMI secondo linee guida società Europea di Cardiologia 2017

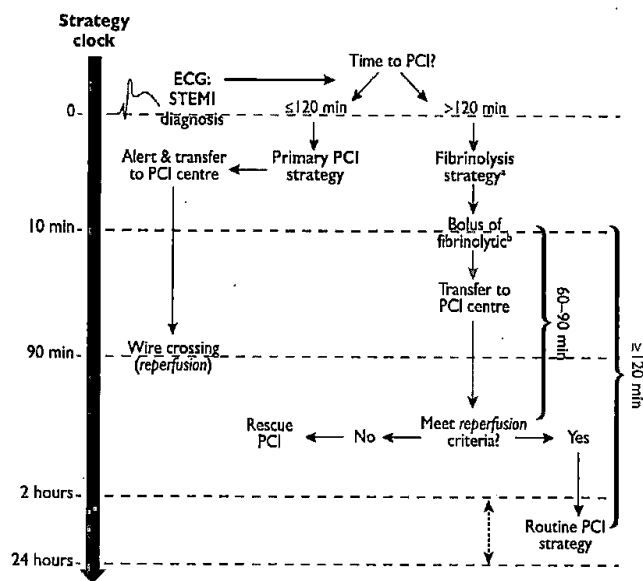




Regione Puglia



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



(La proposta e l'adozione degli indicatori di processo e di esito della Rete Cardiologica sarà aggiornata in coerenza con le conclusioni del tavolo di lavoro ministeriale del Nuovo Sistema di Garanzia dei livelli essenziali di assistenza).

Saranno oggetto di ulteriore approfondimento ed individuazioni di adeguate misure risolutive i seguenti **ELEMENTI di CRITICITÀ**:

- ruolo della telemedicina in ordine alla possibilità di teleconsulenza (ad esempio trattamento delle complicanze, assistenza ad equipaggi non medicalizzati ecc.) attraverso protocolli condivisi;*
- iniziative di informazione per favorire il ricorso diretto dei pazienti con dolore toracico al 118;*
- protocolli operativi per il trasferimento dai centri Hub ai centri Spoke, per consentire l'occupazione dei posti letto dei centri Hub per i casi più complessi;*
- procedura condivisa tra gli attori della rete per garantire il servizio secondario (da centri Spoke ad Hub e viceversa).*





Regione Puglia



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

STRUTTURA DELLA RETE STEMI E CARDIOLOGICA**Provincia di Lecce**

Presidio ospedaliero HUB = Ospedale V. Fazzi di Lecce		
Strutture con UTIC ed Emodinamica H24	Presidi ospedalieri SPOKE con posti letto	Presidi ospedalieri SPOKE senza posti letto (Servizio cardiologico)
<i>Città di Lecce* (CCH)</i> Tricase °	Copertino (CB) ° Gallipoli (U) Scorrano (U) Casarano (CB)	Galatina
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Ospedale Galateo Casa di Cura privata accreditata Petrucciani*		

Provincia di Brindisi

Presidi ospedalieri HUB con UTIC ed Emodinamica H24	Presidio ospedaliero SPOKE con posti letto	Presidi ospedalieri SPOKE senza posti letto
<i>Osp. Perrino</i>	Francavilla Fontana (U)	Ostuni
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Perrino Ceglie Messapica		



25



Regione Puglia



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

Provincia di Taranto

Presidio ospedaliero HUB = Ospedale SS. Annunziata di Taranto		
Presidi ospedalieri <i>con UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri SPOKE <i>con posti letto</i>	Presidi ospedalieri SPOKE <i>senza posti letto</i>
Villa Verde* (CCH)	Castellaneta (U) Manduria (CB) □ Martina Franca (U) □	
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Grottaglie Cittadella della Carità*		

Provincia di Bari

Presidio ospedaliero HUB = A.O. Policlinico di Bari		
Presidi ospedalieri <i>con UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri SPOKE <i>con posti letto</i>	Presidi ospedalieri SPOKE <i>senza posti letto</i>
San Paolo Altamura Di Venere Miulli° Anthea* (CCH) Santa Maria* (CCH) CBH * (CCH) Medicol Conversano	Putignano (CB) □ Monopoli (CB) □ Corato (CB) □ □	Molfetta (CB)
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
San Paolo – Terlizzi – Triggiano - IRCCS Fondazione Maugeri* CBH Mater Dei*		

74





Regione Puglia



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

Provincia Barletta-Andria-Trani

Presidi ospedalieri HUB con <i>UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri SPOKE con posti letto	Presidi ospedalieri SPOKE <i>senza posti letto</i>
<i>Andria</i>	Barletta (U) Bisceglie	
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Canosa Don Uva Bisceglie*		

Provincia di Foggia

HUB = Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia		
Presidi con <i>UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri <i>SPOKE</i> con posti letto	Presidi ospedalieri <i>SPOKE</i> <i>senza posti letto</i>
S. Severo <i>San Giovanni Rotondo</i> ° (CCH)	Cerignola (U) Manfredonia (CB)	Lucera
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Casa Sollievo* Osp. Riuniti Santa Maria Bambino* De Luca*		

Legenda:

- * = Strutture private accreditate
- ° = Enti ecclesiastici
- (U) = Utic
- (CB) = Cardiologia di Base
- (CCH) = Cardiocirurgia
- = con monitoraggio continuo e guardia attiva H24





Regione Puglia



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

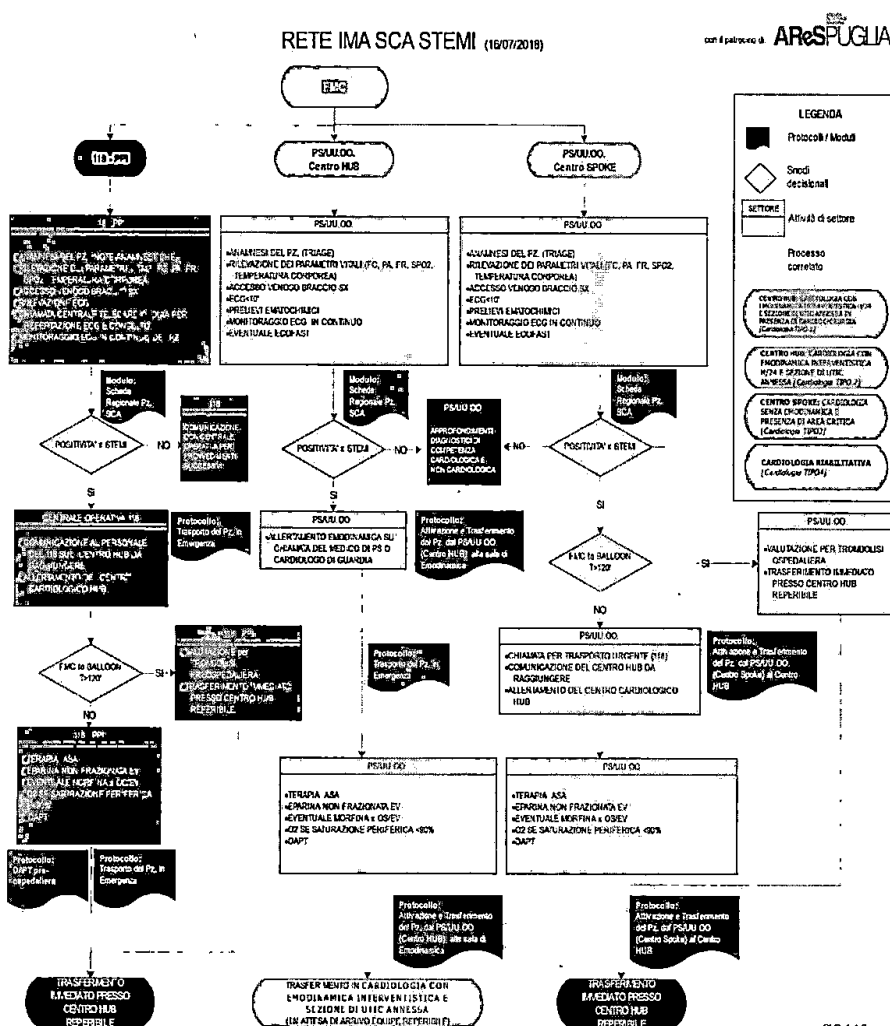
La struttura proposta è coerente con il Regolamento Regionale n.7/2017 e ss.mm.ii di riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015” del 28.02.2017 e ricalca l’organizzazione attuale che ha comunque garantito livelli di funzionalità e risultati soddisfacenti in termini di performance. Tuttavia si rende necessario prevedere un monitoraggio periodico annuale degli indicatori strutturali e di outcome dei singoli centri erogatori al fine di procedere alla necessaria revisione sia della struttura che dei protocolli operativi della rete. In conclusione, alla luce delle riflessioni sviluppate in precedenza, lo schema di funzionamento della rete (elaborato a partire da una *flow-chart* costruita nel 2013 con il contributo delle società scientifiche di settore e dei vari attori coinvolti nella gestione dello STEMI, opportunamente rivista ed aggiornata nel rispetto delle più recenti linee guida





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

ESC ed internazionali) è il seguente:

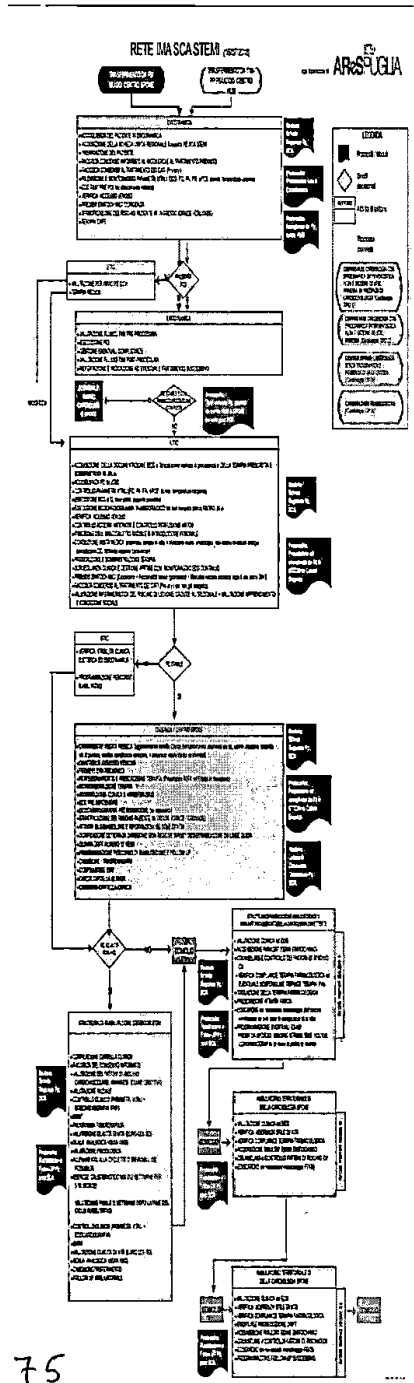




Regione Puglia



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





Regione Puglia



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

LA RETE PER L'INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO SENZA ST SOPRASLIVELLATO (NSTEMI) E PER L'ANGINA INSTABILE (SCA NSTEMI)

PREMESSA

Le sindromi coronariche acute (SCA) comprendono, oltre allo STEMI, l'angina instabile e l'IMA senza evidenza di sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI). Il meccanismo fisiopatologico alla base è costituito generalmente dal ridotto apporto di sangue al miocardio a causa della formazione di un trombo non occlusivo su una placca aterosclerotica. Tuttavia le SCA NSTEMI rappresentano differenti gradi di severità. Nell'angina instabile, infatti, l'ischemia non è così severa e duratura da portare a necrosi miocardica con aumento in circolo dei marker indicativi di necrosi miocardica (troponina), mentre, quando ciò si verifica si configura il quadro del NSTEMI. Lo spettro delle caratteristiche cliniche e della prognosi dei soggetti con SCA-NSTEMI è molto più ampio rispetto allo STEMI, includendo sia pazienti a basso rischio, sia pazienti complessi e con prognosi severa quali i soggetti anziani, con importanti comorbidità o precedenti eventi vascolari. La mortalità intraospedaliera della SCA-NSTEMI è generalmente più bassa rispetto allo STEMI ma a 6-12 mesi diventa simile o superiore. È necessaria pertanto un'attenta stratificazione del rischio nei pazienti con SCA-NSTEMI, un trattamento antitrombotico di intensità proporzionale al livello di rischio ischemico ed emorragico e, nei pazienti a rischio moderato-elevato, il più frequente ricorso a una precoce rivascolarizzazione. La stratificazione del rischio è basata su valutazioni cliniche (variabili anamnestiche, segni obiettivi, ECG e marcatori di necrosi) integrate dall'utilizzo di punteggi di rischio. Nelle Linee guida per il trattamento delle SCA-NSTEMI della Società europea di cardiologia sono consigliati il GRACE risk score per la stratificazione del rischio ischemico e il CRUSADE risk score per la stratificazione del rischio emorragico. Va ricordato che la diagnosi elettrocardiografica di NSTEMI non è sempre immediata, data la frequente possibilità di falsi positivi e di falsi negativi. Nei casi sospetti è necessario spesso un monitoraggio clinico, elettrocardiografico e laboratoristico (monitoraggio delle troponine) e talora l'esecuzione dell'ecocardiogramma o di altre metodiche di imaging.





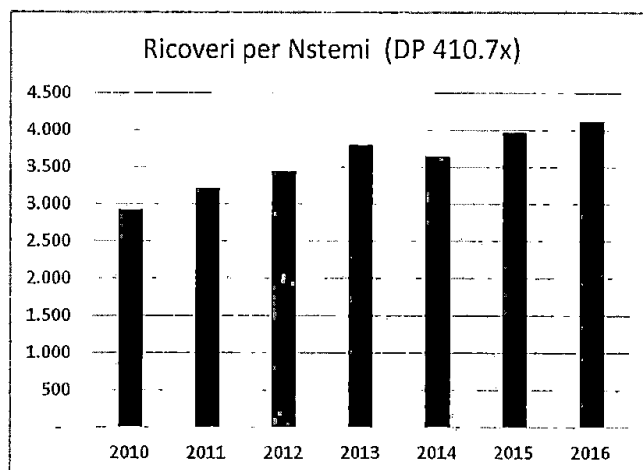
Regione Puglia



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

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE NELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PUGLIA DAL 2010 AL 2016

Il numero di ricoveri per NSTEMI, così come accaduto in Italia e nel mondo occidentale, è aumentato passando da 2918 a 3968. Tale incremento è in parte dovuto al miglioramento della diagnosi legata all'introduzione delle troponine ad alta sensibilità, in parte al trattamento precoce e più invasivo che impedisce l'occlusione dei vasi coronarici e quindi l'evoluzione del NSTEMI verso lo STEMI.



- il tasso di ospedalizzazione per NSTEMI è di pari passo aumentato passando da 71,45 a 100,85 ricoveri per 100.000 abitanti.

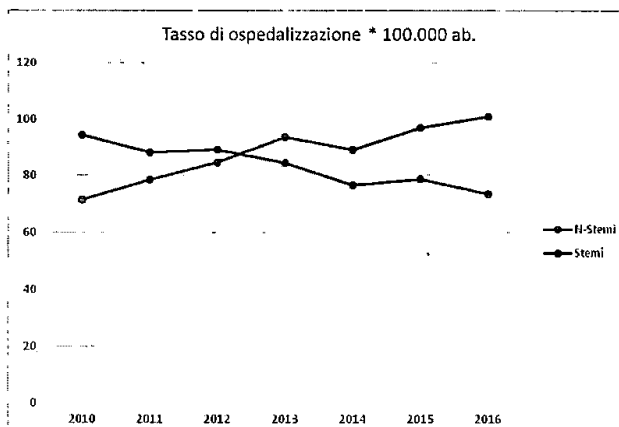




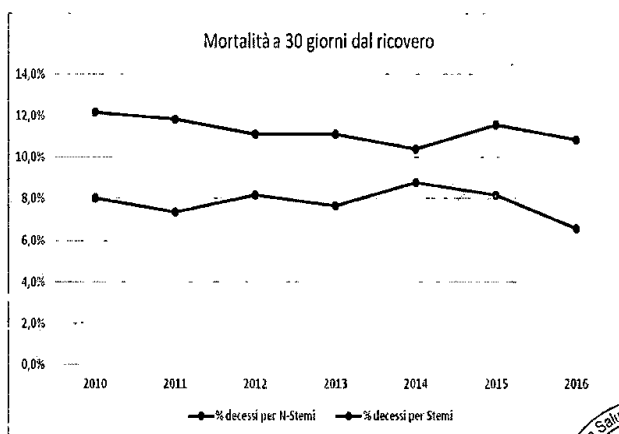
Regione Puglia



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



- la percentuale di pazienti dimessi da reparto cardiologico per NSTEMI è passata dall'93,6% all'93,9%
- la percentuale di pazienti con NSTEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 72 ore è passata dal 36 al 40%, con percentuali variabili nelle varie province; 65% a Foggia; 55% a Bari, 26% a Lecce.
- la mortalità a 30 giorni nei pazienti con NSTEMI si è ridotta dall'8,02 % al 6,57%





Regione Puglia



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

SITUAZIONE ATTUALE

Al momento non esiste una rete strutturata per il NSTEMI. Tuttavia i pazienti che si rivolgono al 118 sono sottoposti ad ECG pre-ospedaliero e a teleconsulto cardiologico tramite la centrale regionale di Telecardiologia ed avviati presso i Centri Spoke, ad eccezione di pazienti con instabilità emodinamica o elettrica che vengono avviati al percorso Hub.

Si è resa necessaria anche per il NSTEMI la previsione di una rete strutturata che tenesse in considerazione le novità introdotte dal DM 70/2015 e dal 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” del 28.02.2017 e prevedesse un aggiornamento del PDTA nel rispetto delle novità introdotte dalle più recenti linee guida delle società scientifiche cardiologiche.

FINALITÀ GENERALI DELLA RETE SCA NSTEMI

- Estendere la rete dello STEMI anche ai pazienti con SCA-NSTEMI ad alto rischio;
- Assicurare un trattamento antitrombotico ottimale a tutti i pazienti con SCA-NSTEMI;
- Definire protocolli tra gli ospedali spoke e l’hub di riferimento per l’invio dei pazienti per coronarografia con percorso immediato, precoce o programmato a seconda del rischio ed eventuale rientro nei centri Spoke;
- Definire protocolli tra le cardiologie hub e la cardiocirurgia di riferimento per l’invio di pazienti a bypass aortocoronarico urgente;
- Ottenere il numero più elevato possibile di rivascolarizzazioni coronariche mediante angioplastica coronarica o bypass aortocoronarico;
- Migliorare la mortalità dei pazienti con SCA-NSTEMI.

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA RETE SCA NSTEMI

I documenti di consenso delle principali Società scientifiche raccomandano di assicurare un





Regione Puglia



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

trattamento antitrombotico ottimale a tutti i pazienti con SCA-NSTE, indipendentemente dalla strategia invasiva e dal suo timing.

Poiché la conferma diagnostica in questi soggetti non è solitamente immediata, così come la necessità di ricorrere a procedure invasive, l'accesso a centri spoke non dotati di Laboratorio di emodinamica è possibile. Tuttavia, questi pazienti dovrebbero essere ammessi/transitare in reparti cardiologici dotati di UTIC o di Terapia semintensiva cardiologica o di Terapia intensiva polifunzionale all'interno della rete interospedaliera per le SCA, per garantire adeguato riconoscimento e trattamento della patologia. E' auspicabile la facilitazione e promozione dei trasferimenti interospedalieri con accesso alle procedure di emodinamica invasiva presso i centri hub e trasporto secondario ai centri spoke di riferimento territoriale, per decongestionare e riservare ai centri Hub la gestione dei pazienti più complessi. Occorre pertanto definire, con specifici protocolli locali, le modalità di trasferimento spoke/hub/spoke dei pazienti con SCA-NSTE considerando:

- le caratteristiche cliniche dei pazienti;
- le tempistiche entro cui effettuare i trasferimenti (sia in andata che in ritorno);
- mezzi di trasporto (composizione dell'equipaggio, gestione di eventuali complicanze).

Obiettivi da raggiungere:

- assicurare al paziente con SCA-NSTE il ricovero in ambiente cardiologico in >85% dei pazienti;
- assicurare al paziente con SCA-NSTE ad alto rischio l'esecuzione della coronarografia entro 72 ore dalla presentazione in ospedale in >75% dei pazienti;
- assicurare al paziente con SCA-NSTE a rischio molto alto l'esecuzione di coronarografia entro 24 ore dalla presentazione in ospedale in >40% dei pazienti;
- facilitare e promuovere i trasferimenti interospedalieri dei pazienti con SCA-NSTE (>50% dei pazienti ricoverati in spoke);
- garantire l'aderenza ai trattamenti raccomandati dalle





Regione Puglia



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

prescrizione farmacologica alla dimissione (doppia antiaggregazione >90%;
betabloccante >75%; statine >85%);

- assicurare la pianificazione del follow up indicato nella lettera di dimissione in >90% dei pazienti.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE

Le SCA-NSTE, pur essendo meno tempo-dipendenti rispetto allo STEMI, vanno trattate in modo molto aggressivo con trasferimento dai centri spoke ai centri hub per l'esecuzione di coronarografia e possibile rivascolarizzazione entro massimo 72 ore dal ricovero (2 ore per i casi più gravi). Ciò comporta la necessità di prevedere modelli organizzativi che permettano la rapida recettività dei Laboratori di emodinamica e delle UTIC dei centri hub al fine di rendere tempestivamente accessibili le procedure invasive anche per i pazienti ammessi ai centri spoke. Attualmente non sono presenti in letteratura modelli organizzativi a cui riferirsi per la SCA-NSTE; ciò nonostante, è opinione comune che l'organizzazione di reti hub & spoke, sul tipo di quelle già operative e codificate nelle strategie di trattamento dei pazienti STEMI, sia utile anche per i pazienti con SCA-NSTE.

Le principali raccomandazioni contenute nelle Linee guida per il trattamento delle SCA-NSTE prevedono:

- la conferma diagnostica con particolare attenzione alla diagnostica differenziale della semplice elevazione dei biomarker cardiaci (condizioni di falsa positività delle troponine);
- la stratificazione del rischio ischemico/emorragico a breve termine mediante la combinazione di storia clinica, sintomi, segni obiettivi, aspetti ECGrafici (ripetuti o persistenti) e sierologici (GRACE per il rischio ischemico, CRUSADE bleeding score per il rischio emorragico);
- la scelta della strategia precocemente invasiva (coronarografia/rivascolarizzazione durante il ricovero indice) o conservativa.

Nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con SCA NSTE rientrano i centri spoke





Regione Puglia



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

dotati di UTIC o di posti letto con sistemi di monitoraggio continuo e di guardia attiva H24 e i centri spoke senza posti letto (ovvero con servizio di cardiologia supportato dalla reperibilità laddove se ne ravviserà la necessità sulla base di presupposti epidemiologici e organizzativi.

I centri spoke dotati di UTIC o di posti letto con sistemi di monitoraggio continuo e di guardia attiva H24 mantengono un ruolo essenziale poiché:

- non è possibile la centralizzazione immediata di tutti i pazienti ai centri hub;
- è necessaria la conferma diagnostica (necessità di analisi ripetute dell'ECG e della troponina), non immediata come per lo STEMI;
- è necessaria la stratificazione prognostica, su cui basare il timing e la scelta della strategia precocemente invasiva o conservativa.

Per tale motivo i medici dei centri spoke e hub dovranno uniformare i criteri diagnostici, di stratificazione del rischio e di indicazioni alla strategia invasiva o conservativa mediante la condivisione di protocolli omogenei nei vari territori.

Le UTIC dei centri hub devono inoltre garantire la possibilità di ricevere pazienti con indicazione alla strategia invasiva ricoverati negli ospedali spoke, nel rispetto delle tempistiche suggerite nelle Linee guida.

REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI

In riferimento ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici si conferma quanto espressamente stabilito con il Regolamento regionale n. 3/2005 e ss.mm.ii. nelle more dell'approvazione dei nuovi manuali di accreditamento elaborati in coerenza con quanto previsto nell'Accordo Stato – Regioni n. 32 del 19/02/2015.

INDICAZIONI E TEMPISTICA PER L'ESECUZIONE DELLA CORONAROGRAFIA

In base alla stratificazione del rischio ischemico e sulla base delle raccomandazioni delle linee guida sono individuate quattro categorie fondamentali.

Altissimo rischio





Regione Puglia



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

I criteri per identificare questi pazienti sono rappresentati da:

- instabilità emodinamica o shock cardiogeno
- dolore anginoso persistente o ricorrente refrattario alla terapia;
- aritmie ventricolari maligne o arresto cardiaco
- complicanze meccaniche
- scompenso cardiaco acuto
- modifiche dinamiche del tratto ST-T, particolarmente con sopraslivellamento transitorio di ST.

In questi casi la **coronarografia** deve essere eseguita in tempi uguali a quelli impiegati nello STEMI (**entro 2 ore**) perché il modo di presentazione espone a un elevato rischio di eventi a breve termine. Pertanto, il trasferimento in HUB di questi pazienti deve essere immediato.

Alto rischio

Pazienti con sintomi ischemici a riposo (<48 ore) che presentano almeno 1 fra i seguenti criteri principali:

- modifiche dinamiche del tratto ST-T sintomatiche o asintomatiche;
- elevazione significativa dei livelli di troponina in assenza di condizioni emodinamiche scatenanti (forme secondarie a crisi ipertensive, tachiaritmie, anemia grave e simili);
- Grace Risk Score > 140;

Questi pazienti devono essere sottoposti a **coronarografia entro 24 ore** dalla presentazione e, pertanto, devono essere trasferiti all'HUB lo stesso giorno.

Rischio intermedio

In questa categoria rientrano i pazienti con almeno uno dei seguenti criteri:

- diabete
- insufficienza renale (VFG stimata <60 mL/min/1.73 m²)





Regione Puglia



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

- FE <40% o scompenso cardiaco congestizio
- angina precoce post-infartuale
- pregressa PCI
- pregresso bypass aortocoronarico
- Grace Risk Score > 109 e < 140

Per questi pazienti è raccomandata l'esecuzione di **coronarografia entro 72 ore** dalla presentazione, per cui il trasferimento può avvenire in questo arco di tempo.

Basso Rischio

Questi pazienti sono identificati dall'assenza delle caratteristiche di alto rischio sopra elencate e possono essere inviati a coronarografia elettiva o trattati conservativamente in base alla valutazione clinica. Sarebbe opportuno avviare tali pazienti all'indagine coronarografica dopo una attenta valutazione del rischio ischemico anche mediante test provocativi (ECG da sforzo-Stress Imaging).

INDICATORI PER IL NSTEMI

Ai fini del monitoraggio e valutazione delle attività della Rete, nella fase di avvio, si farà riferimento ad un set di indicatori (destinato ad essere successivamente implementato) in coerenza con le indicazioni formulate dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, oltre con il sistema di valutazione PNE.

- a) Numero casi di SCA-NSTEMI e tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 abitanti;
- b) Pazienti trattati con angioplastica entro 72 ore rispetto al totale dei pazienti SCA NSTEMI (>70%);
- c) Pazienti con SCA-NSTEMI ricoverati in spoke e mai inviati ad hub (<25%);
- d) Pazienti con SCA-NSTEMI ammessi in spoke, re-inviati a uno spoke (post-acuto) dopo un passaggio in HUB (>50%); (una volta attivato il trasporto secondario);
- e) Pazienti con SCA-NSTEMI ammessi in reparto cardiologico (>90%);





Regione Puglia



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

- f) Durata della degenza per l'intero ricovero ($= < 7$ gg);
- g) Corretta stesura della lettera di dimissione ($> 90\%$) contenente il set di informazioni raccomandato dalle società scientifiche (inquadramento clinico-prognostico, programmazione dei controlli ambulatoriali);
- h) Prescrizione farmacologica alla dimissione e sua prosecuzione secondo quanto raccomandato dalle LLGG vigenti (DAPT-Statine-AceIn.-Beta Bloccanti) $> 80\%$
- i) Mortalità intraospedaliera stabilimento/cardiologia $< 8\%$ e 4% rispettivamente;
- j) 10. Mortalità a 30 giorni $< 8\%$

La struttura proposta è coerente con 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" del 28.02.2017 e ricalca l'organizzazione attuale che ha comunque garantito livelli di funzionalità e risultati soddisfacenti in termini di performance.

Tuttavia si rende necessario prevedere un monitoraggio periodico annuale degli indicatori strutturali e di outcome dei singoli centri erogatori al fine di procedere alla necessaria revisione sia della struttura che dei protocolli operativi della rete.

In conclusione, analogamente a quanto previsto per la RETE STEMI, alla luce delle riflessioni sviluppate in precedenza, lo schema di funzionamento della rete (elaborato a partire da una flow-chart costruita nel 2013 con il contributo delle società scientifiche di settore e dei vari attori coinvolti nella gestione dello STEM, opportunamente rivista ed aggiornata nel rispetto delle più recenti linee guida ESC ed internazionali) è il seguente:





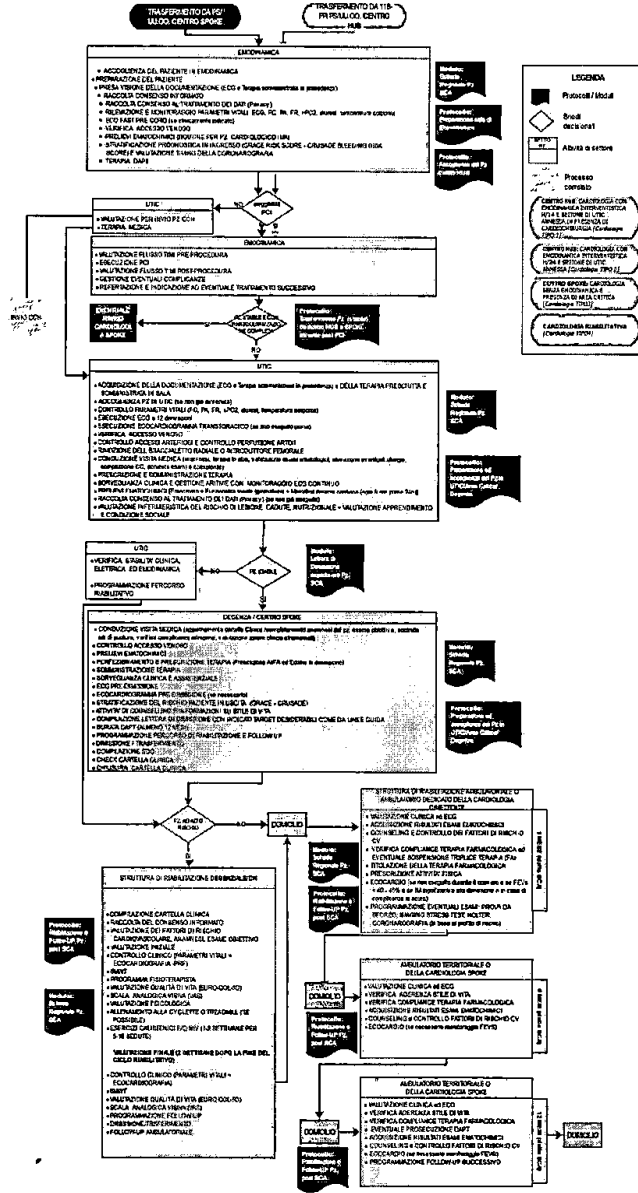
Regione Puglia



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

RETE IMA SCANSTEMI (RISCHIO MOLTO ALTO) (16/07/2018)

PROTOCOLLO ARESS PUGLIA





Regione Puglia



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

Bibliografia

1. Baker CD, Lorimer AR. Cardiology: the development of a managed clinical network. *BMJ* 2000; 321:1152-3.
2. Provan K, Kenis P. *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. J Public Adm Res Theory* 2008;18(2):229-252.
3. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet* 1994;343:311-22.
4. Boersma E, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996;348:771-5.
5. Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003;108:2851-6.
6. Documento di consenso. *La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. Ital Heart J* 2005;6:5S-26S.
7. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, Fang JC, Fesmire FM, Franklin BA, Granger CB, Krumholz HM, Linderbaum JA, Morrow DA, Newby LK, Ornato JP, Ou N, Radford MJ, Tamis-Holland JE, Tommaso CL, Tracy CM, Woo YJ, Zhao DX, Anderson JL, Jacobs AK, Halperin JL, Albert NM, Brindis RG, Creager MA, DeMets D, Guyton RA, Hochman JS, Kovacs RJ, Kushner FG, Ohman EM, Stevenson WG, Yancy CW. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(4):e78-e140.
8. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömsstrom-Lundqvist C, Borger MA, Di Mario C, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, van 't Hof A, Widimsky P, Zahger D. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012;33(20):2569-619.
9. Saia F, Marrozzini C, Ortolani P, et al. Optimisation of therapeutic strategies for ST-segment elevation acute myocardial infarction: the impact of a territorial network on reperfusion therapy and mortality. *Heart* 2009;95:370-6.
10. Cambou JP, Simon T, Mulak G, Bataille V, Danchin N. The French registry of Acute ST elevation or non-ST-elevation Myocardial Infarction (FAST-MI): study design and baseline characteristics. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2007;100:524-34.
11. Ting HH, Rihal CS, Gersh BJ, et al. Regional systems of care to optimize timeliness of reperfusion therapy for ST-elevation myocardial infarction: the Mayo Clinic STEMI Protocol. *Circulation* 2007;116:729-36.

88



43

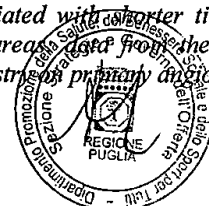


Regione Puglia



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

12. Jollis JG, Roettig ML, Aluko AO, et al. Implementation of a statewide system for coronary reperfusion for ST-segment elevation myocardial infarction. *JAMA* 2007;298:2371-80.
13. Jollis JG, Mehta RH, Roettig ML, Berger PB, Babb JD, Granger CB. Reperfusion of acute myocardial infarction in North Carolina emergency departments (RACE): study design. *Am Heart J* 2006;152:851 e1-11.
14. Moyer P, Feldman J, Levine J, et al. Implications of the Mechanical (PCI) vs Thrombolytic Controversy for ST Segment Elevation Myocardial Infarction on the Organization of Emergency Medical Services: The Boston EMS Experience. *Crit Pathw Cardiol* 2004;3:53-61.
15. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction: implications when selecting a reperfusion strategy. *Circulation* 2006;114:2019.
16. Gershlick AH, Stephens-Lloyd A, Hughes S, et al. Rescue angioplasty after failed thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2005;353:2758-68.
17. Ortolani P, Marzocchi A, Marrozzini C, et al. Clinical impact of direct referral to primary percutaneous coronary intervention following pre-hospital diagnosis of ST-elevation myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006;27:1550-7.
18. Sejersten M, Sillesen M, Hansen PR, et al. Effect on treatment delay of prehospital teletransmission of 12-lead electrocardiogram to a cardiologist for immediate triage and direct referral of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction to primary percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2008;101:941-6.
19. Diercks DB, Kontos MC, Chen AY, et al. Utilization and impact of pre-hospital electrocardiograms for patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction: data from the NCDR (National Cardiovascular Data Registry) ACTION (Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network) Registry. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:161-6.
20. Jacobs AK, Antman EM, Faxon DP, Gregory T, Solis P. Development of systems of care for ST-elevation myocardial infarction patients: executive summary. *Circulation* 2007;116:217-30.
21. Terkelsen CJ, Sorensen JT, Maeng M, et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. *JAMA* 2010;304:763-71.
22. Beygui F, Castren M, Brunetti ND, Rosell-Ortiz F, Christ M, Zeymer U, Huber K, Folke F, Svensson L, Bueno H, Van't Hof A, Nikolaou N, Nibbe L, Charpentier S, Swahn E, Tubaro M, Goldstein P; ACCA study group on pre-hospital care. Pre-hospital management of patients with chest pain and/or dyspnoea of cardiac origin. A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) of the ESC. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2015 Aug 27. pii: 2048872615604119. [Epub ahead of print]
23. Brunetti ND, Di Pietro G, Aquilino A, Bruno AI, Dellegrottaglie G, Di Giuseppe G, Lopriore C, De Gennaro L, Lanzone S, Caldarola P, Antonelli G, Di Biase M. Pre-hospital electrocardiogram triage with tele-cardiology support is associated with shorter time-to-balloon and higher rates of timely reperfusion even in rural areas: data from the Bari-Barletta/Andria/Trani public emergency medical service 118 registry of primary angioplasty





Regione Puglia



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

- in ST-elevation myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2014 Sep;3(3):204-13
24. Brunetti ND, Bisceglia L, Dellegrottaglie G, Bruno AI, Di Pietro G, De Gennaro L, Di Biase M. Lower mortality with pre-hospital electrocardiogram triage by telemedicine support in high risk acute myocardial infarction treated with primary angioplasty: Preliminary data from the Bari-BAT public Emergency Medical Service 118 registry. *Int J Cardiol*. 2015 Apr 15;185:224-8.
26. Brunetti ND, De Gennaro L, Correale M, Santoro F, Caldarola P, Gaglione A; Di Biase M. Pre-hospital electrocardiogram triage with telemedicine near halves time to treatment in STEMI: A meta-analysis and meta-regression analysis of non-randomized studies. *Int J Cardiol*. 2017 Apr 1;232:5-11.
27. Caldarola P, Gulizia MM, Gabrielli D, Sicuro M, De Gennaro L, Giammaria M, Grieco NB, Grosseto D, Mantovan R, Mazzanti M, Menotti A, Brunetti ND, Severi S, Russo G, Gensini GF. ANMCO/SIT Consensus Document: telemedicine for cardiovascular emergency networks. *Eur Heart J Suppl*. 2017 May;19(Suppl D):D229-D243
28. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2011;32:2999-3054
29. Federazione Italiana di Cardiologia. Documento di consenso "Sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST". *G Ital Cardiol*, Vol 10 (Suppl 1-6), 2009.
30. Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, on behalf of the BLITZ-2 Epidemiology of non-ST elevation acute coronary syndromes in the Italian cardiology network: the BLITZ-2 study Investigators *European Heart Journal* 2006;27:393-405.
31. Lee CH, Tan M, Yan AT. Catheterization for Non-ST-Segment. Elevation Acute Coronary Syndromes According to Initial Risk. Reasons Why Physicians Choose Not to Refer Their Patients. *Arch Intern Med*. 2008;168(3):291-296.
32. Fox KA, Anderson FA Jr, Dabbous OH on behalf of the GRACE investigators Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart* 2007;93:177-182.
33. Tricoci P, Lokhmygina Y, Berdan L; Time to Coronary Angiography and Outcomes Among Patients With High-Risk Non-ST-Segment-Elevation Acute Coronary Syndromes Results From the SYNERGY Trial. *Circulation*. 2007;116:2669-2677.
34. Bassand J-P, Danchin N, Filippatos G, Gitt A, Hamm C, Silber S, Tubaro M, Weidinger F. Implementation of reperfusion therapy in acute myocardial infarction. A policy statement from the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2005;26:2733-41
35. Mehta SR, Granger CB, Boden WE, et al. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009;360:2165-75. .
36. Sorajja P, Gersh BJ, Cox DA, et al. Impact of delay to angioplasty in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: analysis from the ACGUITS (Acute





Regione Puglia



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

Catheterization and Urgent Intervention Triage strategy) trial. J Am Coll Cardiol 2010;55:1416-24.

37. Navarese EP, Gurbel PA, Andreotti F, Tantry U, Jeong YH, Kozinski M, Engström T, Di Pasquale G, Kochman W, Ardissino D, Kedhi E, Stone GW, Kubica J. *Optimal timing of coronary invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2013;158(4):261-70.*

38. Authors/Task Force members, Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G, Hamm C, Head SJ, Juni P, Kappetein AP, Kastrati A, Knuuti J, Landmesser U, Laufer G, Neumann FJ, Richter DJ, Schauerte P, Sousa Uva M, Stefanini GG, Taggart DP, Torracca L, Valgimigli M, Wijns W, Witkowski A. *Eur Heart J. 2014 Oct 1;35(37):2541-619. doi: 10.1093/eurheartj/ehu278. Epub 2014 Aug 29. Eur Heart J. 2016 Jan 14;37(3):267-315. doi: 10.1093/eurheartj/ehv320. Epub 2015 Aug 29.*

2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI).

39. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, Bax JJ, Borger MA, Brotons C, Chew DP, Gencer B, Hasenfuss G, Kjeldsen K, Lancellotti P, Landmesser U, Mehilli J, Mukherjee D, Storey RF, Windecker S, Baumgartner H, Gaemperli O, Achenbach S, Agewall S, Badimon L, Baigent C, Bueno H, Bugiardini R, Carerj S, Casselman F, Cuisset T, Erol Ç, Fitzsimons D, Halle M, Hamm C, Hildick-Smith D, Huber K, Iliodromitis E, James S, Lewis BS, Lip GY, Piepoli MF, Richter D, Rosemann T, Sechtem U, Steg PG, Vrints C, Luis Zamorano J; *Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC).*

40. *The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2017.*





RETE ICTUS PUGLIESE E PDTA REGIONALE

Gruppo Tecnico Ristretto di Progetto

Dott. Ettore ATTOLINI, Dott. Giovanni GORGONI, Dott. Vincenzo LUCIVERO, Dott. Marco BENVENUTO, Dott.ssa Lucia BISCEGLIA, Dott.ssa Antonella CAROLI.

Gruppo di Validazione

Dott. Mario BALZANELLI
Prof. Piero FIORE
Dott. Ciro MUNDI
Dott. Luigi CHIUMARULO
Dott. Maria Antonietta SAVARESE
Dott. Nicola BURDI
Dott. Saverio INTERNO'
Dott. Bruno PASSARELLA
Dott. Dino BARBARINI
Dott. Cosma ANDREULA
Dott. Vito PROCACCI





Regione Puglia



PREMESSE

Gli unici presidi che hanno dimostrato di essere di aiuto nel ridurre mortalità e invalidità nei pazienti colpiti da ictus in fase acuta con inoppugnabili evidenze scientifiche sono:

1. Il ricovero in Stroke Unit (SU) per tutti i pazienti indipendentemente dalla eziologia (ischemica o emorragica), dall'età e dalla gravità;
2. Il trattamento trombolitico con Alteplase endovena entro le 4,5 ore dall'esordio e comunque il più presto possibile nei pazienti con ictus ischemico;
3. La trombectomia meccanica per via endovascolare in un sottogruppo selezionato di pazienti con ictus ischemico entro le 6 ore dall'esordio e comunque dopo trombolisi venosa.

I punti 1 e 2 sono ormai parte della storia della terapia dell'ictus in fase acuta, il punto 3 è il risultato di numerosi studi clinici controllati svolti negli anni passati e che solo nel 2015 hanno raggiunto il massimo grado di evidenza di efficacia.

Va sottolineato che le SU sono indispensabili per effettuare in sicurezza le terapie d'urgenza, ma che salvano vite "di per sé", soprattutto grazie alla specializzazione del personale medico e paramedico, alla capacità di gestione delle complicanze, alla capacità di rapida diagnosi eziologica con conseguente prevenzione secondaria e alla riabilitazione precoce.

Negli ultimi anni nella Regione Puglia sono state attivate alcune SU affidando la loro realizzazione alle singole Direzioni Aziendali secondo quanto indicato dal registro SITS, il cui protocollo rendeva necessaria l'adozione di procedure finalizzate all'esecuzione della trombolisi endovenosa. Ciò ha consentito di avviare nelle neurologie pugliesi un processo iniziale di gestione del paziente con ictus in fase acuta. Tuttavia tale processo si è svolto con numerose difficoltà e ad oggi la situazione assistenziale non è omogenea sul territorio regionale ed insufficiente a garantire una risposta adeguata, specie alla luce dei nuovi sviluppi della letteratura





Regione Puglia



scientifico ed il riscontro del beneficio ottenuto con i trattamenti endovascolari ha reso ancora più complesso lo scenario.

Secondo dati estrapolati dal registro internazionale SITS, a cura del coordinatore nazionale Danilo Toni, la Puglia ha effettuato nel 2016 solo il 30% circa dei trattamenti (per via venosa ed endovascolare) prevedibili in base alla numerosità della popolazione.

LA REALIZZAZIONE DI UNA RETE PER LO STROKE

Nella deliberazione N.161 del 29.2.2016 e successive modifiche la regione Puglia ha sancito la volontà di attivare una rete assistenziale per l'ictus, all'interno di un sistema di reti per patologie tempo-dipendenti.

Allo strumento "rete" viene affidato il compito di rispondere alle esigenze molteplici che negli anni sono emerse all'interno dei sistemi sanitari, quali quelle di:

- ottimizzare la gestione del percorso del paziente definendo esattamente il ruolo che ogni singolo servizio è chiamato a svolgere, con un conseguente miglioramento del coordinamento dell'assistenza;
- rendere più estesamente fruibili ambiti super specialistici, aumentando così gli standard di assistenza erogati e garantendo una maggiore equità di accesso alle cure;
- rispondere alla complessità crescente dei processi clinico assistenziali ed alla necessità non procrastinabile di condividere ed integrare, con modalità codificate, le conoscenze e le competenze;
- migliorare l'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili;
- consentire una maggiore continuità nel percorso di cura grazie a relazioni codificate tra organizzazioni e servizi diversi per il miglioramento del trattamento dei pazienti.

L'area che una rete clinica copre è in funzione dello scopo per il quale è istituita, dei determinanti epidemiologici e delle risorse necessarie. Dipende inoltre dalle dimensioni del territorio interessato e dalle sue caratteristiche in termini di domanda





Regione Puglia



e offerta, compresi anche il livello di competenze e tecnologie a disposizione di quest'ultima.

Nell'ambito di una rete clinica tutte le risorse sono allocate per rispondere in modo appropriato alla domanda di salute; le dimensioni e le modalità di relazioni tra i nodi della rete possono essere diverse, in funzione dell'obiettivo principale che ne richiede la realizzazione.

Gli scopi sono, in ogni caso:

- migliorare la qualità e la sicurezza di quell'ambito di cure, offrendo la possibilità di risposte più qualificate, sia ai pazienti che agli stessi professionisti, e performance di più alto livello rispetto all'organizzazione preesistente
- migliorare l'equità, dal momento che attraverso le reti cliniche i cittadini potranno più agevolmente accedere a cure che per i loro costi tecnologici ed infrastrutturali, non potrebbero essere disponibili in tutti i contesti locali
- ridurre gli sprechi, migliorando il rapporto costo/efficacia nell'uso delle risorse.

L'efficacia di una rete clinica dipende dal grado di collaborazione tra gli attori che, interdipendenti e autonomi al tempo stesso, si scambiano risorse di varia natura per raggiungere obiettivi comuni.

I risultati di una rete clinica consistono, in generale, in:

- massimizzare la capacità di adattamento del sistema di cure (offerta) ai bisogni
- minimizzare le barriere di accesso al sistema delle cure
- sviluppare la competenza collettiva dei professionisti della salute.

Le reti cliniche possono essere attivate secondo tre livelli in base alla complessità e alla dimensione della problematica clinica affrontata, alle caratteristiche del territorio,





alla collocazione dei nodi e al grado di competenze scientifiche e tecnologiche raggiunte:

1. regionale
2. di area vasta
3. locale

Per alcune reti è possibile prevedere, in futuro, una dimensione interregionale.

Per rete clinica regionale si intende quell'insieme di competenze e risorse dell'organizzazione sanitaria che assicurano una funzione di governance e di supporto delle scelte di politica sanitaria in macro aree di significativa rilevanza epidemiologica socio-sanitaria.

Nel caso dell'ictus i principali obiettivi saranno prevalentemente di natura clinica (realizzazione di una rete specialistica e ultra specialistica con competenze differenziate) ed operativa (in quanto rete tempo-dipendente).

Un fattore chiave per la realizzazione di tale rete clinica regionale è mettere in atto percorsi clinico assistenziali di riferimento che, condivisi tra tutti gli attori presenti nella rete e contestualizzati a livello di area vasta, determinano comportamenti professionali codificati e cooperativi.

La rete regionale tempo dipendente per l'ictus si deve articolare in un livello regionale ed in sotto-reti inter organizzative di Area Vasta all'interno delle quali operino i sistemi locali di gestione.

Le sotto-reti di Area Vasta assicurano una forma di collaborazione stabile e strutturata formalizzata tra unità operative e/o professionisti appartenenti ad aziende diverse del SSR che ha ad oggetto il processo di cura del paziente, i servizi di supporto e la circolazione dei professionisti e delle competenze nonché l'adozione di adeguati meccanismi di coordinamento in grado di affiancarsi ai tradizionali meccanismi organizzativi.

Le reti inter organizzative costituiscono la scelta strategica regionale per collegare flessibilmente le diverse organizzazioni sanitarie presenti sul territorio, caratterizzate





Regione Puglia



da differenti livelli di autonomia istituzionale e tipologie di servizi offerti, rispondendo così all'esigenza della continuità assistenziale.

La governance delle Reti Cliniche Regionali Tempo dipendenti

L'implementazione di reti cliniche avviene secondo due direttrici principali di cambiamento. La prima consiste nella trasformazione dei meccanismi di coordinamento e di cooperazione tra i professionisti, la seconda, in un maggior grado di accountability del sistema, grazie alla collaborazione tra professionisti e pazienti, per meglio rispondere alla complessità delle relazioni di cura.

Un'efficace governance delle reti cliniche prevede la partecipazione di vari livelli decisionali e operativi.

Al fine di assicurare la funzione strategica di coordinamento e monitoraggio per ciascuna rete regionale tempo dipendente è costituito con specifico atto regionale un Comitato Strategico, che prevede l'individuazione al proprio interno di un responsabile clinico e di un responsabile organizzativo, ed è composto da professionisti esperti designati dalle aziende del SSR, da professionisti dei nuclei tecnici della programmazione, dai settori regionali competenti in materia, dall'ARESS.

Il Comitato si avvale inoltre della collaborazione dei rappresentanti dei cittadini per le scelte di politica sanitaria nell'ambito specialistico della rete.

Il Comitato Strategico Regionale

Il Comitato Strategico Regionale ha le seguenti funzioni:

- definizione delle linee di sviluppo della rete
- definizione ed aggiornamento del percorso clinico assistenziale di riferimento
- sviluppo di standard organizzativi, professionali e tecnologici, successivamente da integrare anche nel sistema di accreditamento istituzionale
- coordinamento delle azioni per l'implementazione della rete

97



6



Regione Puglia



- monitoraggio del funzionamento della rete attraverso indicatori di processo e di esito e standard di riferimento, audit clinico ed organizzativo annuale a livello regionale e site visit semestrali presso le strutture coinvolte
- messa a punto dei programmi di formazione.

Le Sotto-reti di Area Vasta

Le Sotto-reti di Area Vasta delle reti tempo dipendenti hanno una valenza operativa ed assicurano il coordinamento tra i diversi fornitori di prestazioni per la completa attuazione del percorso clinico assistenziale.

La sotto-rete è di fatto finalizzata alla gestione operativa del percorso, assicurando risposte aderenti agli standard di qualità e sicurezza attesi attraverso il coordinamento delle attività tra i diversi erogatori a livello di area vasta al fine di garantire le migliori soluzioni per l'accesso alle risorse specialistiche ed alle competenze presenti.

Per ogni sotto-rete è costituito un organismo di coordinamento, che rappresenta l'articolazione operativo-gestionale del Comitato strategico regionale ed è composto da:

- un Responsabile clinico ed un Responsabile organizzativo che hanno il compito di pianificare e monitorare costantemente a livello locale la realizzazione e il funzionamento della rete, secondo le specifiche procedure di funzionamento.
- professionisti dei servizi coinvolti individuati dalle aziende di appartenenza assicurando percorsi efficaci di cura tra i diversi servizi che compongono la rete.

L'introduzione di reti sanitarie strutturate comporta la revisione della connessione di servizi in termini sovra-aziendali, talvolta anche esterni all'Area Vasta di riferimento, laddove ad esempio il criterio temporale richiede l'individuazione di un servizio ubicato nel territorio di una diversa Area Vasta.





Regione Puglia



L'organismo di coordinamento della sotto-rete di Area Vasta, in collaborazione con i direttori/responsabili delle strutture organizzative delle Aziende (Ospedaliere e Territoriali) coinvolte nell'operatività della Rete Clinica, assicura la corretta attuazione del percorso clinico assistenziale secondo procedure condivise e formalizzate anche mediante negozi giuridici ad hoc ("convenzioni", "accordi di servizio") attivati per disciplinare ed attribuire i livelli di responsabilità, definire obiettivi e risultati coerenti da parte di tutti i soggetti coinvolti, stabilire eventuali movimenti economico/finanziari.

Il nuovo modello organizzativo richiede infatti il ripensamento degli assetti con l'individuazione di soluzioni innovative che si andranno ad inserire in un contesto in cui le relazioni tra i livelli istituzionali, gli assetti organizzativi nelle Aziende, i confini delle responsabilità e delle sfere di influenza professionale sono già, almeno parzialmente, definiti. Pertanto è necessario trovare una coerenza tra i meccanismi operativi esistenti - in particolare sistemi gestionali, sistemi di misurazione delle performance ed i conseguenti sistemi di incentivi - e quelli da introdurre a seguito del progressivo sviluppo e consolidamento del modello di rete interaziendale che dovranno necessariamente trovare riscontro nei bilanci di previsione, nei monitoraggi a consuntivo, nel sistema premiante ecc. in coerenza con il progetto di rete.

STRUTTURAZIONE DI UNA RETE PER LO STROKE IN PUGLIA

Premesso che tutti i pazienti con ictus in fase acuta hanno diritto ad essere assistiti in una SU per avere una migliore prognosi, anche laddove non sussistano i criteri per essere sottoposti a Trattamenti Tempo-Dipendenti (TTD) quali la terapia trombolitica venosa o i trattamenti endovascolari, per una corretta gestione delle cerebrovasculopatie acute occorre realizzare quella che nella letteratura anglosassone è definita "stroke chain of survival" o sequenza delle otto "D" come di seguito rappresentato in tabella.

99





Regione Puglia



Stroke chain of survival	
<i>AHA/ASA guidelines 2013</i>	
Detection	Riconoscimento segni e sintomi dell'ictus
Dispatch	Attivazione immediata del 118 e dispaccio prioritario al sistema di emergenza (assegnazione codice ictus)
Delivery	Triage rapido, allerta preospedaliera e trasporto al centro appropriato (SU)
Door	Triage immediato in PS/DEA
Data	Raccolta informazioni, attivazione dello stroke team, esami di laboratorio, brain imaging
Decision	Diagnosi, scelta della terapia appropriata, discussione con il paziente ed i familiari
Drug	Somministrazione della terapia appropriata o altri interventi
Disposition	Rapida ammissione alla SU, alla terapia intensiva o trasferimento

La catena è completata da un ulteriore anello, indispensabile per il funzionamento del sistema, rappresentato dal **sistema riabilitativo**.

Il corretto funzionamento della stroke chain of survival richiede quindi un'attività multidisciplinare che consenta il trasporto del paziente nel minor tempo possibile nella sede più corretta in base al quadro clinico presentato.

Numerosi modelli sono stati proposti per raggiungere questo obiettivo. Certamente le linee guida pongono come indicazione cogente che vengano realizzate reti territoriali in cui coesistano strutture di vario livello di complessità con un **adeguato** sistema di trasferimento rapido del paziente, regolate a protocolli condotti **che tengano conto**

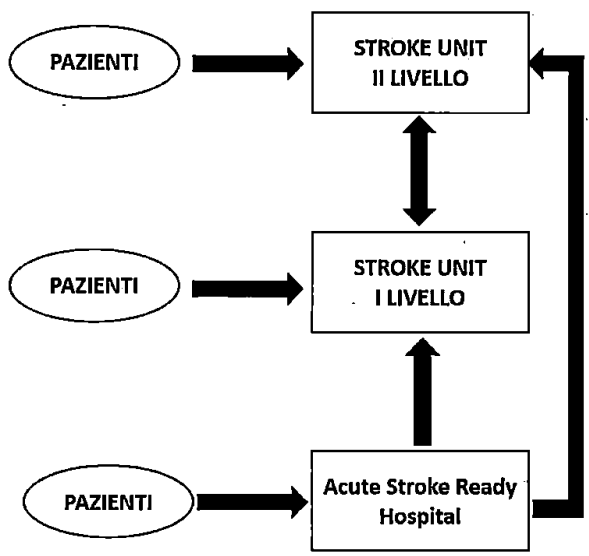




della disponibilità di strutture, persone, mezzi e della situazione geografica. Tali modelli territoriali debbono essere coordinati e condivisi e prevedere piani diagnostico terapeutici di vario livello: locali, intraospedalieri, di area vasta.

Uno schema di organizzazione territoriale viene presentato nella figura che segue in cui sono presenti stroke unit di primo e secondo livello e, laddove le distanze o la situazione geografica renda difficoltoso un rapido accesso a queste strutture, anche la possibilità di cominciare l'assistenza ed il trattamento iperacuto del paziente nei cosiddetti Acute Stroke Ready Hospital (ASRH) dotati di PS e radiologia munita di TC dove avviare la trombolisi anche mediante teleconsulto specialistico prima di inviare il paziente presso la più vicina SU disponibile.

Organizzazione di una rete assistenziale per lo stroke in fase acuta su base territoriale

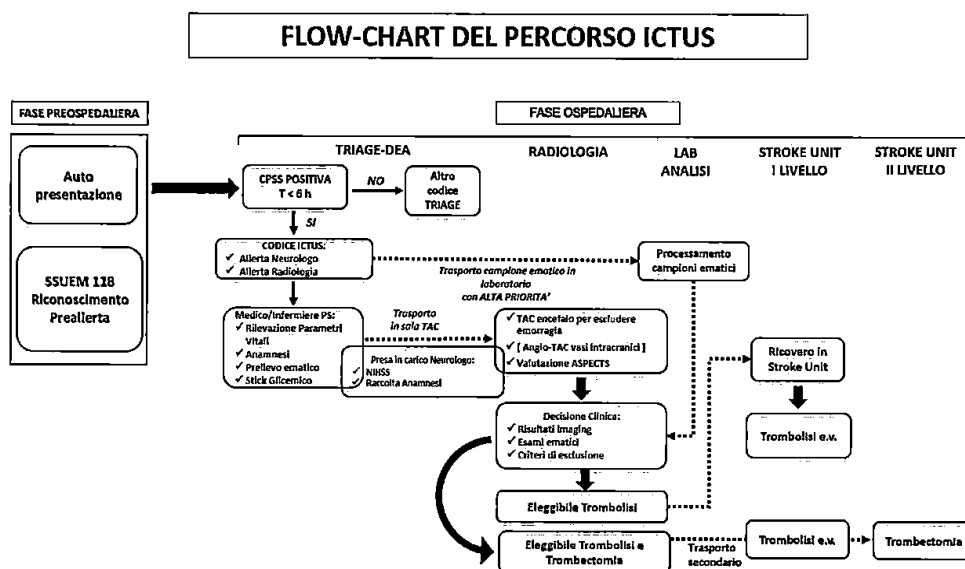


Alberts et al. Stroke 2005; modificato





Uno schema base assistenziale per il paziente con ictus ischemico in fase acuta è rappresentato nella seguente flow chart. Deve essere specificato che tale organizzazione giova anche al paziente con ictus ischemico non eleggibile per trattamenti iperacuti nonché ai pazienti con ictus emorragico o emorragia subaracnoidea, altre patologie cerebrovascolari acute tempo-dipendente che richiedono un rapido inquadramento diagnostico-prognostico e assistenziale.



In base a quanto premesso, gli attori principali del "sistema stroke" sono:

1. Il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica (S.S.U.E.M.)
2. Il pronto soccorso (PS)
3. Le SU di primo e secondo livello
4. Le strutture riabilitative

Il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica (S.S.U.E.M.) - 118

Deve garantire:





Regione Puglia



- a) Rapido riconoscimento dell'ictus ed assegnazione di uno specifico "codice ictus" ai casi potenzialmente trattabili con TTD
- b) Preallerta del PS e della SU di afferenza
- c) Trasporto il più rapido possibile del paziente eleggibile per trombolisi/trombectomia al PS/SU di I e II livello più vicini (trasporto primario)
- d) Trasporto secondario nel caso il paziente debba essere trasferito in SU di II livello o ritornare in SU di I livello dopo il trattamento endovascolare

Il Pronto Soccorso

Deve garantire la valutazione immediata del paziente per le condizioni vitali, allertare la SU, avviare gli esami necessari (TC - angio TC cerebrale, esami ematici);

NB - qualora le condizioni logistiche lo permettano, il passaggio in PS potrebbe non essere obbligatorio;

Le SU di primo livello

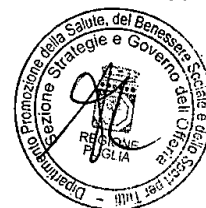
In base al DM 70 al punto 8.2.3.1 vengono definite come segue.

Le SU di primo livello sono Unità Ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus.

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e personale infermieristico dedicato
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)

103



12



Regione Puglia



- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio- TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio- RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra- aortici (TSA) ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le SU di secondo livello per invio immagini e consultazione, collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, con indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

In un sistema hub and spoke le SU di primo livello sarebbero degli spokes, garantendo:

- a. La selezione dei pazienti con ictus ischemico da sottoporre a trombolisi venosa;
- b. La selezione dei pazienti con ictus emorragico da inviare in Neurochirurgia;
- c. La gestione della trombolisi venosa;
- d. La selezione dei pazienti per un trasporto secondario presso SU di secondo livello se indicata la trombectomia o, in caso di emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma, il relativo trattamento endovascolare;
- e. La riabilitazione precoce;

Le SU di secondo livello

In base al DM 70 al punto 8.2.3.2 vengono definite come segue.

Le SU di secondo livello sono Unità Ospedaliere con elevato grado di complessità per il trattamento dei pazienti con ictus.

La SU di secondo livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le SU di I livello, deve garantire i seguenti standard:





Regione Puglia



- Personale dedicato h.24
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusione. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM- PWI) e angio- RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
- Neurochirurgia h.24
- Chirurgia vascolare h.24
- Angiografia cerebrale
- Fibrinolisi intra- arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
- Embolizzazione di malformazioni artero- venose, aneurismi,
- Endoarterectomia (urgenza)
- Craniotomia decompressiva
- Clipping degli aneurismi

In un sistema hub and spokes rappresentano gli hub, garantendo la gestione:

- a. Dei trattamenti endovascolari;
- b. Dei trattamenti urgenti o precoci di chirurgia vascolare o di neurochirurgia, quando necessario;
- c. Studi genetici o delle malattie rare, causa di ictus;

Le strutture riabilitative

L'intervento riabilitativo inizia nel reparto di acuzie in maniera precoce (early rehabilitation) dopo le 48-72 ore dopo l'evento acuto. Il triage riabilitativo deve iniziare subito, sulla base dei criteri prognostici riportati dalle linee guida Iso-Spread 2017, e procedere velocemente verso il ricovero in riabilitazione (quando necessario) per ottenere i massimi risultati in quanto molti studi dimostrano come un intervento riabilitativo precoce da parte del fisioterapista e del logopedista





Regione Puglia



(mobilizzazione fuori dal letto, verticalizzazione e deambulazione precoce, logopedia) sia significativamente efficace nel determinare un migliore outcome dei pazienti. Durante tale periodo il fisiatra insieme all'équipe riabilitativa stende il Progetto Riabilitativo Individuale in cui è prevista la scelta del setting più appropriato (strutture riabilitative ospedaliere Cod 56 e cod 75 o extraospedaliere residenziali, lungodegenza, ambulatorio, domicilio oppure strutture socio-assistenziali). Il sistema delle strutture riabilitative e socio-assistenziali deve essere adeguato alle numerose richieste al fine di garantire un deflusso rapido e prevedibile nei tempi di attesa per l'intervento riabilitativo nella fase post-acuta. Ciò, insieme alla corretta allocazione dei pazienti dopo l'acuzie in base a condivise prospettive prognostiche, è indispensabile per consentire il funzionamento del sistema di urgenza.

DEFINIZIONE DEI BACINI DI UTENZA E DEI FABBISOGNI

Nella tabella sotto riportata è indicato il numero di abitanti per provincia e suddiviso per area vasta in base ai dati ISTAT relativi al 2016 considerando quattro Aree Vaste di circa un milione di abitanti ciascuna.

FOGGIA	628.000
BARLETTA ANDRIA TRANI	392.000
TOT AREA VASTA FG - BAT	1.020.000
AREA VASTA BARI	1.200.000
TARANTO	583.000
BRINDISI	400.000
TOT AREA VASTA TA - BR	983.000
AREA VASTA LECCE	802.000
TOTALE ABITANTI	4.005.000





In base al DM 70, il fabbisogno stimato di SU è di 1 ogni 150.000/300.000 abitanti, pertanto, tenendo conto del valore più alto della stima, in Puglia ne sono necessarie almeno 13. Attualmente risultano operative (con delibera regionale di attivazione ed abilitazione alla terapia trombolitica endovena) 6 SU, mentre altre 5 sono già previste in base al piano di riordino, alcune in fase di strutturazione più o meno avanzata per un totale di 11.

Con la realizzazione di nuove UUOO di neurologia previste negli ospedali di I livello di Monopoli, Castellaneta e Gallipoli potrebbero essere aggiunte in queste sedi altre 3 SU che consentirebbero così di raggiungere il numero di 14 con una buona copertura territoriale ad integrazione di quelle già presenti o previste.

Secondo i dati ARESS relativi al 2016 estrapolati dalle SDO, il numero di ricoveri per patologia cerebrovascolare acuta (codici 325, 430, 431, 434, 435) è stato di 6296 di cui 5016 per patologia ischemica (infarti e TIA). Di questi 3969 casi sono stati ricoverati in reparti di Neurologia, 1184 in Medicina e 427 in Neurochirurgia.

Assumendo tale numero di ricoveri per anno, il carico di lavoro delle 14 SU potenzialmente realizzabili sul territorio è di 449 casi/anno per SU (37 casi/mese).

Le SU previste sono costituite da moduli di 4, 6, 8 posti letto o multipli, da calcolare in base al numero di posti letto delle UO all'interno delle quali vengono realizzate.

Le caratteristiche operative, in base alla tipologia dei pazienti ed alla necessità di assistenza e monitoraggio degli stessi, indicano le SU come strutture di tipo semi-intensivo.

Nella seguente tabella sono riportati i reparti di neurologia stabiliti dal piano di riordino [versione del 7.2017] con le SU già esistenti e prevedibili.

PROVINCIA	OSPEDALE	TIPO UO	PL	TIPO SU
FOGGIA	OSPEDALI RIUNITI	UOC OSPEDALIERA UOC UNIVERSITARIA	42	SU II LIVELLO
	S. GIOVANNI ROTONDO - CASA SOLLIEVO	UOC NEUROLOGIA *	34	SU I LIVELLO

107





Regione Puglia



BARLETTA ANDRIA TRANI	BARLETTA OSPEDALE "DIMICCOLI"	UOC NEUROLOGIA	16	SU I LIVELLO
BARI	AOU POLICLINICO	UOC NEUROLOGIA UN I UOC NEUROLOGIA UN II UOC NEUROLOGIA OSP	71	SU II LIVELLO
	OSPEDALE DIVENERE	UOC NEUROLOGIA	20	SU I LIVELLO
	ACQUAVIVA DELLE FONTI - OSP. "MIULLI".	UOC NEUROLOGIA *	26	SU I LIVELLO
	ALTAMURA OSPEDALE ALTAMURGIA	UOC NEUROLOGIA	15	SU I LIVELLO
TARANTO	OSP ANNUNZIATA SS	UOC NEUROLOGIA	24	SU II LIVELLO
	CASTELLANETA	UOC NEUROLOGIA	12	SU I LIVELLO
BRINDISI	OSPEDALE PERRINO	UOC NEUROLOGIA	32	SU II LIVELLO
LECCE	OSPEDALE FAZZI	UOC NEUROLOGIA	32	SU II LIVELLO
	GALLIPOLI	UOC NEUROLOGIA	12	SU I LIVELLO
	OSP. PANICO TRICASE	UOC NEUROLOGIA *	30	SU I LIVELLO

* STRUTTURE ACCREDITATE

Secondo il piano di riordino il numero totale di posti letto di neurologia previsti è in totale di 437 di cui 120 privati convenzionati, includendo anche strutture in cui non è prevista una SU.





Regione Puglia



Dall'analisi delle distanze chilometriche si evince come, attivando una rete di SU di primo livello in ogni reparto di neurologia ed almeno una SU di secondo livello per ogni Area Vasta, la distanza massima da percorrere per raggiungere una SU sia di 55 chilometri con tempo stradale di percorrenza stimato mai superiore ai 60 minuti.

Nella stima delle distanze e dei tempi, criticità potranno permanere per alcune zone cerniera o per motivi geografici, tuttavia tali criticità andranno valutate e risolte in vario modo (elitrasporto, telemedicina, realizzazione di ASRH).

L'afferenza dei pazienti alle SU nel modello in realizzazione potrà avvenire direttamente tramite trasporto da parte dell' SSUEM o mediante invio dai PS nel caso di presentazione diretta.

La definizione delle modalità di trasporto sarà regolata da protocolli locali per minimizzare i tempi e favorire l'arrivo dei pazienti nella sede corretta.

PROPOSTE ORGANIZZATIVE

Tenendo conto delle SU già esistenti ed ormai ben radicate ed operative nella Regione, la proposta operativa per completare la rete e renderla omogenea su tutto il territorio dovrebbe prevedere inizialmente due fasi, da attuare dopo una ricognizione dell'esistente.

Prima fase

- **Adeguamento con standard uniformi delle SU di I e II livello esistenti**
 - Strutturali
 - Personale medico e paramedico
 - Hardware radiologico/ultrasonologico
 - Implementazione protocolli locali, laddove possibile anche per Area Vasta al fine di incrementare il numero di trombotomie attualmente molto basso





Regione Puglia



- Rete di consultazione neuroradiologica on line
- **Potenziamento rete SSUEM per rapido trasporto primario e secondario con ambulanza medicalizzata e realizzazione del “codice stroke” da applicare su tutto il territorio**
- **Creazione di un database regionale con annesso personale amministrativo per la gestione dei dati e il controllo degli indicatori di risultato**
- **Avviare un programma di addestramento continuo regionale del personale coinvolto (medici del SSUEM e dei PS)**
- **Favorire le iniziative miranti all’aggiornamento continuo del personale delle SU**

Seconda fase

- **Realizzazione delle nuove SU all’interno delle UO di Neurologia in corso di realizzazione**
- **Individuazione criticità territoriali**
 - Distanza eccessiva tra hub e spoke
 - ASRH (Acute Stroke Ready Hospital) cioè strutture allocate in PS privy SU dove avviare la trombolisi venosa prima del trasferimento in SU
- **Implementazione di sistemi per risolvere le criticità**
 - Ricorso a forme di telemedicina
 - Elitrasporto
- **Miglioramento del deflusso dei pazienti dalle SU**
 - Riabilitazione
 - RSA
 - Sviluppo dell’assistenza domiciliare

110





Regione Puglia



- Avvio di programmi di educazione della popolazione al riconoscimento precoce dell'ictus, una volta realizzata una rete infrastrutturale assistenziale minima iniziando a livello locale in bacini di utenza ben definiti
- **Revisione periodica attività e risultati**

INDICATORI DI PERFORMANCE (IP)

IP desumibili dai dati amministrativi (SDO):

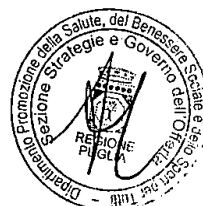
- Percentuale dimessi con DRG 14 e 15 reparti neurologici/medici
- Pazienti/anno DRG 14 e 15 dimessi da reparti con SU versus neurologie senza SU
- Degenza media
- Mortalità intraospedaliera
- Percentuale pazienti trattati con trombolisi venosa/infarti cerebrali (cod 434)
- Percentuale pazienti trattati con trombectomia/infarti cerebrali (cod 434)

IP desumibili da registri (SITS e REI) per i pazienti trattati con trombolisi o trombectomia:

- Outcome funzionale a 24 ore
- Outcome funzionale a tre mesi (e mortalità)
- Door to needle time
- Door to groin time
- Percentuale con complicanze emorragiche

Referenze

1. ISO SPREAD VIII edizione; stesura 21 luglio 2016; <http://www.iso-spread.it/>
2. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. March 2018; DOI: 10.1161/STR.000000000000158
3. Alberts et al. Recommendations for comprehensive stroke centers. *Stroke* 2005;36:1597-1616





Regione Puglia



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

RETE TRAUMATOLOGICA PUGLIESE E PDTA REGIONALE

Gruppo Tecnico Ristretto di Progetto

Dotto. Osvaldo CHIARA, Dott. Ettore ATTOLINI, Dott. Giovanni GORGONI, Dott. Marco
BENVENUTO, Dott.ssa Lucia BISCEGLIA, Dott.ssa Antonella CAROLI

Gruppo di Validazione

Dott. Mario BALZANELLI

Prof. Biagio MORETTI

Prof.ssa Angela PEZZOLLA

Prof. Nicola BRIENZA

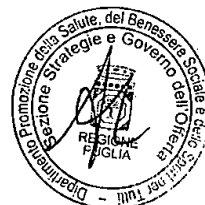
Dott.ssa Rossella MELODIA

Prof.ssa Gilda CINNELLA

Prof. Donato VITTORE

Dott. Fausto TRICARICO

Dott. Vito PROCACCI



112

1



Regione Puglia



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

INTRODUZIONE

Definizioni

Il *trauma maggiore* e' una condizione clinica tempo-dipendente che coinvolge competenze specialistiche differenti, integrate in un percorso assistenziale complesso. L'impatto sociale dell'evento traumatico non è trascurabile poiché spesso interessa pazienti giovani ed in età lavorativa che richiedono assistenza prolungata ed un alto livello di specializzazione. Il trauma viene definito maggiore quando determina una o piu' lesioni di cui almeno una sia in grado di determinare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza o per un'invalidita' grave. Il trauma maggiore puo' essere *mono-distrettuale* oppure *poli-distrettuale*, anche detto, quest'ultimo, *politrauma*. I decessi ed invalidita' prodotti dal trauma sono riducibili attraverso l'istituzione di modelli di assistenza integrata tra territorio ed ospedale (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma o SIAT) finalizzati a garantire l'arrivo del paziente nel tempo piu' rapido possibile all'Ospedale in grado di erogare la cura definitiva.

I SIAT rappresentano aree geografiche definite, auspicabilmente coincidenti con le aree di competenza delle Centrali Operative 118 e con i loro DEA di riferimento, entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi costituito da una *rete di Ospedali per la fase acuta* detti *Centri Trauma*, identificati tra i DEA di II e I livello tra loro funzionalmente connessi e coordinati dalla Centrale 118.

Il DM 70 del 2015 ricalca in modo abbastanza generale quanto definito nel documento del Consiglio Superiore di Sanita' del 2005 sull'istituzione del SIAT:

"Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in:

- Centri traumi di alta specializzazione (CTS)
- Centri traumi di zona (CTZ)
- Presidi di pronto soccorso per traumi (PST)

Il CTS dispone di tutte le risorse necessarie a identificare e trattare h 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Ha un bacino di utenza ottimale di *2.000.000-4.000.000 di abitanti* e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno *400-500 casi/anno* e una *quota di traumi gravi superiore al 60%* dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di *DEA di II livello* con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici





Regione Puglia



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

- T.A.C. e angiografia interventistica nelle immediate adiacenze della sala di emergenza
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery
- Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione, terapia intensiva
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale
- + alte specialità (chirurgia vascolare, toracica, cardiocirurgia, maxillo-facciale, plastica ricostruttiva, urologia, ginecologia, ORL, oculistica, ecc.)

Il CTZ si colloca in una struttura sede di DEA di I o II livello e dispone di tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni traumatiche, tranne quelle che richiedono alte specialità non presenti nella struttura. Deve avere i seguenti requisiti:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione e procedure di emergenza
- Sale operatorie h.24
- Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini
- Laboratorio e centro Trasfusionale





Regione Puglia



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

Il PST si colloca in un ospedale sede di pronto soccorso ed ha disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, per la stabilizzazione cardiorespiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Per quanto non definito nel DM-70, e' necessario che, viste le finalita' della struttura, a minima siano disponibili i seguenti servizi:

- Anestesia-Rianimazione
- Medicina d'Urgenza
- Chirurgia
- Radiologia, emoteca, laboratorio

Criteri di Triage pre-Ospedaliero

Tutti i traumi con uno o piu' dei seguenti criteri vengono considerati potenziali traumi maggiori sino a dimostrazione del contrario:

- a) alterazione delle funzioni vitali: pressione sistolica < 90 mmHg, alterazione della coscienza Glasgow Coma Scale <14, frequenza respiratoria > 32 o < 10 o necessita' di intubazione;
- b) anatomia della lesione: ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, arti prossimali a gomito o ginocchio; lembo toracico mobile; sospetto clinico di frattura di bacino o di due o piu' ossa lunghe prossimali; paralisi di uno o piu' arti; amputazione prossimale a polso o caviglia; associazione lesione traumatica con ustione di 2° o 3°;
- c) indicatore di alta energia: eiezione da veicolo, morte di un occupante del veicolo, caduta da altezza superiore alla propria, investimento auto-pedone o auto-ciclista, rotolamento del veicolo, deformazione del veicolo >40 cm, estricazione > 20 minuti, caduta di motociclista con separazione dal mezzo, alta velocita'(deformazione esterna > 60 cm, intrusione > 40 cm, strada extraurbana o velocita' > 40 Km/h, abbattimento di ostacolo fisso);
- d) traumi avvenuti in soggetti a rischio per eta' (bambini < 12, anziani > 70), patologia cronica pre-esistente nota o evidente, gravidanza nota o evidente.

I criteri del punto a) e b) identificano il **codice di triage rosso**, quelli dei punti c) e d) indicano il **codice di triage giallo**

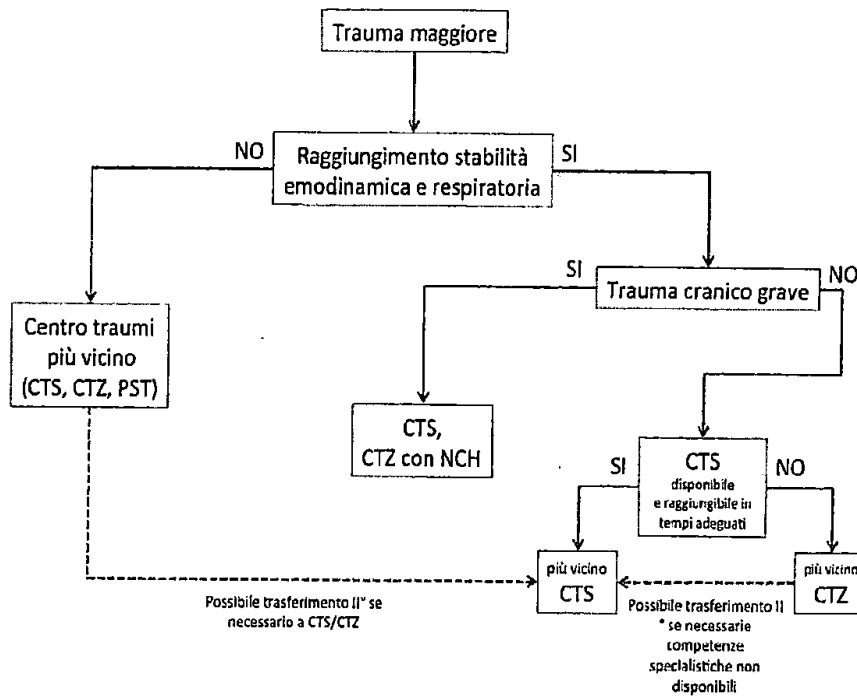
La destinazione del paziente viene stabilita in base al principio di garantire per quanto possibile la centralizzazione primaria in un CTS o CTZ. Il traumatizzato viene avviato al centro piu' vicino indipendentemente dal livello nella rete solo in caso di instabilita' cardiorespiratoria non controllabile sulla scena (fig.1):





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

Fig.1. L'albero decisionale per il triage del trauma maggiore nell'ambito di una rete integrata di CTS (hub), CTZ con o senza neurochirurgia (spoke), PST



ANALISI EPIDEMIOLOGICA REGIONE PUGLIA

Metodologia

Poiche' non esiste un registro specialistico per i traumi maggiori in Regione Puglia, si e' cercato di ricavare alcuni dati dall'unico registro "population-based" dei ricoveri ospedalieri disponibile, il registro delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Sono state impiegate le seguenti modalita' di selezione:

116





Regione Puglia



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

Criterio 1: selezione SDO con almeno una diagnosi di cinque con codifica ICD9 da 800 a 939.9 e da 950.0 a 959.9 (traumatismi con esclusione delle ustioni)

Criterio 2: escludere i pazienti con $eta > 64$ anni con unica diagnosi traumatologica da 820.0 a 821.9 (fratture di femore nell'anziano)

Criterio 3: escludere i pazienti con prima sede di ricovero in istituto pubblico o privato di riabilitazione o con durata del ricovero inferiore a 1 giorno non esitato in decesso

Criterio 4: Dalle SDO estratte con i criteri 1-2-3 selezionare le seguenti per individuare i traumi severi:

- Modalita' di dimissione 4 (decesso)
oppure
- Reparto 49 (terapia intensiva) in ingresso, dimissione o transito
oppure
- Segnalazione di almeno una delle seguenti procedure: *ventilazione meccanica* (da 96.70 a 96.72), oppure *tracheostomia* (da 31.1 a 31.29), oppure *monitoraggio emodinamico invasivo* (da 89.60 a 89.69)

Si e' utilizzata una banca dati population-based quale il registro delle SDO a cui partecipano tutti gli Ospedali pubblici e privati della rete regionale per l'urgenza-emergenza. Tale metodo di indagine garantisce l'oggettivita' e la neutralita' del dato epidemiologico presentato.

La criticita' della ricerca deriva dalla finalita' prevalentemente amministrativa con cui solitamente viene compilata la SDO che puo' ridurre l'affidabilita' del dato sanitario. Per tali ragioni, in via prudenziale, ci si e' limitati a cogliere alcune macro-informazioni inerenti il ricovero al fine di limitare il piu' possibile errori di valutazione. Le medesime modalita' sono state utilizzate per l'estrazione dati 2008-2010 su cui si e' basata l'organizzazione regionale del SIAT Lombardia^{1,2,3,4}. La metodologia di estrazione dei dati e' stata oggetto di una pubblicazione sul World J Emerg Surg¹ e quindi validata con una "peer review" da parte di esperti internazionali

Sono stati analizzati per la regione Puglia i dati relativi al 2016 comparati con quelli del 2010 per verificare eventuali evoluzioni nelle caratteristiche epidemiologiche e sanitarie degli eventi traumatici maggiori. Nei risultati si fa spesso riferimento comparativo ai dati lombardi del 2015, gli ultimi disponibili sul territorio nazionale derivati dalle SDO con la medesima modalita'.

Incidenza del Trauma Maggiore

Nel 2016 (tab.1) sono stati dimessi dagli ospedali pugliesi 25.380 pazienti per patologia traumatica di cui 1.488 sono stati identificati quali traumi maggiori sulla base dei criteri di selezione. La





Regione Puglia

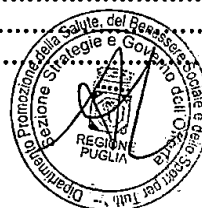

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

percentuale di traumi maggiori risulta quindi essere il 5,83%, in incremento rispetto al 2010 (3,75%) quando vi è stato un numero di dimissioni totali per traumi più elevato (36.334) con una numerosità inferiore (1.362) di traumi maggiori. Con un numero di residenti nel 2016 di 4.077.000, il trauma maggiore risulta avere un'incidenza di 365 casi per milione di abitanti anno, di poco inferiore a quanto osservato in Lombardia (392 casi nel 2008-2010, 381 nel 2015)¹. I decessi in Ospedale sono stati 391 a cui vanno aggiunti 77 casi deceduti entro 48 ore dal ritorno a domicilio, prevalentemente anziani inviati a casa a seguito di dimissione volontaria per ragioni umanitarie. Pertanto, la mortalità ospedaliera per trauma grave risulta essere del 31,45% (468 su 1488 ricoverati), simile a quella generale della Lombardia nel 2015 (28,9%), ma superiore a quella media dei trauma center di questa regione (20,10%), più del doppio della mortalità del CTS lombardo con la miglior performance (14%). La numerosità di traumi maggiori è inferiore a quanto evidenziato dalla letteratura che indica per i paesi occidentali un'incidenza di circa 400 casi per milione di abitanti/anno^{2,3}. Ad integrazione dei dati estratti dalle SDO, vanno considerati i decessi per trauma avvenuti sul territorio o in Pronto Soccorso che non danno esito a ricovero ospedaliero. In un lavoro italiano del 2010 dell'Istituto Superiore di Sanità⁴, basato sui dati ISTAT combinati con quelli delle SDO, la percentuale di decessi pre-ospedalieri per trauma è risultata del 42% nel 2002. I dati del 118 delle cinque centrali pugliesi indicano 283 decessi sulla scena nel 2016, pari al 37,68% dei decessi totali, quindi di poco inferiore al dato italiano del 2002. Il numero globale di traumi severi in regione Puglia, ospedalizzati e non, sale pertanto a 1.771, pari a 434,38 / milione / anno, con 751 deceduti (42%), pari a 184 morti /milione /anno.

I maschi sono stati la maggioranza delle vittime di trauma maggiore (64,20%). La degenza media è risultata di 16,19 giorni, l'età media 57,09 anni ed i traumi gravi in età pediatrica (<18 anni) il 10% (con il 66% dei casi in età pre-adolescenziale). Tali dati sono del tutto analoghi a quanto osservato in altre Regioni italiane, oltre che in linea con la letteratura, ad indicare una sostanziale correttezza delle modalità di estrazione.

Tab.1: Epidemiologia trauma maggiore in Puglia nel 2016.

Popolazione residente.....	4.077.000
Traumi totali 2016:.....	25.380
Traumi maggiori ospedalizzati:.....	1488
Incidenza traumi ospedalizzati:.....	365/milione/anno
Decessi in Ospedale:.....	391
Decessi entro 48 ore dalle dimissioni:.....	77
Decessi preospedalieri.....	283
Decessi totali.....	751
Traumi totali 2016 (ospedalizzati più decessi preospedalieri):.....	1771
Incidenza traumi in Puglia.....	434,38/milione/anno
Maschi:.....	64,20%
Età media:	57,09
Degenza media.....	16,19





Regione Puglia



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

Traumi in eta' pediatrica:.....132

In considerazione della vocazione turistica di gran parte del territorio, e' interessante considerare che solo 93 dei soggetti coinvolti in traumi gravi in Puglia, pari al 6,25% del totale, non sono risultati residenti nella Regione. In Sardegna, altra regione turistica, il 4% dei traumi maggiori risultavano residenti fuori regione; in Lombardia il 7.92%, valore piu' elevato a causa del numero di transiti e di lavoratori esterni che quotidianamente afferiscono alla regione. Tali dati indicano che verosimilmente il numero di turisti vittime di trauma grave in Puglia e' abbastanza esiguo. Inoltre il dato di traumi maggiori in non residenti, ma ricoverati negli Ospedali pugliesi, puo' essere utile per correggere al ribasso il valore dell'incidenza (conteggiato con il numero di residenti al denominatore) da 365 a 342 casi per milione di abitanti all'anno.

Causa esterna dei Traumi Maggiori

La causa esterna e' stata indicata nel 94.8% delle SDO del 2016. Si e' cercato di raggruppare le codifiche secondo la categorie "E" della classificazione ICD-9. La possibilita' di codifiche diverse per una stessa tipologia di evento (privilegiando ad es. il luogo o il contesto rispetto al meccanismo o viceversa) rende impossibile sulla base delle sole SDO una valutazione epidemiologica precisa. Si possono comunque trarre alcune indicazioni interessanti.

Contrariamente a quanto atteso (tab.2), le cause esterne piu' codificate di trauma grave risultano le cadute. Questo meccanismo traumatico, da quanto riportato in un lavoro sui dati della Lombardia, e' sicuramente in incremento negli ultimi anni ed e' particolarmente rappresentato dagli infortuni in ambito lavorativo e soprattutto nelle pertinenze domestiche, dove riguarda una fascia di popolazione mediamente piu' anziana¹. Nelle SDO le cause "infortunio sul lavoro" e "infortunio domestico" sono stati indicate rispettivamente nel 4,7% e nel 9,4%, ma e' probabile che sia stata utilizzata nella maggioranza dei casi la codifica generica di "caduta non specificata", con quindi sottostima delle percentuali dei luoghi dell'evento. Alle cadute accidentali propriamente dette si possono sommare nella stessa categoria "E" le precipitazioni, cioe' la proiezione al suolo del corpo dopo una fase di volo. Le precipitazioni sono spesso esito di infortuni sul lavoro (in specie nella cantieristica) e di eventi accidentali in ambito domestico o nel corso di attivita' sportive e del tempo libero.

I traumi legati al traffico (veicoli a quattro ruote, motoveicoli, ciclisti o pedoni investiti), sommati tra loro sono il 24,6%, il 6% in meno a quanto osservato nei dati 2015 della Lombardia. Se consideriamo la quota dei decessi pre-ospedalieri, significa che la Puglia deve far fronte a circa 400 incidenti del traffico gravi ogni anno. Anche in tal caso, essendo numerosi gli eventi "in itinere", e' possibile che parte degli incidenti legati al traffico siano stati codificati come infortuni sul lavoro.

Sono relativamente rari per quanto riportato sulle SDO gli eventi traumatici maggiori conseguenza di atti di violenza da parte di altri e di autolesionismo, con percentuali inferiori a quelle lombarde. Anche in questi casi, e' verosimile una codifica di eventi simili in differenti categorie.

Dall'analisi degli anni precedenti al 2016 si osserva una tendenza all'incremento delle cadute rispetto agli incidenti stradali, dato comune alle casistiche delle altre regioni italiane, corrispondente aumento dell'eta' media delle vittime di trauma maggiore.

Tab 2: Causa esterna traumi gravi Puglia 2016





Regione Puglia



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

ANNO	CAUSA ESTERNA	TRAUMI SEVERI
2016	caduta accidentale non specificata (E 880-888)	685 (46,0%)
2016	traffico (E 800-829)	366 (24,6%)
2016	infortunio in abitazione (E 849)	140 (9,4%)
2016	Altro	118 (7,9%)
2016	campo non compilato	77(5,2%)
2016	infortunio sul lavoro (E 919-928)	70(4,7%)
2016	violenza altrui (E 960-969)	17(1,1%)
2016	autolesionismo (prev. caduta) (E 950-959)	9 (0,6%)
2016	Avvelenamento (E860-869)	3(0,2%)
2016	Intossicazione (E850-858)	3(0,2%)
		1488(100%)

Modalita' di dimissione

L'analisi delle modalita' di dimissione consente alcune riflessioni sull'attuale funzionamento della rete di emergenza pugliese (tab.3). Prevalgono le dimissioni ordinarie a domicilio mentre il trasferimento ad un istituto di riabilitazione riguarda solo l'8,3% dei pazienti, piu' l'1,6% trasferito ad altro regime nell'ambito dello stesso ospedale (quando verosimilmente vi e' una struttura riabilitativa all'interno dell'ospedale), in tutto 145 pazienti. Significativamente, i pazienti destinati alla riabilitazione hanno avuto una degenza media piu' prolungata. In Lombardia nel 2015 la percentuale di pazienti che accedono a servizi di riabilitazione e' stata del 19,6%.

Il trasferimento ad altri ospedali per acuti ha riguardato solo il 6,1% pari a 81 casi ad indicare che non vi e' stato spostamento di pazienti all'interno della rete di ospedali. Quindi i trasferimenti sia in senso di centralizzazione che decentralizzazione sono stati rari e la vittima del trauma ha ricevuto una cura definitiva in oltre il 90% dei casi nell'Ospedale di prima afferenza. I deceduti in Ospedale sono stati 391 a cui, come ricordato, possono essere aggiunti i 77 morti entro 48 ore dopo le dimissioni

Tab.3: modalita' di dimissione dei traumi maggiori. RSA: residenza sanitaria assistenziale. ADI: assistenza domiciliare integrata

MODALITA' DIMISSIONE	#	%	Degenza media
Dimissione ordinaria al domicilio	798	53,6	14
Deceduto in ospedale	391	26,3	11
Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato per riabilitazione	124	8,3	32
Trasferimento al altro istituto di ricovero e cura per acuti	81	5,4	13
Dimissione volontaria		4,2	10
Trasferimento ad altro regime od altra attivita' nello stesso istituto		1,4	17





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

Dimissione ordinaria presso una RSA*	8	0,5	20
Dimissione ordinaria con attivazione di ADI**	3	0,2	20
Totale	1488		

Distribuzione dei traumi maggiori

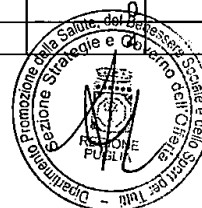
L'analisi delle SDO del 2016 consente di osservare che solo 526 dei 1488 traumi severi della regione, pari al 35%, sono stati ricoverati e trattati nei tre Ospedali identificati come centri di riferimento regionali (tab.4, 5, 6). Per i restanti 1104 casi c'è stata una distribuzione su varie strutture, con una numerosità superiore a 50 casi nell'anno solo in sei nosocomi. In nessun Ospedale sono stati raggiunti i criteri minimi previsti dal DM 70. Il paziente è stato spesso trasportato nel luogo più vicino all'evento dove ha ricevuto le cure definitive, senza trasferimenti in altre strutture per acuti. Molti Ospedali hanno ricevuto nel 2016 due-tre decine di traumi severi, pari a poche unità al mese. Va considerato che un turno sulle 24 ore per essere coperto prevede la rotazione di almeno sei unità, per cui è possibile che con volumi di attività così limitati molti sanitari di tali Ospedali non abbiano trattato neppure un caso nell'arco dell'anno. Secondo i criteri internazionali ciascun medico dovrebbe gestire in fase acuta almeno 40-50 pazienti all'anno e vari studi dimostrano una correlazione positiva tra il volume di casi trattati e l'esito favorevole^{5,6,7,8}. È quindi opportuno individuare modalità di concentrazione della casistica ai fini di incrementare l'esperienza locale, come indicato nel DM 70.

Tab.4: traumi gravi negli Ospedali del NORD OVEST

ANNO	DESC. STABILIMENTO	DECESSI	TRAUMI SEVERI
2016	AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	38	142
2016	CDC S. MICHELE - MANFREDONIA	0	2
2016	EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	38	124
2016	OSPEDALE "G.TATARELLA"	1	14
2016	OSPEDALE F.LASTARIA - LUCERA	1	3
2016	ST S.CAMILLO DE LELLIS-MANFREDONIA	0	4
2016	ST T. MASSELLI M. - SAN SEVERO	2	2
	TOTALI	80	291

Tab 5: traumi gravi negli Ospedali del CENTRO

ANNO	DESC. STABILIMENTO	DECESSI	TRAUMI SEVERI
2016	AO CONS. POLICLINICO - BARI	54	186
2016	CDC BERNARDINI - TARANTO	0	1
2016	CDC MATER DEI (CCR) - BARI		8





Regione Puglia

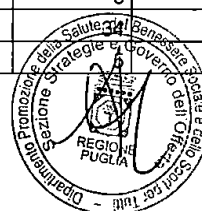


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

2016	CDC S. CAMILLO - TARANTO	0	1
2016	CDC S. MARIA - BARI	0	1
2016	CDC VILLA VERDE - TARANTO	0	6
2016	EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	17	96
2016	OSP. DELLA MURGIA (EX ST UMBERTO I) - ALTAMURA	4	16
2016	OSP. DISTRETT. NORD - CANOSA	0	3
2016	OSP. DISTRETT. SUD - CORATO	0	3
2016	OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	41	77
2016	OSPEDALE "M. SARCONI" - TERLIZZI - (BA)	0	3
2016	OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)	5	32
2016	OSPEDALE CIVILE MOLFETTA - (BA)	2	15
2016	OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	0	2
2016	OSPEDALE CIVILE V.EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	2	8
2016	OSPEDALE MARIANNA GIANNUZZI - MANDURIA	1	11
2016	OSPEDALE VALLE D'ITRIA - MARTINA FRANCA	4	11
2016	P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	20	62
2016	P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA-TRIGGIANO	0	3
2016	ST GIOVANNI XXIII - BARI	0	2
2016	STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	0	2
2016	STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	4	15
2016	STABILIM. S.M.M. LAURETO - PUTIGNANO	4	14
2016	STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	9	52
	TOTALI	171	630

Tab.6: Traumi gravi negli Ospedali del SUD EST

ANNO	DESC. STABILIMENTO	DECESSI	TRAUMI SEVERI
2016	CDC CITTA' DI LECCE HOSPITAL - LECCE	0	2
2016	CDC VILLA VERDE - LECCE	0	7
2016	EE CARDINALE PANICO - TRICASE	6	38
2016	OSPEDALE ANTONIO PERRINO - BRINDISI	27	85
2016	ST SS ANNUNZIATA - TARANTO	51	98
2016	OSPEDALE DARIO CAMBERLINGO - FRANCAVILLA FONT.	0	7
2016	OSPEDALE S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	4	17
2016	OSPEDALE S.CUORE DI GESU'-GALLIPOLI	1	6
2016	ST FRANCESCO FERRARI - CASARANO	6	32
2016	ST VERIS DELLI PONTI - SCORRANO	3	22
2016	ST."V.FAZZI" - LECCE	0	198
2016	ST.S.G.PPE DA COPERTINO - COPERTINO	0	23





Regione Puglia



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

2016	STABILIMENTO "MELLI"- S.PIETRO VERNOTICO	0	14
2016	STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	2	7
2016	STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	1	11
	TOTALI	140	567

Per cercare di approfondire il dato di mortalità si sono analizzati i cluster di età dei traumatizzati afferiti ai tre Ospedali principali e la loro percentuale di decessi. Con i limiti ricordati in precedenza sulle modalità di estrazione, il fattore età è stato considerato un macro-dato inconfutabile e che può avere significativa influenza sulla mortalità ospedaliera. I cluster presi in considerazione sono stati: pediatrico 0-14, adulto 15-65, anziano 66-75, grande anziano >75 (tab.7). Rispetto al trauma center lombardo con migliore performance (14% di deceduti), solo uno dei tre Ospedali principali della Puglia ha percentuali di mortalità simili, addirittura inferiori nelle fasce di età più avanzate, mentre gli altri mostrano una quota circa doppia di decessi.

Tab.7: traumi gravi dimessi nei tre ospedali principali della Regione divisi per cluster di età

DIMESSI TOTALI						
cod_istituto	Pediatrico	Adulto	Anziano	Grande anziano	Totali Traumi_severi	
Vito Fazzi (Lecce)	10	104	27	57	198	
AO Policlinico (Bari)	12	107	15	52	186	
OORR (Foggia)	5	67	14	56	142	
					526	
DECEDUTI						
cod_istituto	Pediatrico	Adulto	Anziano	Grande anziano	Totali Decessi	
Vito Fazzi (Lecce)	3 (30%)	7 (6,7%)	4 (14,8%)	20 (35%)	34 (17%)	
AO Policlinico (Bari)	0	21(19,6%)	3 (20%)	30 (57,7%)	54 (29%)	
OORR (Foggia)	0	9 (13,4%)	4 (28,6%)	25 (44,6%)	38 (27%)	
Niguarda, Milano	0	5,50%	17,24%	41,79%	14,06%	

Dati sistema urgenza-emergenza pre-ospedaliera 118

Sono disponibili alcuni dati del 2016 sull'assistenza ai traumi maggiori della Regione, derivati dal registro del sistema preospedaliero. Nella tab.8 sono indicate le missioni delle cinque centrali operative per eventi traumatici, divise per codice triage di rientro. È interessante notare la numerosità decisamente più elevata dei traumi assistiti dal 118, anche con codice di rientro rosso,





Regione Puglia



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

rispetto ai dati ospedalieri. Questo dato e' comune a tutti i sistemi e riflette l'overtriage con cui lavora il sistema pre-ospedaliero per ragioni di maggior sicurezza dei pazienti.

Tab.8: interventi del 2016 del sistema 118 per eventi traumatici divisi per provincia e indice di centralizzazione

	ANNO 2016 TRAUMATICI				
	BARI	BRINDISI	FOGGIA	LECCE	TARANTO
VERDE	8958	3290	5832	6994	5122
GIALLO	8464	3262	3521	3861	2791
ROSSO	1068	105	485	297	412
NERO	85	27	70	47	54
% trasportati a DEA II liv	32.12	94.29	79.18	73.40	91.50
TOTALI	18575	6684	9908	11199	8379

Il dato dei deceduti sulla scena, 283 registrati dal 118, pari a oltre il 60% dei deceduti per trauma in Regione e' indicativo di un'importante incidenza di eventi molto gravi. Nella tab. 9 sono indicati i tempi dal dispatch all'arrivo sul luogo dell'incidente ed i tempi di permanenza sulla scena del team del 118. Si osserva che tali dati sono in linea con quanto indicato nella letteratura internazionale, per cui si puo' desumere che l'elevata mortalita' pre-ospedaliera e' conseguenza della gravita' degli eventi e non di ritardi nell'arrivo dei mezzi di soccorso.

Tab.9: tempo di arrivo e di permanenza sulla scena del team 118. Dati del 2016

	ANNO 2016 TRAUMATICI ROSSI DI INVIO	
	CHIAMATA - ARRIVO PRIMO	TEMPO DI PERMANENZA DEI TEAM SUL
	MEZZO	LUOGO
BARI	16:07	19:25
BRINDISI	10:49	24:45
FOGGIA	13:29	18:32
LECCE	13:37	18:36
TARANTO	11:40	21:31

E' interessante notare il numero di traumi in codice rosso e giallo ospedalizzati a Taranto che appare significativamente elevato in rapporto alla popolazione se confrontato con le altre province. La presenza dell'insediamento industriale dell'ILVA determina infatti un incremento degli eventi traumatici per i numerosi infortuni sul lavoro (rispetto alla provincia di Lecce +39% di codici rossi e +17% di deceduti).

Overtriage nei registri specialistici

A completamento di tali osservazioni va rilevato che la modalita' di estrazione dei dati utilizzata evidenzia solo la quota dei traumi gravi ricoverati e non tiene conto del volume di overtriage, cioe' dei pazienti che vengono accettati quali presunti traumi maggiori in base ai criteri di triage pre-





Regione Puglia



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

ospedalieri e che dopo l'esecuzione degli accertamenti risultano essere traumi minori. La quota di overtriage, non desumibile dalle SDO, corrisponde in tutte le casistiche a circa il 30-60% dei traumi accettati^{9,10,11}. Quindi, rispetto ai 1488 traumi maggiori reali identificati dalle SDO, i pazienti giunti in Pronto Soccorso negli Ospedali Pugliesi per trauma potenzialmente grave dovrebbero essere stati, con una stima conservativa, ben oltre le 2500 unità, di cui circa 900 gestiti nei tre Ospedali di riferimento. Si confermano in ogni caso dei volumi inferiori rispetto a quanto indicato nel DM-70 e quindi la necessità di una maggiore centralizzazione negli Ospedali di riferimento per aumentare i volumi di attività.

Il Niguarda di Milano, uno dei CTS della Lombardia, si è dotato di un registro dal 2002 in cui sono stati inclusi tutti i traumi accettati che hanno determinato un'attivazione del trauma team dell'ospedale. È interessante cogliere alcuni spunti dai dati registrati nel nosocomio Lombardo. Nel registro di Niguarda (tab.10) si può osservare che i pazienti accettati e che hanno attivato il trauma team dell'ospedale si sono incrementati negli anni, con un aumento esclusivo dei codici gialli, mentre i rossi sono rimasti praticamente invariati.

Tab 10: overtriage nelle accettazioni per trauma maggiore del Niguarda di Milano

	2011	2012	2013	2014	2015
Numero	425	508	576	618	682
Età media	39	41	41	41.3	40.5
Codice Rosso	37.4% 159	37% 188	24% 138	31.4% 194	22% 150
Codice Giallo	62.6% 266	63 %320	75.7% 436	68.6% 424	78% 532
Codice Verde	0	0	2	0	0
ISS medio	16.38	16	13.2	14.8	13.7
Overtriage	56.5%	60.5%	67.8%	62%	66.6%
Dimessi da PS	22.6%	23.5%	31.7%	30.6%	36.5%

È indicato il valore medio dell'ISS (injury severity score), un punteggio anatomico di gravità indicativo di trauma severo se superiore a 15. È utile osservare che oltre il 66% dei casi rappresenta un overtriage, cioè pazienti accettati per trauma maggiore che a diagnosi anatomica definitiva risultano essere traumi minori (e come tali curabili in qualsiasi ospedale), cioè con un ISS < 16. Addirittura, nel 2015 il 36.5% dei pazienti è stato dimesso direttamente dal pronto soccorso dopo una breve osservazione. In media, nei sistemi esteri tale valore è 35-40%. Si guardi a confronto i valori ottenuti in uno studio di benchmarking (tab 11) tra trauma center di differenti continenti (Niguarda, Calgary in Canada e Haifa in Israele).

Tab.11: studio internazionale di benchmarking sull'overtriage nel trauma



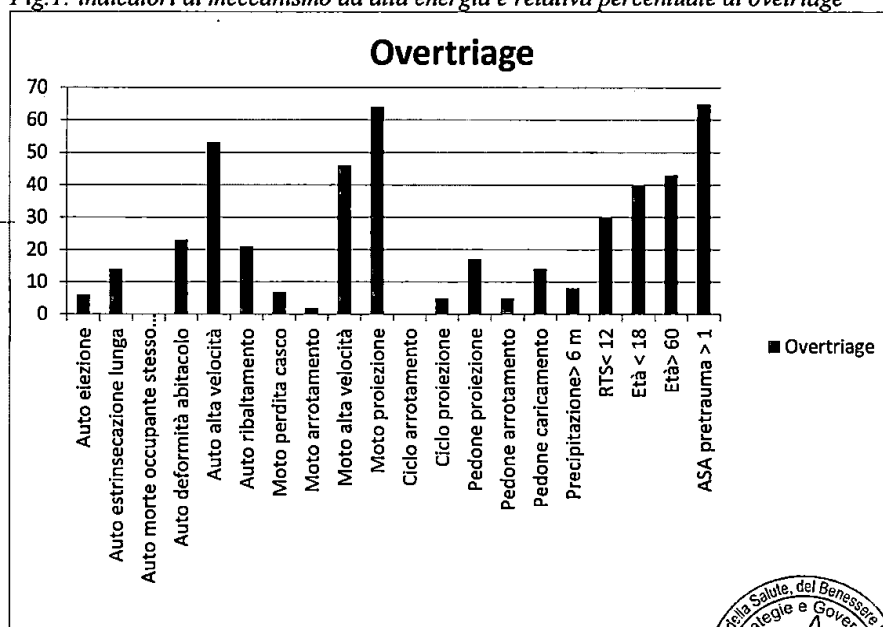


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

OVERTRIAGE	Niguarda	Calgary	Haifa
% pazienti con ISS<16	64	42	36
% pazienti con ISS<12	58	9	29
% attivazioni Trauma Team con ISS 1-15	63	22	34

E' evidente la differenza di overtriage dei due centri stranieri rispetto agli italiani. Va rammentato che l'overtriage, pur rappresentando un meccanismo di protezione nei confronti dell'utenza (e quindi una scelta di sistema, tipica dei modelli di recente istituzione), configura un notevole dispiego di risorse all'interno degli ospedali che ricevono il paziente in quanto l'allertamento per un trauma potenzialmente maggiore determina l'attivazione di chirurghi e anestesisti e la sospensione della normale attivita' operatoria in una sala che viene mantenuta libera per eventuali interventi di emergenza. Poiche' i tempi tra allertamento, arrivo del paziente e valutazione diagnostica, ammontano a circa due ore nei sistemi piu' organizzati, si comprendono i conseguenti risvolti organizzativi. A tal proposito un'analisi retrospettiva sul registro traumi 2015 di Niguarda (fig.1) ha evidenziato che la percentuale di overtriage nei codici gialli e' stata particolarmente elevata per alcuni specifici indicatori utilizzati dal 118 come elementi presuntivi di trauma maggiore. E' quindi possibile su tali dati orientare i protocolli di centralizzazione per contenere la percentuale di overtriage^{9,10,11,12}

Fig.1: indicatori di meccanismo ad alta energia e relativa percentuale di overtriage





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

Considerazioni conclusive sull'analisi epidemiologica

- a. Si conferma in Puglia una numerosita' del trauma maggiore sovrapponibile a quanto evidenziato in letteratura nei Paesi occidentali. La mortalita' ospedaliera e' analoga a quella registrata in Regioni non ancora organizzate con un sistema integrato per l'assistenza al trauma. Vi e' una significativa mortalita' pre-ospedaliera verosimilmente legata ad un'elevata incidenza di eventi gravi.
- b. Al momento, la casistica e' dispersa in numerosi ospedali con volumi di attivita' per singolo centro inferiori a quanto richiesto dal DM 70 ed insufficienti a creare e mantenere un'adeguata esperienza. La rete di emergenza e' abbastanza statica e vi sono pochi trasferimenti sia in senso di centralizzazione verso strutture di livello superiore che di back transfer verso ospedali piu' piccoli.
- c. Il ricorso a forme di riabilitazione e' contenuto, nonostante un'eta' media elevata della popolazione traumatizzata. Non e' possibile sulla base dei dati a disposizione analizzare le cause del fenomeno. Poiche' e' verosimile l'esistenza di una richiesta significativa, va verificata l'offerta disponibile di strutture di riabilitazione sia intensiva che estensiva.
- d. In considerazione della mancanza attuale di modelli intraospedalieri organizzati, e' indispensabile presso i centri della rete, anche in quelli di livello inferiore, lo sviluppo di percorsi di cura integrati con la partecipazione dei diversi specialisti coinvolti nell'assistenza ai traumi maggiori. Particolare attenzione va posta alla logistica delle sale di emergenza che devono essere organizzate per ottimizzare i tempi delle indagini diagnostiche e dell'accesso alla sala operatoria. Non e' indicata nei piani organizzativi aziendali degli Ospedali di riferimento la presenza di servizi di chirurgia d'urgenza e del trauma.
- e. I dati di overtriage registrati in alcuni trauma center italiani indicano la necessita' di rivedere i criteri di selezione del sistema pre-ospedaliero per concentrare nei CTS i casi piu' gravi e limitare il piu' possibile l'utilizzo non appropriato delle risorse interne. In particolare, l'overtriage (frutto anche di una scelta di sistema volta a tutelare l'utenza) si verifica per alcuni meccanismi ad alta energia in pazienti con parametri clinici normali (codici gialli). Emerge, in considerazione dell'evoluzione dei mezzi di protezione, la possibilita' in questi casi di avvalersi di strutture della rete diverse dai CTS. In tal senso, anche il livello CTZ, in specie se con neurochirurgia, deve essere in grado di fornire una risposta assistenziale adeguata e, in molti casi, un percorso di cura definitivo. Tale indicazione e' condivisa anche nell'ultima edizione del volume del Committee on Trauma dell'American College of Surgeons sul modello organizzativo del Trauma System negli Stati Uniti¹².
- f. In Puglia non esiste un Ospedale pediatrico con le caratteristiche di un trauma center, ma i principali Ospedali hanno al loro interno competenze pediatriche di buon livello. E' auspicabile nel medio periodo la realizzazione in Regione di un centro pediatrico in grado di fornire un percorso di cura completo al trauma nel bambino, per le peculiarita' assistenziali e logistiche che il centro pediatrico rispetto all'Ospedale per adulti puo' fornire. Nel frattempo gli Ospedali per adulti devono comunque sopperire alle necessita' del trauma pediatrico, adottando modelli organizzativi intra- ed inter-aziendali ~~da stabilire~~ in relazione alle singole realta'^{13,14}.

127





Regione Puglia



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

PROPOSTA DI RETE PER IL TRAUMA MAGGIORE IN PUGLIA

Il modello di riferimento per l'organizzazione della rete trauma e' quello di tipo **inclusivo**. L'inclusivita' indica che tutti gli Ospedali di una determinata area partecipano alla cura di tutti i traumi, sia minori che maggiori. Mentre i traumi minori vengono avviati all'Ospedale piu' vicino dotato di Pronto Soccorso, i traumi di maggior gravita' vanno indirizzati verso Ospedali definiti **Centri Trauma**, con risorse e competenze specifiche per tale attivita' e differenziati nei tre livelli CTS, CTZ e PST, come indicato nel DM 70. Ciascun nodo ha un'importanza strategica nel funzionamento della rete nel suo insieme, sia come luogo di stabilizzazione che quale sede di cura definitiva. Tutti i Centri Trauma infatti, indipendentemente dalla categorizzazione, devono osservare i medesimi protocolli gestionali per garantire la continuita' delle cure nei percorsi interaziendali. Van tenute in considerazione le caratteristiche geografiche della Regione, disposta da nord-ovest a sud-est con una lunghezza di 426 Km, una larghezza media di circa 70 Km e 19.345 Km² di superficie. Il territorio e' montuoso solo per l'1,5% e collinare per il 45,3%; per il resto e' pianeggiante. Vista la forma allungata del territorio, la presenza di rilievi montuosi al nord-ovest, la collocazione al centro della capitale, equidistante dai confini regionali nord e sud, la viabilita' della parte meridionale, l'afflusso turistico in specie sulle coste nella stagione estiva, in deroga a quanto previsto dal DM-70 sulla base della popolazione residente, si prevedono tre SIAT con altrettanti CTS di riferimento: nord-ovest (Tavoliere e Gargano), centro (Bari e Murge), sud-est (Taranto e Salento) (Fig.2).

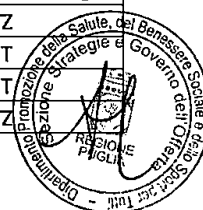
SIAT 1 del NORD-OVEST o del TAVOLIERE-GARGANO

Comprende l'area pianeggiante del tavoliere, la zona peninsulare montuosa del Gargano e la regione montuosa del subappennino Dauno. La popolazione e' di 1.024.385 residenti. Il SIAT corrisponde alla provincia di Foggia piu' l'area BAT. Al SIAT nord-ovest fa capo anche l'arcipelago delle Tremiti.

Il CTS del SIAT e' rappresentato dall'**AO Ospedali Riuniti di Foggia** che e' dotato di tutte le specialita' necessarie per il trattamento del trauma maggiore in acuto, anche in eta' pediatrica ed anche di unita' spinale per la riabilitazione specialistica del mieloleso. Fa capo al SIAT ***l'arcipelago delle Tremiti*** presso cui andrebbe potenziato il posto di primo intervento (almeno stagionale) per consentire procedure, anche chirurgiche, di stabilizzazione cardiorespiratoria di emergenza.

Di seguito la classificazione delle singole strutture che afferiscono all'Area di riferimento:

Denominazione Struttura/Stabilimento	Rete Traumatologica
Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	CTZ
Ospedale Monsignor Dimiccoli - Barletta	PST
Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	PST
Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - San Giovanni Rotondo	CTZ





Regione Puglia



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

Ospedale Giuseppe Tatarella - Cerignola	PST
Ospedale San Camillo de' Lellis - Manfredonia	PST
Ospedale Teresa Masselli Mascia - San Severo	PST
AOU Ospedali Riuniti - Foggia	CTS

SIAT 2 del CENTRO o di BARI e DELLE MURGE

E' un territorio collinare verso ovest (Murge) e per il resto pianeggiante che va dal confine meridionale del BAT a Nord fino alla valle d'Itria a Sud. I residenti ammontano a 1.263.820. Il CTS del SIAT e' l'AO Policlinico di Bari che e' dotato di tutte le specialita' necessarie per il trattamento del trauma maggiore in acuto.

Di seguito la classificazione delle singole strutture che afferiscono all'Area di riferimento:

Denominazione Struttura/Stabilimento	Rete Traumatologica
AOU Consorziale Policlinico - Bari	CTS
Ospedale della Murgia - Altamura	CTZ
Ospedale Di Venere - Carbonara di Bari	CTZ
Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	PST
Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti	CTZ
Ospedale San Giacomo - Monopoli	PST
Ospedale San Paolo - Bari	PST
Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	PST
Ospedale Umberto I - Corato	PST
CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	PST

SIAT 3 del SUD-EST o di TARANTO e del SALENTO

E' un territorio pianeggiante a sud est della valle d'Itria, circondato per due terzi dal mare Adriatico e Ionico, con 1.788.961 residenti. Il CTS dell'area e' l'Ospedale Vito Fazzi di Lecce, dotato di tutte le risorse ed i servizi per la cura definitiva del trauma maggiore. L'Ospedale di Francavilla quale PST può far capo a Taranto, quale CTZ di riferimento in caso di problematica tempo-dipendente per le distanze e le percorrenze maggiori con il CTS di Lecce.

Di seguito la classificazione delle singole strutture che afferiscono all'Area di riferimento:

Denominazione Struttura/Stabilimento	Rete Traumatologica
Ospedale Vito Fazzi - Lecce	CTS
Ospedale Cardinale Panico - Tricase	





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

Ospedale Francesco Ferrari - Casarano	PST
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	PST
Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	PST
Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	PST
Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	CTZ
Ospedale Civile - Ostuni	PST
Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla Fontana	PST
Ospedale Civile - Castellaneta	PST
Ospedale Marianna Giannuzzi - Manduria	PST
Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	CTZ
Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	PST

Criticita' del modello proposto

- Va organizzata nei tre CTS la disponibilita' del servizio di chirurgia d'urgenza e del trauma ed il servizio della radiologia interventistica sulle 24 ore.
- Deve essere organizzata la possibilita' della trasmissione delle immagini dai CTZ/PST verso i CTS per teleconsulenze specialistiche (in specie per gli Ospedali della rete senza neurochirurgia).
- Tutti gli Ospedali della rete devono avere un servizio di Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso, come indicato dal DM 70. Il servizio va attivato laddove non e' attualmente presente.
- La neurochirurgia non e' un servizio richiesto per la categoria dei CTZ, ma viene considerato, quando presente, un criterio preferenziale vista l'importanza che riveste nel trattamento di moti traumatizzati.
- Sono evidenti i limiti di un'analisi epidemiologica fondata sulle SDO. E' necessario che la regione si doti di un registro traumi maggiori su cui vengano riportati tutti i dati utili alla verifica di qualita' del funzionamento della rete
- Vanno identificate le tre Centrali Operative di coordinamento dei tre SIAT, piu' eventualmente quella di Taranto, per le peculiarita' del territorio, sede di un importante insediamento industriale. E' opportuno realizzare un sistema informatico di monitoraggio delle risorse in area critica (sale operatorie, letti intensivi). Le CO 118 rappresentano i nodi di coordinamento dei tre SIAT, assicurando la gestione unitaria ed integrata nel territorio di competenza del percorso del traumatizzato e ottemperando a quanto indicato dalle disposizioni regionali.
- In considerazione delle problematiche geografiche e' opportuno avere due basi dell'elisoccorso, una a nord ovest nel Foggiano (che serve anche le isole Tremiti) ed una a sud-est nel Salento, per coprire tutto il territorio. Le basi, gli aeroporti, i CTS, le isole Tremiti, devono essere attrezzati anche per il volo notturno degli elicotteri (strumentati pertanto "Instrumental Flight Rules")

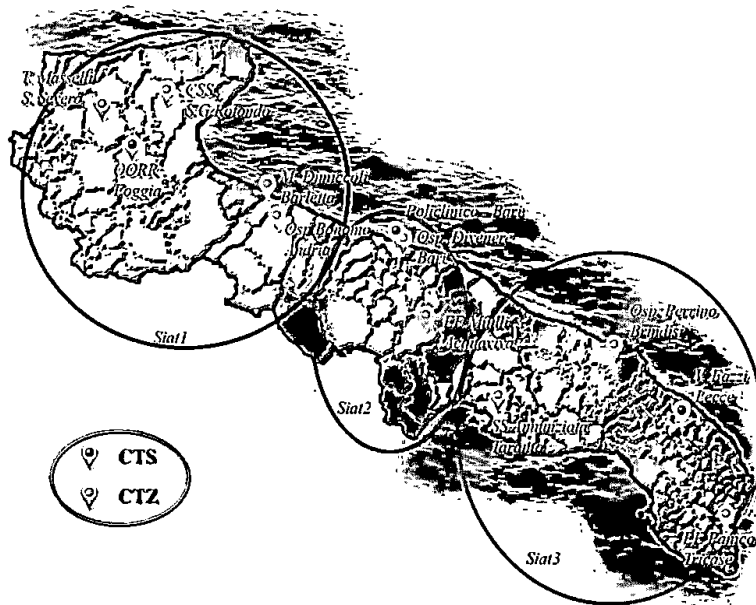




DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

- Il Giovanni XXIII di Bari, quale Ospedale per i bambini della Regione, potrebbe diventare il Centro traumi pediatrico presso cui centralizzare tutti i traumi in età pre-adolescenziale che avvengono in Puglia. Va implementata la disponibilità dei vari servizi attualmente non presenti, quali la chirurgia toracica e la neurochirurgia, necessari per la cura della patologia traumatica

Fig.2: I tre SIAT della Puglia con i CTS ed i CTZ proposti. Le aree colorate indicano la zona percorribile in un'ora su gomma partendo da ciascun Ospedale



Regole della rete

1. Triage pre-ospedaliero





Regione Puglia

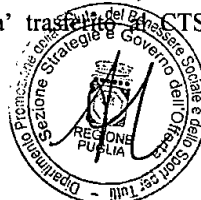


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT
PER TUTTI

Ciascun SIAT rappresenta un'area geograficamente definita, con un CTS di coordinamento (Bari, Foggia, Lecce) e gli altri Ospedali della rete che concorrono alla cura del trauma maggiore in relazione al ruolo ed alle risorse disponibili. Auspicabilmente, ciascun SIAT viene coordinato da una singola Centrale Operativa in considerazione dell'unitarietà funzionale dell'area. Può far eccezione il Tarantino per la peculiarità dell'area vista la presenza di un importante insediamento di industria pesante, fonte di frequenti infortuni sul lavoro. Il servizio del 118 garantisce i trasporti pre-ospedalieri, impiegando i mezzi più competitivi in relazione alla situazione geografica e meteorologica. Ha disponibilità 24 ore su 24 delle risorse in area critica (sale operatorie, postazioni di shock room, posti letto in terapia intensiva) degli Ospedali del SIAT, possibilmente con sistemi informativi in rete, in modo da governare i flussi dei pazienti. Finalità ultima del SIAT è quella di far giungere il paziente con trauma grave nel più breve tempo possibile al luogo di cura definitiva. Per tali ragioni i traumi maggiori devono essere avviati al CTS che deve disporre di almeno due sale operatorie dedicate all'emergenza-urgenza nelle 24 ore, di cui almeno una con guardia attiva. Il riconoscimento di un trauma maggiore sulla scena deve forzatamente dipendere dalla presenza di alcuni criteri indiretti. Un'alterazione di almeno uno dei parametri vitali (respiro, coscienza, pressione) identifica il **codice rosso** che nel 78% dei casi è associato con un trauma maggiore. Se i parametri vitali sono normali, la presenza di un indicatore di meccanismo traumatico ad alta energia identifica il **codice giallo** che è associato al trauma maggiore in una percentuale variabile dal 30 al 60% dei casi, in funzione dell'indicatore utilizzato. Tutti i codici rossi e gialli di triage devono essere avviati al CTS (*centralizzazione primaria*) con le seguenti eccezioni:

- a. I caso di grave instabilità cardio-respiratoria, non controllabile sulla scena e in funzione dell'equipaggio disponibile in loco, la Centrale può disporre che il paziente venga trasportato all'Ospedale più vicino della rete. Dopo la stabilizzazione (anche con provvedimenti chirurgici se necessari) il paziente verrà trasferito al CTS o ad un CTZ in funzione delle problematiche da trattare (*centralizzazione secondaria*)
- b. Se il CTS ha le sale operatorie per l'emergenza-urgenza occupate per contemporaneità di eventi, il paziente può essere avviato al CTZ dell'area, ove potrà ricevere la cura definitiva in caso di competenze adeguate in sede. In caso contrario, il paziente dopo le prime cure verrà trasferito al CTS appena possibile (*centralizzazione secondaria*)
- c. È stato evidenziato che alcuni indicatori di meccanismo ad alta energia sono associati ad una quota elevata di overtriage. Tali indicatori sono essenzialmente il ribaltamento dell'auto, la deformazione delle lamiere, la caduta del motociclista senza separazione dal mezzo ed impatto secondario e l'investimento pedone o ciclista a bassa velocità senza arrotamento/caricamento. Per ridurre l'overtriage al CTS in presenza di tali indicatori e con parametri vitali (respiro, coscienza, pressione) stabili, il paziente può essere avviato ad un CTZ ove riceverà la cura definitiva, in caso di competenze adeguate. In caso contrario, il paziente verrà trasferito al CTS appena possibile (*centralizzazione secondaria*)

132



21



Regione Puglia



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

- d. Qualora il traumatizzato grave abbia ricevuto le cure specialistiche presso un CTS e sia giudicato trasferibile per necessita' organizzative interne o per esigenze di avvicinamento a domicilio, lo stesso puo' essere trasferito presso un CTZ o altra struttura avente le caratteristiche adeguate per la sua accoglienza ed il proseguimento del trattamento (*back transfer*). Il medesimo provvedimento puo' essere applicato ai casi in cui il paziente dopo una prima valutazione presso la shock room del CTS sia stato identificato portatore di lesioni curabili in altra sede.
- e. I bambini (0-14 anni) traumatizzati vengono centralizzati al momento nei tre CTS di coordinamento dei SIAT ove comunque esiste un'esperienza pediatrica consolidata per la presenza di dipartimenti materno-infantili. Localmente devono essere garantiti percorsi differenziati per il bambino e per la sua famiglia, anche attraverso accordi inter-aziendali in caso di mancanza di spazi dedicati, nei vari livelli di intensita' di cure.
- f. Il paziente vittima di evento traumatico senza alterazione dei parametri vitali e senza indicatori di meccanismo traumatico ad alta energia (**codice verde**) viene avviato all'Ospedale piu' vicino sede di pronto soccorso generale e non attiva il trauma team aziendale. In caso di identificazione di lesioni potenzialmente gravi il paziente potra' essere trasferito ad un CTS/CTZ

2. Protocolli assistenziali, registro e mobilita' del personale

I tre CTS coordinano i protocolli di assistenza del SIAT di competenza e organizzano un'attivita' di auditing per la revisione dei casi piu' complessi e l'eventuale aggiornamento dei percorsi di cura. Per garantire gli standard assistenziali come stabilito dal DM 70, i CTS devono avere un'organizzazione del personale ed una logistica adeguati alle funzioni. In particolare:

- a. la sala di emergenza deve garantire la possibilita' di eseguire in loco le indagini di primo livello (radiografie torace, pelvi, arti, ecografia extended FAST, esami point of care) e le procedure di stabilizzazione cardiorespiratoria di emergenza (via aerea, decompressione pleurica, infusioni forzate, emostasi periferiche, toracostomie, toracotomia resuscitativa). Il personale dei tre servizi di prima assistenza al trauma maggiore, chirurgia d'urgenza, anestesia rianimazione, medicina d'urgenza, deve essere dimensionato in modo tale per cui all'arrivo del trauma maggiore si possa costituire un trauma team che si fa carico del percorso del paziente, senza che vengano interrotte le altre attivita' del pronto soccorso
- b. I CTS si fanno carico inoltre di istituire un registro traumi di SIAT che viene regolarmente aggiornato dagli Ospedali della rete. Il registro traumi rappresenta il debito informativo nei riguardi della Regione. Puo' risultare uno strumento molto utile per la verifica di qualita'





Regione Puglia



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

dell'assistenza fornita e per modulare le scelte strategiche in funzione dell'epidemiologia degli eventi.

- c. Al fine di aumentare la competenza specifica del personale sanitario delle strutture afferenti alla rete trauma, deve essere programmata e favorita una graduale partecipazione del personale dei CTZ/PST alle attività svolte nei CTS. Tali partecipazioni si possono organizzare come audit congiunti e programmati delle attività svolte, stage presso i CTS, programmazione di attività formative integrate.

3. Riabilitazione

La riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato deve essere garantita con tempestività già durante le fasi di ricovero nelle strutture dell'Emergenza. Non appena cessino le condizioni che richiedono un ricovero nell'area dell'acuzie, deve essere garantita l'immediata presa in carico del paziente da parte di U.O. di Alta Specialità Riabilitativa (Unità spinali e Unità per Gravi Cerebrolesioni), oppure da parte di U.O. di Medicina Riabilitativa per assicurare trattamenti intensivi per le altre problematiche riabilitative del Paziente. E' quindi indispensabile affiancare la rete traumi ad una rete di strutture riabilitative differenziate da identificare nell'ambito di ciascun SIAT. E' auspicabile l'istituzione di un tavolo regionale specifico per lo studio e la realizzazione rete riabilitativa per il sistema traumi.

4. Requisiti organizzativi e verifica di qualità

La Regione, attraverso l'agenzia deve verificare periodicamente l'esistenza dei requisiti organizzativi nelle singole Aziende in funzione del livello di appartenenza alla rete trauma. Attualmente viene fatto riferimento a quanto declinato dal DM-70, basato sugli standard internazionali¹⁵, a meno di modifiche concordate ad un tavolo tecnico specifico tra Regione, servizio 118 e Aziende Ospedaliere. E' importante inoltre che vengano istituiti dei meccanismi di verifica periodica di qualità di funzionamento della rete, attraverso opportuni indicatori di processo. A tal scopo e' compito dei centri coordinatori assolvere al debito informativo con la Regione attraverso la trasmissione periodica dei dati del registro traumi di macro-area.

RAZIONALE PER IL MODELLO DI GOVERNANCE DELLA RETE TRAUMA

Attualmente le Reti cliniche regionali si articolano in un livello regionale a cui è demandato un ruolo di definizione di scelte strategiche e in sotto reti inter-organizzative di Aree Specializzate. Partendo da questo presupposto è necessario individuare nel modello di governance i tre momenti all'interno dei quali condividere gli organi di governance e le scelte



23

134



Regione Puglia



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

1. Comitato Regionale di Rete

Il Comitato regionale di rete esercita funzioni consultive e propositive per gli atti di programmazione regionale inerenti le Rete cliniche anche avvalendosi della collaborazione dei rappresentanti dei cittadini. Per assicurare la massima omogeneità nello sviluppo delle reti e declinare scelte organizzative che assicurino le sinergie necessarie tra le diverse reti, è necessario istituire il Comitato di coordinamento delle Reti cliniche regionali.

2. Rete Regionale Trauma

La Rete Trauma si avvale di organi comuni con funzioni di coordinamento a livello regionale e tra le aziende partecipanti alla rete in ciascuna Area Vasta.

A livello regionale è necessario costituire il Comitato Strategico per la Rete Trauma composto da:

- 1) professionisti delle aziende sanitarie regionali designati dalle Direzioni Aziendali su indicazione delle Direzioni sanitarie
- 2) professionisti del Nucleo Tecnico della programmazione Sanitaria designati dal Direttore della programmazione
- 3) professionisti di A.Re.S.S. designati dal direttore dell'Agenzia

Vengono individuati, stante la particolare complessità del percorso clinico assistenziale, un Responsabile clinico e uno organizzativo.

Compiti e funzioni

- 1) definizione delle linee di sviluppo della rete;
- 2) monitoraggio e aggiornamento del Percorso clinico assistenziale di riferimento;
- 3) sviluppo degli specifici standard organizzativi, professionali e tecnologici, successivamente da integrare anche nel sistema di accreditamento istituzionale;
- 4) coordinamento delle azioni per l'implementazione della rete;
- 5) monitoraggio del funzionamento complessivo della rete attraverso indicatori di processo e di esito e standard di riferimento, audit clinico ed organizzativo annuale a livello regionale e *site visit* semestrali presso le strutture coinvolte;
- 6) messa a punto dei programmi di formazione.

3. Sotto Reti inter-organizzative

La Rete Trauma è organizzata in tre sotto-reti di Area Vasta. Hanno una valenza operativa per assicurare il coordinamento tra i diversi provider per la completa attuazione del percorso clinico assistenziale. Le sotto reti inter-organizzative attuano una forma di collaborazione stabile e strutturata tra unità operative e/o professionisti appartenenti ad aziende diverse del SSR che ha ad oggetto il processo di cura del paziente, i servizi di supporto e la circolazione dei professionisti e delle competenze.

Per ogni sotto-rete è costituito un organismo di coordinamento che rappresenta l'articolazione operativo-gestionale del Comitato Strategico Regionale di Rete e assicura la corretta attuazione del

135





Regione Puglia



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

percorso clinico assistenziale secondo procedure condivise e formalizzate anche mediante negozi giuridici ad hoc, agendo come interlocutore unico, nelle procedure di programmazione, nei confronti delle aziende che fanno parte della sotto-rete di Area Vasta.

La rete regionale è articolata, come anticipato, è organizzata in tre sotto-reti di Area Vasta, per ciascuna delle quali è necessario formalizzare un Organismo di Coordinamento, che rappresenta l'articolazione operativo-gestionale del Comitato strategico regionale. Il Board di Area Vasta è composto da professionisti delle aziende sanitarie di Area Vasta designati dalle rispettive Direzioni aziendali. Per ciascun Board di Area vasta vengono individuati, di concerto tra le aziende coinvolte, un responsabile clinico ed un responsabile organizzativo che hanno il compito di pianificare, coordinare e monitorare a livello locale la realizzazione ed il funzionamento della rete con le modalità previste dal Documento di Programmazione di rete.

Compiti e funzioni

- 1) Il board si rapporta con il servizio dell'Emergenza Urgenza e le reti tempo-dipendenti per gli ambiti di competenza.
- 2) I board di Area Vasta, in collaborazione con i direttori/responsabili delle strutture organizzative delle Aziende Sanitarie coinvolte nell'operatività della Rete clinica, realizzano e gestiscono il percorso clinico assistenziale integrato anche mediante negozi giuridici ad hoc ("convenzioni", "accordi di servizio") attivati per disciplinare ed attribuire i livelli di responsabilità, definire obiettivi e risultati coerenti da parte di tutti i soggetti coinvolti e secondo procedure condivise e formalizzate.
- 3) Il board coordina le attività per l'elaborazione dei protocolli e delle procedure per il trattamento delle emergenze traumatologiche, coordina la formazione del personale sanitario e tecnico, effettua il monitoraggio delle prestazioni erogate e degli esiti, definisce le procedure di de-briefing, di rilievo delle non conformità e degli audit. In ogni ospedale della rete vengono formalmente individuati un referente clinico ed un referente organizzativo con il compito di coordinare le attività previste a livello dello specifico stabilimento ospedaliero.
- 4) Il board coordina le attività nei nodi sanitari della rete e i centri che svolgono le funzioni particolarmente specifiche, localizzati in un unico Centro regionale o in centri sovraregionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Centro ECMO di riferimento per le gravi disfunzioni multiorgano, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni. La rete è monitorata da un sistema di indicatori (di processo, tempo ed esito) e da site visit e audit.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

D.P.R. 14/01/97: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Documento Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità' del 2005 in merito all'istituzione di un Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore (SIAT)

DM 70 9/07/2015 "Sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".





Regione Puglia



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

Conferenza Stato Regioni del 30/10/2017: Linee Guida per la revisione delle reti cliniche-le reti tempo-dipendenti

Accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018

Regolamento Regionale n.3/2018 (rete riordino ospedaliero)

BIBLIOGRAFIA

1. Chiara O, Mazali C, Lelli S, et al: A population-based study of hospitalized seriously injured in a region of Northern Italy. *World J Emerg Surg* 2013; 8:32-42
2. Di Bartolomeo, Sanson G, Michelutto V, et al: Epidemiology of major injury in the population of Friuli Venezia Giulia, Italy. *Injury* 2004; 35: 391-400
3. Newgard CD, Schmicker RH, Sopko G, et al: Trauma in the neighborhood: a geospatial analysis and assessment of social determinants of major injury in North America. *Am J Public Health* 2011; 101:669-677
4. Chiara O, Pitidis A, Lispi L, et al: Epidemiology of fatal trauma in Italy in 2002 using population-based registries. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2010; 36: 157-63
5. Konvolinka CW, Copes WS, Sacco WJ: Institution and per-surgeon volume versus survival outcome in Pennsylvania trauma centers. *J Trauma* 1995; 170: 333-340
6. Cooper A, Hannan EL, Bessey PQ, et al: An examination of the volume mortality relationship for New York State Trauma Centers. *J Trauma* 2000; 48: 16-25
7. Pasquale MD, Peitzman AB, Bednarski J, Wasser TE: Outcome analysis of Pennsylvania Trauma Centers: Factors predictive of nonsurvival in seriously injured patients. *J Trauma* 2001; 50: 465-474
8. Chiara O, Cimbanassi S: Organized trauma care: does volume matter and do trauma centers save lives? *Curr Opin Crit Care* 2013; 9: 510-514
9. Baez AA, Lane PL, Sorondo B: System compliance with out-of-hospital trauma triage criteria. *J Trauma* 2003; 54: 344-351.
10. Uleberg O, Vinjevoli P, Eriksson U et al. Overtriage in trauma, what are the causes? *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 1178-83
11. Cook CH, Muscarella P, Praba AC et al. Reducing overtriage without compromising outcomes in trauma patients. *Arch Surg* 2001; 136: 752-56
12. Committee on trauma. America College of Surgeons. Resources for optimal care of the injured patient. Yearbook 2014, Chapter 3, page 23: Prehospital trauma care
13. Potoka DA, Schall LC, Gardner MJ, et al.: Impact of pediatric trauma centers on mortality in a statewide system. *J Trauma* 2000; 49: 237-245.





Regione Puglia



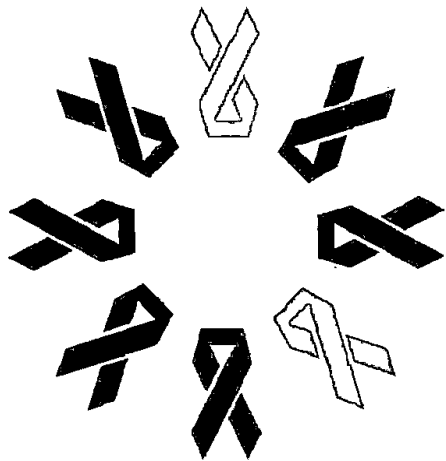
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT
PER TUTTI

14. Osler TM, Vane DW, Tepas JJ, et al: Do pediatric trauma centers have better survival rates than adult trauma centers? An examination of the national pediatric trauma registry. J Trauma 2001; 50: 96-101.





AReS PUGLIA
Agenzia Regionale Sanitaria



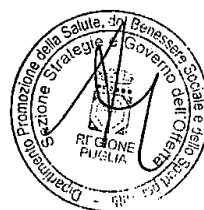
RETE
ONCOLOGICA
PUGLIESE



Rete Oncologica Pugliese

La Rete Oncologica Pugliese

La Rete Oncologica Pugliese.....	2
1. Finalità del documento.....	3
2. Confini e Domini Assistenziali.....	3
3. Analisi del fabbisogno e della domanda.....	3
3.1 Incidenza, mortalità e sopravvivenza.....	3
3.2 Prevalenza: i pazienti, di vecchia e nuova diagnosi, alle prese con il tumore.....	15
4. Analisi del consumo e dell'offerta.....	17
4.1 L'Offerta ospedaliera.....	17
4.2 La dotazione tecnologica per la medicina nucleare.....	31
4.3 La dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica.....	32
5. IL MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE.....	33
5.1 I Principi Organizzativi e di Funzionamento.....	33
5.2 L'Articolazione della Rete e il Modello di Funzionamento.....	35
5.3 Percorsi di funzionamento del modello organizzativo.....	44
5.4 La Ricerca e la Sperimentazione: costituzione del Comitato della Ricerca in Oncologia.....	45
5.5 Disposizioni Transitorie.....	48
APPENDICE.....	49



1. FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Il presente documento fornisce la definizione di avvio del modello organizzativo e dei principi di funzionamento generali della Rete Oncologica Pugliese (ROP), a partire da un'analisi di contesto epidemiologica finalizzata a qualificare il bisogno assistenziale espresso dai pazienti oncologici e a indagare le modalità di articolazione delle dinamiche di consumo di prestazioni sanitarie alla luce dell'attuale modello di offerta.

In quanto documento di avvio è destinato a completarsi nei mesi e negli anni successivi degli atti di costituzione e regolamentazione operative della ROP, oltre che della programmazione annuale disposta dagli organismi di rete sotto forma di progetti assistenziali e di investimento, obiettivi di cura ed esito, PDTA ed evoluzione organizzativa della Rete stessa.

2. CONFINI E DOMINI ASSISTENZIALI

Le previsioni contenute nel documento si riferiscono all'intero ambito regionale e riguardano la presa in carico e l'assistenza della popolazione con sospetto di tumore e malattia conclamata tumorale (che rappresenta circa il 4% del totale degli assistiti pugliesi), dal momento dell'arruolamento in programmi di screening, del primo contatto diagnostico fino alla guarigione o al fine vita e per l'intera lungo-sopravvivenza cronicizzata.

3. ANALISI DEL FABBISOGNO E DELLA DOMANDA

3.1 INCIDENZA, MORTALITÀ E SOPRAVVIVENZA

Le misure attraverso cui è possibile stimare il bisogno di salute sono rappresentate da:

Incidenza: numero di nuovi casi/anno

Mortalità: numero di decessi/anno

Sopravvivenza a 5 anni: percentuale di pazienti con tumore che risulta viva a distanza di 5 anni dalla diagnosi.

Prevalenza: numero di casi nella popolazione/anno, rappresenta il "carico di malattia"

Tali misure vengono fornite dai Registri Tumori, strutture deputate alla raccolta e alla codifica dei casi di tumore che si realizzano in una data popolazione in un definito intervallo temporale. La Regione Puglia dispone di un registro tumori regionale articolato in registri provinciali e in un centro di coordinamento: attualmente, 4 dei 6 registri provinciali risultano accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum).

Nella Regione Puglia ogni anno, si ammalano di tumore circa **20.000 persone**, di cui circa il 45% donne e il 55% uomini (rispettivamente 9.000 e 11.000 casi), oltre ai carcinomi della cute che, per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero, vengono in genere conteggiati separatamente.



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 1 - Incidenza Puglia per tutti i tipi di tumori (escluso cutanei), fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi				Femmine			
Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto	Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	2862	475.3	☺	Bari (2006-2008)	2442	386.2	☺
BAT (2006-2010)	930	414.1	☺	BAT (2006-2010)	782	318.2	☺
Brindisi (2006-2009)	1054	411.6	☺	Brindisi (2006-2009)	918	315.1	☺
Foggia (2006-2008)	1294	418.2	☺	Foggia (2006-2008)	1108	341.3	☺
Lecce (2003-2008)	2261	445.5	☺	Lecce (2003-2008)	1769	306.1	☺
Taranto (2006-2011)	1603	425.2	☺	Taranto (2006-2011)	1342	324.3	☺
Italia (Airtum 38)*	-	473.9	-	Italia (Airtum 38)*	-	346.1	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Tasso: numero di nuovi casi ogni 100.000 abitanti; Confronto: confronto con il dato nazionale

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 5-6 nuovi casi ogni 1.000 uomini e di 4 casi ogni 1.000 donne ogni anno, quindi nel complesso circa 5 casi ogni 1.000 persone.

Non tutte le forme tumorali presentano, tuttavia, la stessa diffusione. I tumori nei maschi registrano una netta concentrazione su cinque sedi neoplastiche che comprendono quasi il 66% dei nuovi casi mentre una minore dispersione si rileva per le femmine con quasi il 59% cumulato da cinque sedi anatomiche maggiori.

Tabella 2 - Tumori più diffusi (Pool Puglia), fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	18,1%
2	Prostata	16,9%
3	Vescica	13,7%
4	Colon-retto	11,7%
5	Fegato	5,3%
(Pool Puglia)		

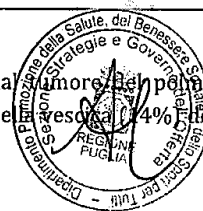
MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Prostata	20%
2	Polmone	15%
3	Colon-retto	14%
4	Vescica	11%
5	Stomaco	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29,2%
2	Colon-retto	13,1%
3	Tiroide	6,9%
4	Corpo dell'utero	5,3%
5	Polmone e bronchi	4,4%
(Pool Puglia)		

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29%
2	Colon-retto	13%
3	Polmone	6%
4	Tiroide	5%
5	Corpo dell'utero	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

Nel sesso maschile la prima posizione è ancora occupata in Puglia dal tumore del polmone che rappresenta il 18% del totale, seguito dal tumore della prostata (17%), del fegato (5,3%) e del colon-retto (11,7%).

AReS Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria

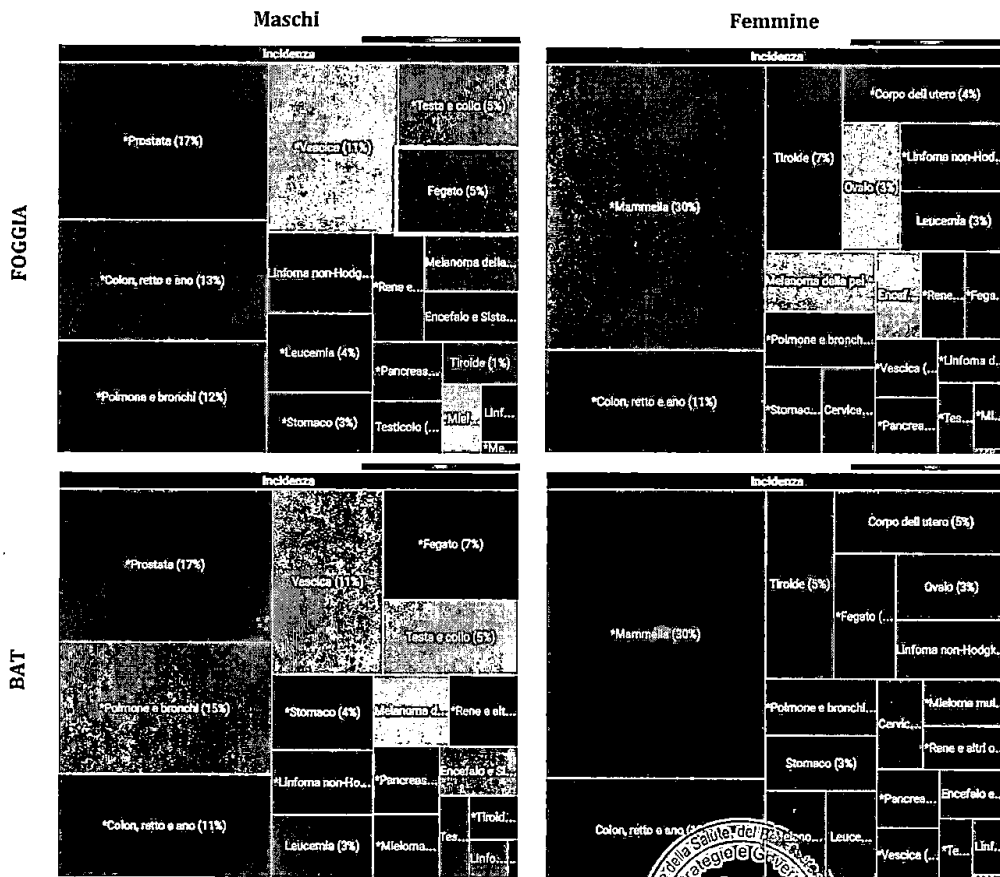


retto (12%) e del fegato (5%): il dato nazionale vede invece al primo posto il tumore della prostata e, tra le cinque patologie più frequenti, si conta il tumore dello stomaco ma non quello del fegato.

Nella popolazione femminile, il tumore della mammella è il tumore più frequente (29% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13%), della tiroide (7%), corpo dell'utero (5%) e del polmone (4%): confrontando i dati pugliesi con quelli nazionali, si osserva che vi è una coincidenza di posizione e di valori nelle prime due patologie, mentre in Italia la terza posizione è occupata dal tumore del polmone (6%), seguito da tiroide e corpo dell'utero.

I grafici che si riportano di seguito rappresentano, per ciascuna provincia e per sesso, la frequenza relativa delle diverse sedi tumorali rispetto al totale: le graduazioni di colore evidenziano eventuali eccessi rispetto al dato nazionale. In tale modo si rende conto delle principali priorità assistenziali, nonché delle criticità territoriali specifiche.

Grafico 1 - Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza significativamente più alto/basso rispetto all'Italia.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza significativamente più alto/basso rispetto all'Italia.

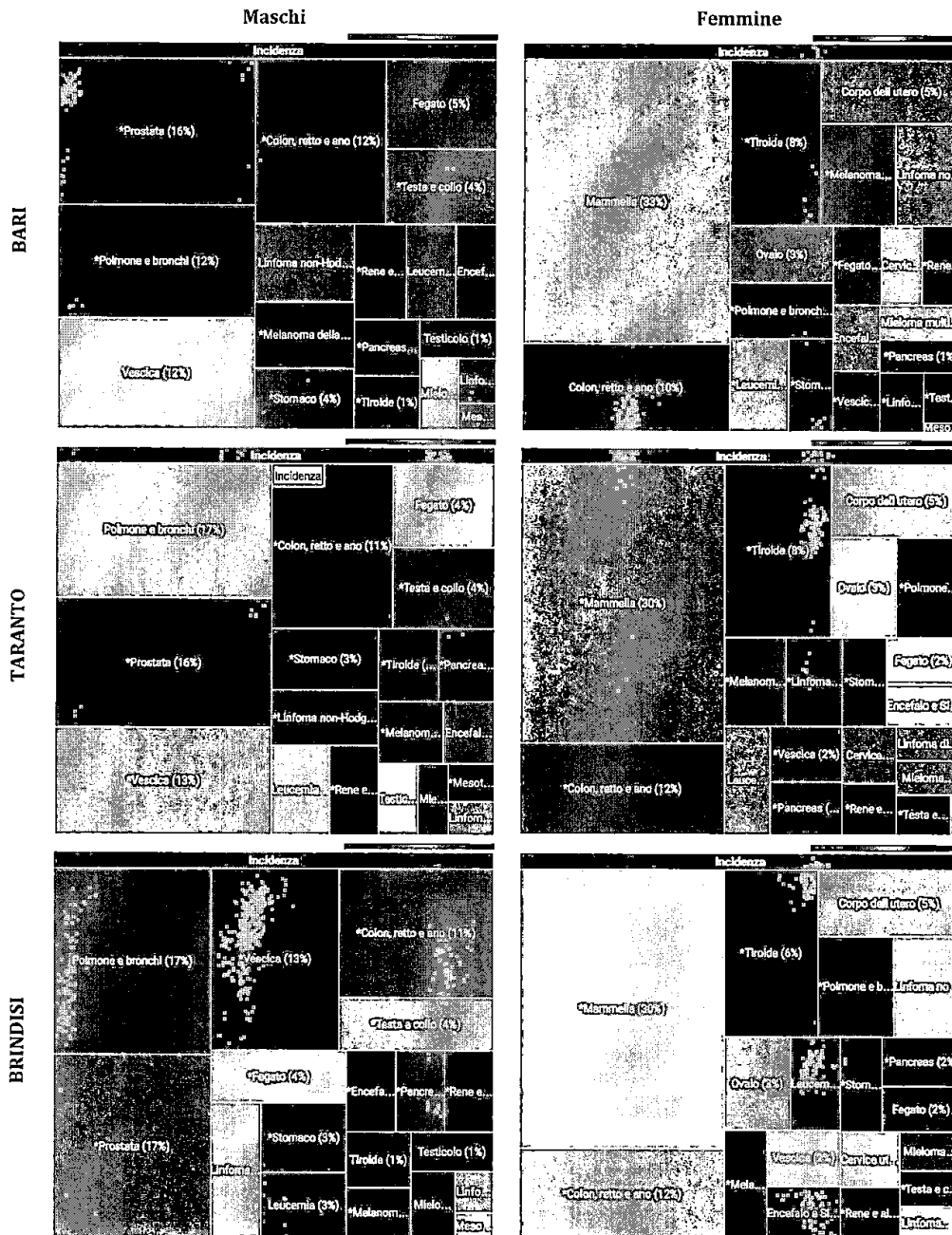
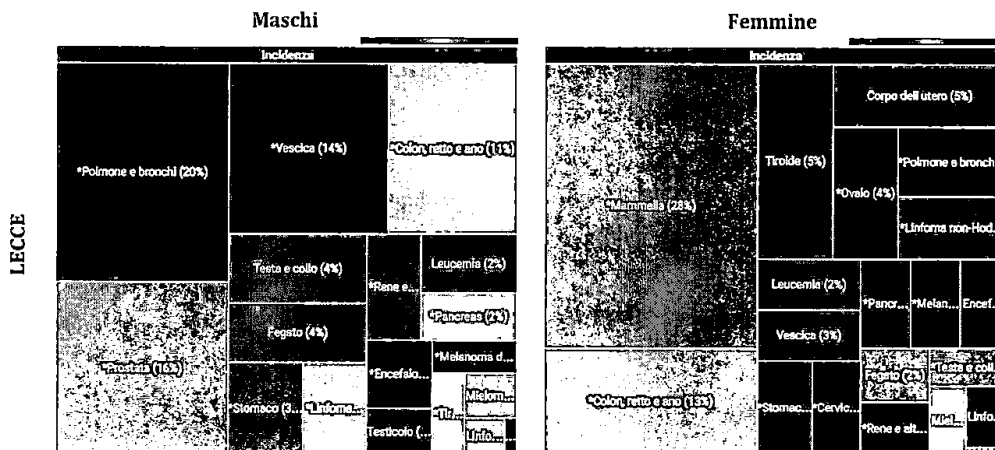


Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (*) hanno un tasso di incidenza significativamente più alto/basso rispetto all'Italia.



I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2013 (ultimo anno al momento disponibile) in circa 9.800 i decessi attribuibili a tumore (58% tra gli uomini e 42% tra le donne) – tra gli oltre 35.800 decessi verificatisi in quell'anno in Puglia. A livello nazionale e regionale i tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Tuttavia va segnalato che i tumori sono la prima causa di morte tra gli uomini (34%), superando, anche se di poco, le patologie cardiovascolari (32%).

Le cinque cause di morte tumorali più frequenti nel sesso femminile vedono ancora al primo posto il tumore della mammella (19%), seguito dai tumori del colon-retto (12%), polmone (8%), pancreas (6%) e fegato (6%); il dato è sovrapponibile a quello nazionale tranne che per l'ultima posizione, che è invece occupata dallo stomaco.

Per il sesso maschile, il tumore dei polmone è responsabile di ben il 30% dei decessi per neoplasia, cui segue il tumore del colon (9%), della prostata (9%), del fegato (7%) e della vescica (6%); anche in questo caso si rileva una differenza rispetto ai valori italiani solo per l'ultima posizione, occupata dallo stomaco.

La probabilità teorica individuale di avere una diagnosi oncologica nel corso della vita (considerando l'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni), viene espressa da una misura chiamata "rischio cumulativo".

Questa misura viene espressa attraverso il numero di persone che, in termini probabilistici, sarebbe necessario seguire nel corso della loro vita, in assenza di decessi, perché una di queste abbia una diagnosi di tumore.

Considerando il rischio cumulativo di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda un uomo ogni due e una donna ogni tre nel corso della loro vita nel periodo 0-84 anni.

Tanto più il tumore è frequente, tanto minore sarà il numero di persone che seguiranno per incontrare una affetta da tumore: una donna ogni 10 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della mammella, un uomo ogni 9 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della prostata e del polmone.

Rete Oncologica Pugliese

Nel complesso si rileva che per tutte le cause tumorali (eccetto carcinomi della cute) nel sesso maschile il dato di incidenza e di mortalità è in tutti i territori inferiore al valore nazionale ma superiore al valore del pool sud; l'andamento nel tempo risulta stabile per l'incidenza e lievemente in riduzione per la mortalità a livello regionale; il dato di sopravvivenza è confrontabile con quello nazionale e migliore del pool sud e indica che, a cinque anni dalla diagnosi, oltre il 50% dei pazienti risulta in vita.

Esaminando il dato di incidenza per area provinciale si rileva come il valore della città di Lecce superi la stima nazionale; il trend è sostanzialmente stabile con l'eccezione della provincia BT dove nell'ultimo periodo si osserva un andamento in riduzione; per la mortalità il decremento nel tempo è più evidente nella provincia di Brindisi mentre non sembra registrarsi a Taranto.

La sopravvivenza per provincia è confrontabile con il dato regionale, lievemente migliore a Brindisi (54%).

Anche nel sesso femminile l'incidenza e la mortalità per tutte le cause tumorali appaiono complessivamente inferiori al valore nazionale ma superiori al dato meridionale; la mortalità per le province Bari e BT mostra i valori più elevati. Mentre la mortalità appare stabile nel tempo si osserva un trend in incremento per l'incidenza. Il dato di sopravvivenza a 5 anni si pone statisticamente al di sopra anche di quello nazionale, pari al 64% (valore nazionale 61%).

Anche in questo caso è il dato di incidenza di Lecce città a mostrare i livelli più alti ma questa volta insieme ai valori di Taranto città: entrambi superano la stima nazionale.

Contrariamente al dato osservato nel sesso maschile, è nella provincia di Brindisi che si osserva più chiaramente un andamento in crescita, mentre a Taranto sembrerebbe nell'ultimo periodo rilevarsi un iniziale decremento.

La mortalità appare sostanzialmente stabile nel tempo. Il dato di sopravvivenza è ovunque sovrapponibile a quello del pool Puglia.

Specifiche criticità territoriali, peraltro già segnalate nei precedenti rapporti e studi condotti da RT Puglia e dalle strutture di epidemiologia del sistema sanitario pugliese, riguardano il tumore del fegato nel territorio nord barese e della BT in entrambi i sessi, e il tumore del polmone nel sesso maschile nell'area jonico-salentina.

Per il tumore del fegato si registrano in entrambi i sessi nel territorio della BT valori di incidenza e di mortalità di gran lunga superiori rispetto a tutte le aree territoriali di confronto. Elevato, anche se in misura molto meno pronunciata, anche il dato di incidenza nel sesso maschile a Taranto città.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 2 - Incidenza Puglia per tumore del fegato, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

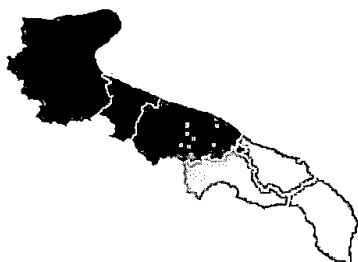
Maschi



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	162	26.9	☺
BAT (2006-2010)	74	32.6	☹
Brindisi (2006-2009)	44	16.6	☺
Foggia (2006-2008)	68	22.0	☺
Lecce (2003-2008)	100	19.3	☺
Taranto (2006-2011)	80	20.8	☺
Italia (Airtum 38)*	-	20.3	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Femmine



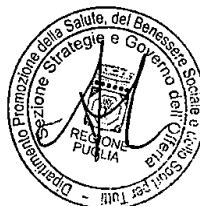
Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	54	8.5	☺
BAT (2006-2010)	40	12.6	☹
Brindisi (2006-2009)	25	6.6	☺
Foggia (2006-2008)	20	6.2	☺
Lecce (2003-2008)	45	5.9	☺
Taranto (2006-2011)	35	6.4	☺
Italia (Airtum 38)*	-	6.5	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Tra gli uomini sembra tuttavia evidenziarsi un andamento in riduzione sia per l'incidenza che per la mortalità, con un dato di sopravvivenza a 5 anni lievemente superiore a quello nazionale (17%). In provincia di Brindisi tuttavia la sopravvivenza si attesta su valori più bassi del pool Puglia e dei confronti nazionali (8%).

Tra le donne il tasso di incidenza BT è doppio rispetto a quello delle altre province e anche la mortalità risulta significativamente più elevata. Si rileva una sopravvivenza a 5 anni pari al 14%, più bassa di quella nazionale (16%) ma uguale a quella meridionale. In questo caso il dato di Brindisi appare però migliore di quello regionale (20%), mentre sembra leggersi una criticità nel dato BT (12%).

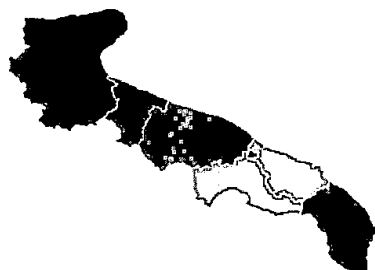
A livello provinciale, per il tumore del polmone nel sesso maschile, i dati di incidenza e mortalità significativamente più elevati si registrano a Lecce, trascinando in alto anche il valore del pool Puglia.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 3 - Incidenza Puglia per tumore del polmone, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	359	59.7	☺
BAT (2006-2010)	143	82.1	☺
Brindisi (2006-2009)	184	70.2	☺
Foggia (2006-2008)	159	51.3	☺
Lecce (2003-2008)	459	88.0	☺
Taranto (2006-2011)	278	71.0	☺
Italia (Airtum 38)*	-	69.3	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

Femmine



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	79	12.5	☺
BAT (2006-2010)	27	10.3	☺
Brindisi (2006-2009)	44	13.8	☺
Foggia (2006-2008)	33	10.1	☺
Lecce (2003-2008)	76	12.0	☺
Taranto (2006-2011)	52	11.9	☺
Italia (Airtum 38)*	-	19.0	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

L'incidenza appare stabile nel tempo mentre la mortalità, che pure rimane superiore ai valori nazionali, mostra un andamento in discesa. La sopravvivenza a 5 anni è pari al 12% (13% è il valore del pool Italia).

I valori più alti si rilevano nel territorio provinciale di Lecce escluso il capoluogo e a Taranto città (valori significativamente maggiori rispetto al resto della provincia e al confronto con Italia e pool sud).

La mortalità appare dovunque in lieve diminuzione, così come l'incidenza a BT e Brindisi, ma non a Taranto. Dati di sopravvivenza inferiori al pool Puglia si evidenziano a Brindisi e Taranto (10%), migliori a Lecce (14%).

Nelle donne il dato pugliese di incidenza è complessivamente molto inferiore rispetto a quello nazionale e più basso di quello del pool sud con l'eccezione della provincia di Brindisi. La mortalità mostra invece valori sempre più bassi. L'incidenza appare in crescita come pure la mortalità ma la sopravvivenza a 5 anni è migliore (20%) di quella registrata in Italia (17%).



Rete Oncologica Pugliese

I valori più elevati di mortalità e incidenza si osservano nelle città capoluogo delle province di Brindisi, Taranto e Lecce. A Lecce in particolare l'incidenza e la mortalità appaiono in crescita. Anche per le donne i valori più bassi di sopravvivenza sono riportati per Brindisi e Taranto e i migliori a Lecce (22%).

Per il tumore più frequente nel sesso femminile, la mammella, i valori provinciali sono tutti più elevati del dato pool sud ma inferiori al dato nazionale, con l'eccezione della mortalità nella ASL BT che appare più alto anche del pool Italia. Mentre l'andamento della mortalità è stabile e perfettamente sovrapponibile con il confronto nazionale, l'incidenza appare in aumento. La sopravvivenza a 5 anni è in linea con quella nazionale.

Grafico 4 - Incidenza Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Femmine



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	818	129.4	☹
BAT (2006-2010)	236	103.7	☺
Brindisi (2006-2009)	279	103.2	☺
Foggia (2006-2008)	342	105.2	☺
Lecce (2003-2008)	505	96.5	☺
Taranto (2006-2011)	407	104.9	☺
Italia (Airtum 38)*	-	112.2	-

*Fonte ItaCan (2006-2009)

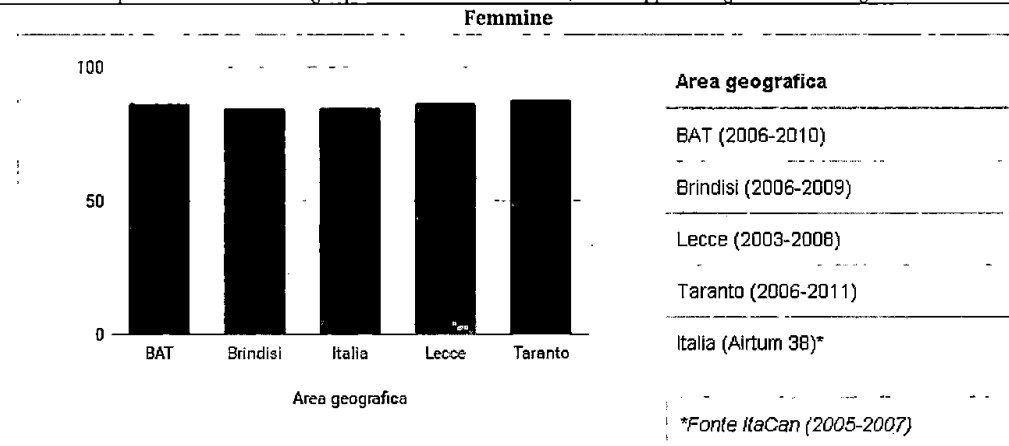
Esaminando i dati provinciali, le città di Lecce e Taranto mostrano valori di incidenza superiori al dato nazionale; il trend di incidenza mostra oscillazioni a BT dove, dopo un iniziale incremento rispetto ai valori 2006, vi è un ritorno ai valori di partenza nel 2010; un andamento al contrario è leggibile in provincia di Lecce, dove il periodo esaminato è però quello compreso tra il 2003 e il 2008; è in decremento a Brindisi e anche a Taranto ma solo negli ultimi due anni osservati (2010-2011). La mortalità 2006-2013 è invece sostanzialmente stabile, lievemente più alta di quella nazionale nell'ultimo periodo a BT e Brindisi, in iniziale discesa a Taranto.

Il dato di sopravvivenza a 5 anni è in linea con quello nazionale, migliore a Taranto (88%), peggiore a Brindisi (85%), ma pari alla stima italiana.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 5 – Sopravvivenza a 5 anni Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



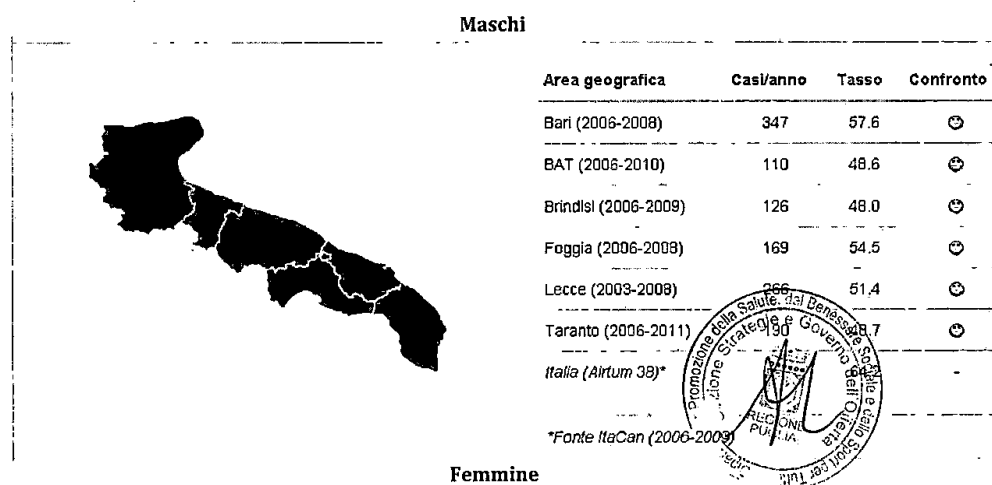
Si rileva un dato di incidenza per tumore dell'ovaio più alto del dato nazionale, in particolare a Lecce, dove risulta alta anche la mortalità.

Per la prostata, il dato di incidenza è di fatto sovrapponibile tra le province pugliesi, sistematicamente più basso rispetto al valore italiano e più alto di quello del sud; la mortalità è in linea con il dato nazionale. I trend sono stabili nel tempo e la sopravvivenza a 5 anni pari al 91% (88% a livello nazionale).

Il tumore dello stomaco mostra in entrambi i sessi valori più bassi del dato nazionale, con i tassi più elevati nella provincia BT tra le donne. L'incidenza e la mortalità appaiono in riduzione ma la sopravvivenza in Puglia è più bassa di quella nazionale in particolare a Taranto.

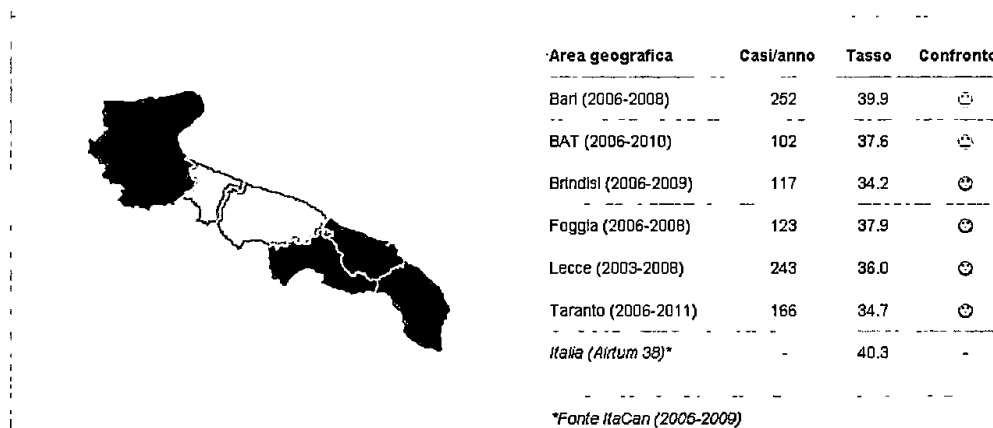
Il colon-retto mostra sia negli uomini che nelle donne tassi omogenei tra le province pugliesi, in linea con quelli del pool sud e inferiori a quelli nazionali. La mortalità più elevata si riscontra a Foggia. I trend appaiono stabili e la sopravvivenza confrontabile con il dato italiano (60% a 5 anni).

Grafico 6 – Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 6 - Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Anche per il pancreas i tassi appaiono in linea con quelli del pool sud, con i valori più alti nelle città di Brindisi, Lecce e Taranto. La sopravvivenza, che per gli uomini è sovrapponibile al valore nazionale (6%) appare invece problematica nelle donne (5% Puglia vs 9% Italia) e in particolare a Taranto (3%).

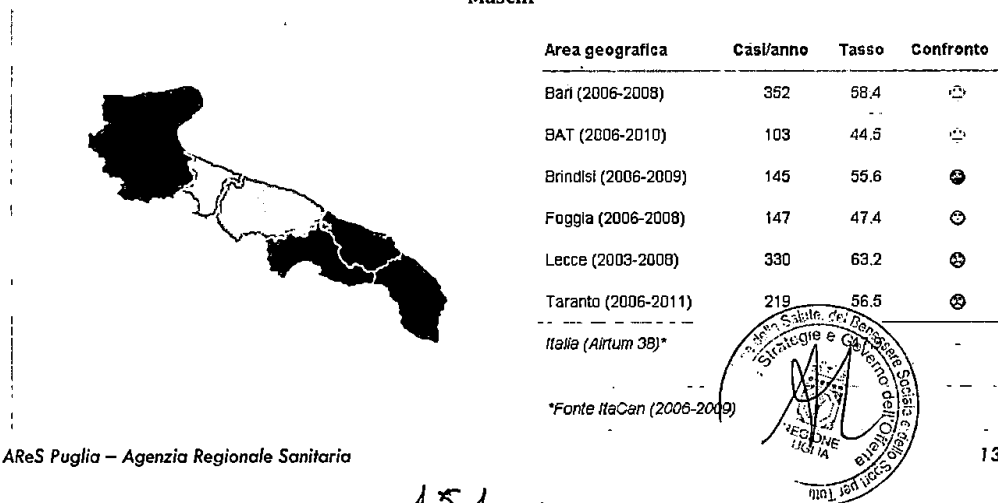
Il tumore del rene e delle vie urinarie mostra nei maschi valori in linea con il dato del pool sud e inferiori a quello nazionale, con i tassi più alti in provincia di Lecce; il dato di sopravvivenza a 5 anni, 63%, è più basso di quello nazionale (67%). Nelle donne i dati pugliesi sono più bassi di quelli meridionali e nazionali e la sopravvivenza migliore (72% vs 69%).

Le stime per il tumore alla vescica negli uomini sono tutte più elevate anche del dato nazionale, con l'eccezione delle province BT e Foggia, e una sopravvivenza a 5 anni più scadente (76% vs. 79%): il dato più alto si registra a Lecce città, seguito da Taranto città. I trend sono generalmente stabili.

Anche l'incidenza femminile mostra i valori più elevati a Lecce, che però rimangono inferiori rispetto al dato nazionale, tranne che a Lecce città. Come per i maschi, tra le donne la sopravvivenza in Puglia è inferiore (72% vs 76%). Il dato è particolarmente critico nella provincia BT (59%).

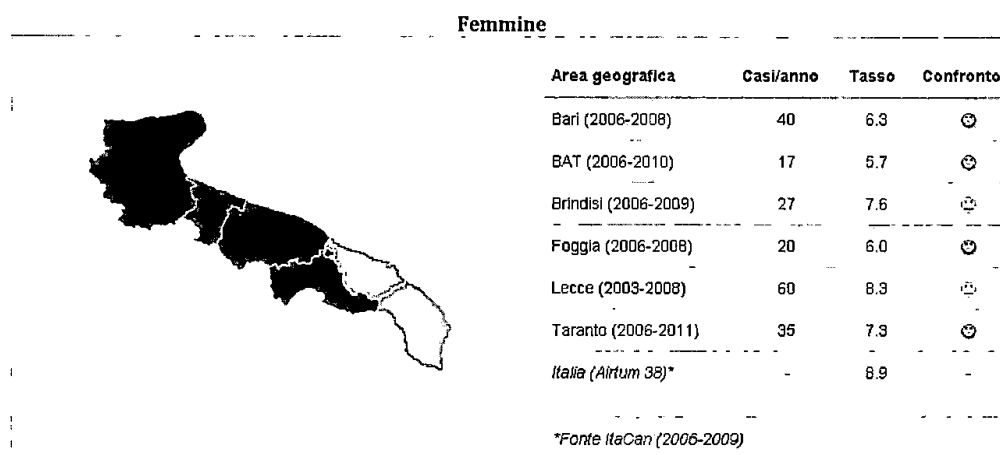
Grafico 7 - Incidenza Puglia per tumore della vescica, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

Maschi



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 7 – Incidenza Puglia per tumore della vescica, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Brindisi e Lecce mostrano tassi di incidenza per tumori dell'encefalo e del sistema nervoso centrale negli uomini più alti del dato nazionale, mentre è ancora Brindisi ma con Foggia a mostrare i tassi più elevati di mortalità. La sopravvivenza a 5 anni, del 20%, è in linea con il valore nazionale. Da rilevare che il dato brindisino si riferisce al territorio provinciale senza il capoluogo. Nella provincia di Lecce, nonostante un andamento in riduzione, il tasso di incidenza rimane in tutto il periodo superiore al dato nazionale, mentre la mortalità dopo il 2009 si abbassa al di sotto del valore italiano. Particolarmente basso il dato di sopravvivenza di Brindisi (15%).

Anche tra le donne il tasso di incidenza più elevato riguarda l'area di Brindisi, mentre per la mortalità vanno segnalati i tassi di Bari e Lecce. La sopravvivenza è di 10 punti percentuali più bassa di quella stimata a livello nazionale (18% vs. 27%). A Brindisi si rileva anche un trend in crescita ma la sopravvivenza migliore della regione (22%).

Il tumore alla tiroide mostra un'incidenza che tende a crescere in maniera importante in entrambi i sessi e in tutte le province (meno evidente tra le donne nella BT). I tassi più elevati caratterizzano la provincia di Taranto e la città di Brindisi; negli uomini è Lecce città a mostrare i valori più importanti. La sopravvivenza (92% negli uomini e 97% nelle donne) è migliore del dato nazionale. La mortalità è in linea con il dato nazionale e stabile nel tempo.

Per le leucemie nei maschi il dato del pool Puglia è superiore al tasso di incidenza dei singoli registri in virtù dei differenti periodi temporali presi in considerazione e delle modificazioni nel tempo dell'andamento temporale: i dati provinciali mostrano un'incidenza più elevata a Brindisi (in particolare nel capoluogo) mentre la mortalità è più alta a Foggia e Taranto. Il trend di incidenza è in discesa, in particolare a Brindisi, ma non a Lecce, la mortalità stabile.

Tra le donne il valore di incidenza più alto si registra a Taranto (tutta l'area) e a Lecce città, di mortalità a Foggia. Mentre a Taranto si registra una netta riduzione nel tempo, nelle altre province il tasso di incidenza appare in crescita nell'ultimo periodo di osservazione.

Nel sesso maschile tutti i dati sui linfomi di Hodgkin appaiono in linea con il dato nazionale; nelle donne si osserva a Brindisi città un tasso più elevato. La sopravvivenza a 5 anni è complessivamente migliore del dato nazionale, in particolare a Brindisi.

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria

Rete Oncologica Pugliese

Nel caso del linfoma non Hodgkin in entrambi i sessi la mortalità più elevata si registra a Bari: l'andamento dell'incidenza appare in lieve aumento, in particolare a Brindisi e a Taranto tra le donne.

Il mesotelioma pleurico come atteso nel sesso maschile mostra i tassi più elevati di incidenza e mortalità a Taranto, seguita da Bari: va segnalato che l'incidenza appare in aumento. Il dato di sopravvivenza, che a livello regionale è in linea con quello nazionale, è critico a Taranto e Lecce sia tra gli uomini (10% regione vs rispettivamente 5% e 8%) che tra le donne, dove l'incidenza è in riduzione.

Un'incidenza elevata di mieloma multiplo in entrambi i sessi caratterizza la provincia BT, in particolare il capoluogo, e Brindisi città, con dati che - almeno nelle donne - appaiono ovunque in riduzione.

3.2 PREVALENZA: I PAZIENTI, DI VECCHIA E NUOVA DIAGNOSI, ALLE PRESE CON IL TUMORE
Dalla Banca Dati Assistito della Regione Puglia aggiornata al 2015 sono stati estratti - attraverso un algoritmo che incrocia i dati di ricovero, di esenzione ticket per patologia neoplastica, di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica con l'anagrafe degli assistibili - i pazienti che mostrano dati di consumo di prestazioni sanitarie riconducibili all'area dell'oncologia.

Tale procedura approssima la stima di prevalenza, ovvero di carico di malattia neoplastica regionale.

I risultati mostrano una prevalenza media pari al 4,3% della popolazione (oltre 165.000 abitanti), lievemente inferiore al dato nazionale pari al 4,5%, con una distribuzione tra i sessi che vede una maggiore presenza femminile (55% vs. 45%), in linea con quanto riportato sui Numeri del Cancro 2015. Le province di Taranto e Bari mostrano in entrambi i sessi un dato di prevalenza superiore alla media regionale.

Tabella 3 - Prevalenza dei tumori in Puglia, fonte BDA - ARoS Puglia

Provincia	Numero Pazienti Oncologici			Tassi Grezzi per 100 abitanti		
	Femmine	Maschi	TOTALE	Femmine	Maschi	TOTALE
BARI	30.732	24.700	55.432	4,7	4,0	4,4
BAT	8.077	6.505	14.582	4,0	3,3	3,7
BRINDISI	8.745	6.877	15.622	4,2	3,6	3,9
FOGGIA	12.865	10.991	23.856	4,0	3,5	3,8
LECCE	15.821	12.891	28.712	3,8	3,3	3,6
TARANTO	15.278	12.211	27.489	5,0	4,3	4,7
TOTALE	91.518	74.175	165.693	4,3	3,7	4,1



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 8 – Tassi grezzi di prevalenza dei tumori per provincia rispetto alla media regionale, fonte BDA AReS Puglia

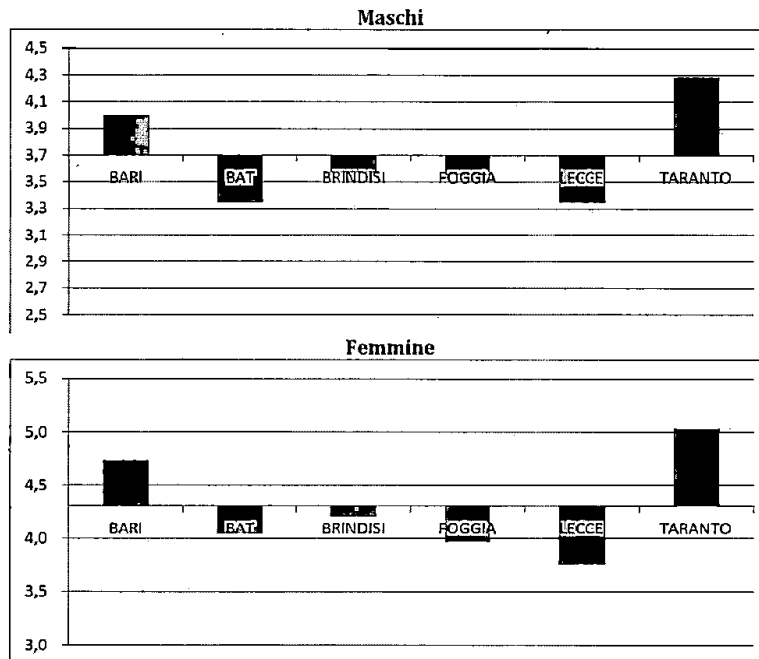
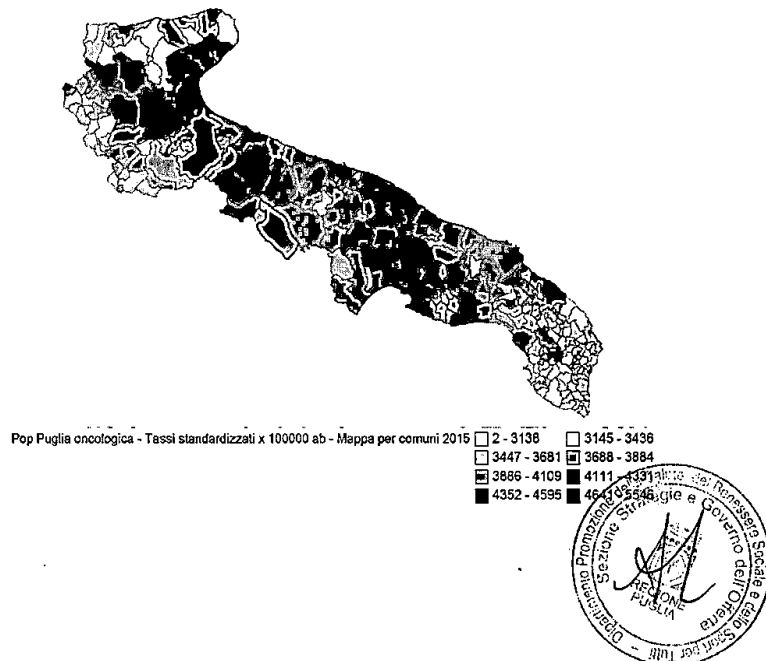


Grafico 9 – Distribuzione di frequenza per comune del dato di prevalenza di tumore, fonte BDA AReS Puglia



4. ANALISI DEL CONSUMO E DELL'OFFERTA

4.1 L'OFFERTA OSPEDALIERA

Nel corso del 2015 sono stati erogati in Regione Puglia 41.410 ricoveri ospedalieri per pazienti con diagnosi principali di tumore maligno, di cui 38.896 per residenti e 2.514 per cittadini provenienti da altre regioni (pari al 6% dei ricoveri). La mobilità attiva più elevata si registra per i tumori del sistema emolinfopoietico (9% dell'erogato in regione).

Considerando il volume complessivo dell'erogato, il 53% dei ricoveri oncologici è costituito da ricoveri chirurgici, con una ovvia variabilità considerando le sedi. Generalmente, l'84% dei ricoveri è stato eseguito in regime ordinario.

In ordine di frequenza, il numero più elevato di ricoveri ha riguardato i tumori maligni degli organi genitourinari, seguiti dai tumori dell'apparato digerente e del peritoneo.

Tabella 4 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi per sede tumorale, Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARoS Puglia

	2015													
	RICOVERI TOTALI RESIDENTI	Ordinari	Day Hospital	Medici	Chirurgici	RICOVERI TOTALI in REGIONE	Distanza (Km) -Atina	% LRA	Ordinari	% Ord	Day Hospital	Medici	Chirurgici	% chirurgia
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	581	431	143	254	297	620	39	6%	443	76%	151	322	314	81%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.771	7.012	739	4.475	3.301	8.208	437	5%	7.450	81%	772	4.715	3.453	43%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI ENTORACICI (160-169)	3.448	3.001	447	2.500	938	3.826	170	5%	3.170	87%	456	2.627	999	28%
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA PIADELLA (170-179)	7.563	5.550	1.983	1.305	6.258	7.509	306	4%	6.820	74%	2.693	1.381	6.508	83%
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (175-189)	8.100	7.608	1.292	2.448	6.652	9.096	506	6%	8.353	88%	1.332	2.581	7.125	74%
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.747	5.300	447	3.798	1.949	6.241	496	8%	5.782	93%	461	4.155	2.088	33%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOPOIETICO (200-209)	4.886	3.246	1.438	3.427	1.299	5.156	472	9%	3.628	70%	1.530	3.723	1.435	28%
TOTALE	38.896	37.382	6.514	12.241	20.655	41.410	2.514	6%	34.877	84%	6.733	19.444	21.966	52%

Nella tabella che segue sono riportate le medesime informazioni per sede tumorale.

Il primo tumore in ordine di frequenza di ricovero è rappresentato dalla vescica, seguito dal tumore della mammella, altri tumori maligni della cute, tumore di polmoni e bronchi e tumore del colon.

Si rileva che per il tumore dei polmoni, si registra una percentuale di ricoveri chirurgici pari al 21%.

La patologia per la quale si registra la più alta mobilità attiva è il linfoma di Hodgkin (16% dei ricoveri), seguito dalla leucemia linfoide (15%).



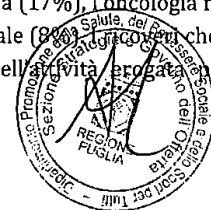
Rete Oncologica Pugliese

Tabella 5 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi per sotto sede tumorale, Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARoS Puglia

	RICOVERI TOTALI RESIDENTI	2015				Di cui: Maligno	% Maligno	2015				Di cui: Maligno	% Maligno
		Ordinari	Day Hospital	Medio	Chirurgico			Ordinari	Day Hospital	Medio	Chirurgico		
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRAS, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	561	433	128	284	297	520	93%	469	108%	151	322	318	61%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.711	7.812	758	4.470	3.301	8.208	106%	7.436	96%	772	4.715	3.493	74%
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-169)	2.443	3.091	447	2.508	939	3.676	150%	3.179	130%	458	2.621	995	39%
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-179)	7.963	5.550	1.593	1.305	8.228	7.669	96%	5.839	74%	2.832	1.591	8.508	107%
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (180-189)	9.100	7.808	1.292	2.445	6.652	9.686	106%	8.263	91%	1.423	2.561	7.225	74%
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDE (190-199)	5.277	5.300	447	2.790	1.949	6.243	118%	5.782	110%	461	4.155	2.028	39%
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMATOPOIETICO (200-209)	4.696	3.240	1.420	3.627	1.229	6.196	132%	3.629	79%	1.620	3.723	1.433	39%
TOTALE	38.296	37.382	6.514	18.241	20.650	41.818	109%	34.877	91%	6.723	19.144	21.866	52%

Guardando la distribuzione di tali ricoveri per disciplina, si rileva che un quarto è stato erogato in reparti di chirurgia generale; in ordine di frequenza segue l'urologia (17%), l'oncologia medica (13%) e l'ematologia (9%). In sesta posizione si colloca la medicina generale (8%) che riportano in diagnosi principale una neoplasia maligna, rispetto al totale dell'attività erogata per disciplina,

156



Rete Oncologica Pugliese

rappresentano il 47% in ematologia, il 40% in oncologia medica, il 37% in chirurgia toracica, il 34% in chirurgia plastica, il 30% in urologia.

Tabella 6 - Numero di ricoveri con diagnosi principale di tumore per disciplina, Anno 2015 fonte Edotto - elab. ARoS Puglia

Disciplina	ORD	DH	Totale	% sul totale oncologici	Ricoveri totali della disciplina	% oncologici sul tot disciplina
CARDIOCHIRURGIA	2		2	0,0%	4.843	0,0%
CARDIOLOGIA	12		12	0,0%	42.436	0,0%
CHIRURGIA GENERALE	9.063	1.168	10.241	24,7%	62.306	16,4%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	208	20	228	0,6%	1.430	15,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	23		23	0,1%	3.853	0,6%
CHIRURGIA PLASTICA	1.566	462	2.048	4,9%	5.959	34,4%
CHIRURGIA TORACICA	1.434	210	1.644	4,0%	4.402	37,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	61		61	0,1%	5.752	1,1%
DAY HOSPITAL	-	121	121	0,3%	839	13,5%
DAY SURGERY	-	27	27	0,1%	114	23,7%
DERMATOLOGIA	494	443	937	2,3%	3.814	24,6%
EMATOLOGIA	2.560	1.161	3.741	9,0%	7.926	46,8%
GASTROENTEROLOGIA	908	62	960	2,3%	12.132	7,9%
GERIATRIA	473	11	484	1,2%	11.315	4,3%
LUNGODEGENTI	65		65	0,2%	2.138	4,4%
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	75	7	82	0,2%	7.848	1,0%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	203	136	339	0,8%	9.800	3,5%
MEDICINA GENERALE	2.964	367	3.331	8,1%	59.843	5,6%
NEFROLOGIA	64	2	66	0,2%	10.731	0,8%
NEUROCHIRURGIA	506		506	1,2%	10.024	5,0%
NEUROLOGIA	267		267	0,6%	17.841	1,5%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1		1	0,0%	2.931	0,0%
OCULISTICA	62	21	83	0,2%	9.335	0,9%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	44	45	0,1%	2.813	1,6%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	309	63	362	0,9%	2.023	17,9%
ONCOLOGIA	4.214	1.335	5.549	13,4%	13.808	40,2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	41	10	51	0,1%	48.536	0,1%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.259	69	1.348	3,3%	70.433	1,9%
OTORINOLARINGOIATRIA	866	122	1.018	2,5%	12.835	7,9%
PEDIATRIA	71	15	86	0,2%	36.335	0,2%
PNEUMOLOGIA	467		467	1,2%	10.834	4,5%
PSICHIATRIA	1		1	0,0%	6.937	0,0%
RADIOTERAPIA	9		9	0,0%	747	1,2%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	6		6	0,0%	14.436	0,0%
REUMATOLOGIA	5		5	0,0%	3.179	0,2%
TERAPIA INTENSIVA	62	10	62	0,2%	5.834	1,6%
UNITA' CORONARICA	7		7	0,0%	5.850	0,1%
UROLOGIA	6.208	827	7.035	17,0%	23.775	29,6%
Totale	34.677	6.733	41.410		556.537	7%

Il 50% dell'attività relativa ai ricoveri che riportano in diagnosi principale una neoplasia maligna è espletato in 5 stabilimenti ospedalieri, il 70% in dieci. Nella tabella seguente, oltre ai ricoveri, in regime ordinario e di day hospital, si riporta anche l'attività eseguita in regime di day service, come risulta dal flusso SDA: tale flusso, essendo stato attivato nel 2015, non rappresenta ancora in modo completo l'attività espletata, ma - riportando le informazioni sulle diagnosi - è in grado di fornire dati sulle prestazioni erogate in favore dei pazienti neoplastici.

ARoS Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 7 – Numero di ricoveri e day service con diagnosi principale di tumore per stabilimento ospedaliero, Anno 2015
 fonte Edotto – elab. ARoS Puglia

STABILIMENTO OSPEDALIERO	ORD	% Ord	DH	Totale RICOVERI	% sul totale	Day service (SDA)	Totale PRESTAZIONI
IEE CASA SOLIEVO - S.G. PROTONDO	5.175	88%	688	7.043	17%		7.151
AO CONS. FOLICINO - BARI	3.945	83%	806	4.751	11%	108	4.859
ST. V. FAZZI - LECCE	2.635	79%	882	3.527	9%	147	3.677
AO OSPEDAU FRUNITI - FOGGIA	2.385	78%	681	3.048	7%	127	3.173
IEE MIJOLI - ACQUAVIVA D. FONTI	2.194	90%	243	2.437	6%	549	2.985
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	1.539	87%	351	1.890	5%	283	2.183
ST. SS. ANNUNZIATA - TARANTO	1.704	97%	161	1.865	5%	1.145	3.010
IROCS ONCOLOGICO - BARI	1.278	83%	264	1.540	4%	27	1.567
IEE CARDINALE PANICO - TRICASE	1.451	95%	78	1.529	4%	64	1.593
ST. F. FERRARI - CASARANO	598	42%	686	1.284	3%	1	1.285
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	910	95%	46	956	2%	27	983
OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)	670	82%	151	821	2%	31	852
OSPEDALE SCUORE DI GESSUGLI FOLCI	812	76%	195	607	2%		607
CDC MATER DEI (CCR) - BARI	775	97%	27	802	2%	45	847
ST. GI. PPE DA COPERTINO - COPERTINO	433	61%	279	712	2%		712
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	679	100%	2	681	2%		681
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	385	62%	227	592	1%		592
IROCS DE BELLI - CASTELLANA	488	98%	11	499	1%	12	511
OSPEDALE S. CATERINA NOVELLA - GALATINA	288	66%	151	439	1%	00	529
OSPEDALE "G. TATAPELLA"	308	73%	114	422	1%	1	423
CDC D'AMORE - TARANTO	388	100%		388	1%	25	413
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	388	100%		388	1%	6	374
OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	364	99%	3	367	1%	22	389
OSPEDALE CIVILE MOCHETTA - (BA)	298	100%		298	1%	604	1.102
ST. L. VERIS - SCORRANO	255	87%	38	293	1%		293
CDC PROF. BRICCIOTTI - FOGGIA	286	100%		286	1%	9	277
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	182	60%	84	256	1%		256
STAB. OSPEDALEHO CASTELLANETA	187	80%	50	247	1%	6	253
ST. UMBERTO I - ALTAMURA	233	96%	8	242	1%	68	310
CDC S. MARIA - BARI	228	100%		228	1%	2	228
CDC CASA BIANCA - CASSANO	218	100%		218	1%	9	227
CDC VILLA VERDE - TARANTO	214	100%		214	1%	6	220
STABIL. D. CAMBERLINGO - FRANCAVILLA FONT.	145	75%	49	194	0%	68	250
CDC CITTA' DILECCE - LECCE	184	100%		184	0%		184
CDC S. CAMILLO - TARANTO	180	100%		180	0%		180
OSPEDALE M. GIANNUZZI - MANDURIA	130	82%	29	159	0%	124	283
ST. S. CAMILLO DE LELLIS - MANFREDONIA	81	59%	73	154	0%		154
OSPEDALE CIVILE VEMANDELE II - BISCEGLIE - (BA)	148	100%		148	0%	10	158
ST. T. MASSELLIM - SAN SEVERO	110	79%	29	139	0%		139
OSPEDALE "SAN NICOLA PELEGRINO" - TRANI - (BA)	85	47%	72	137	0%		137
OSPEDALE "M. SARCONI" - TERLIZZI - (BA)	117	97%	4	121	0%	221	342
CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	115	100%		115	0%		115
OSPEDALE FLASTARIA - LUCERA	92	87%	22	114	0%		114
STABILIM. S.M.M. LAURETO - PUTIGNANO	99	94%	8	106	0%	13	118
CDC S. SALUS - BRINDISI	103	100%		103	0%	8	112
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA - TRIGGIANO	87	100%		87	0%	7	94
OSPEDALE CIVILE MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	55	68%	26	81	0%	7	88
CDC BERNARDINI - TARANTO	71	100%		71	0%	9	80
STABILIMENTO UMBERTO I - PASANO	57	96%	3	70	0%	22	92
CDC S. FRANCESCO - GALATINA	66	100%		66	0%		66
OSP. DISTRETT. NORD - CANOSA	85	100%		85	0%		85
STABILIMENTO "MELLI" - SPIRITO VERBOTICO	43	100%		43	0%		43
CDC VILLA SERENA - CDC S. FRANCESCO - FOGGIA	27	100%		27	0%	2	29
CDC S. RITA - TARANTO	27	100%		27	0%		27
ST. GIOVANNI XXIII - BARI	23	100%		23	0%		23
STABILIMENTO "S. CAMILLO" - MESAGNE	17	83%	3	20	0%		20
CDC D.M.N. PROVVIDENZA - BISCEGLIE	11	100%		11	0%	1	12
OSP. DISTRETT. SUD - CORATO	10	100%		10	0%		10
CDC S. MICHELE - MANFREDONIA	9	100%		9	0%		9
CDC ANTHEA - BARI	8	100%		8	0%		8
CDC VILLA LUCIA GIOIA DEL CILE	7	100%		7	0%		7
ST. A. GALATEO - SAN CESARIO	2	100%		2	0%		2
CDC C. MEDICO FIABI - GINOSA	1	100%		1	0%		1
CDC S. MARIA - FOGGIA	1	100%		1	0%		1
CASA DI CURA PROF. PETRUCCIANI	-	-	-	-	-	13	13
POLIAMBULATORIO - TRIGGIANO	-	-	-	-	-	13	13
CASA DI CURA S. FRANCESCO S.R.L.	-	-	-	-	-	2	2
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE - SAN PIETRO V.CO)	-	-	-	-	-	2	2
Totale complessivo	34677	84%	6733	41410		4123	45533



Tabella 8 – Numero di ricoveri e day service con diagnosi principale di tumore per stabilimento ospedaliero e per disciplina, Anno 2015 fonte Edotto – elab. ARoS Puglia

Table with columns for Stabilimento, Discipline (e.g., Oncologia Generale, Oncologia Mammaria), and various metrics (Ricoveri, Day Service). Includes a summary row at the bottom.

I dati che precedono mostrano da un lato una frammentazione di punti di erogazione, con 32 stabilimenti ospedalieri che hanno effettuato meno di 200 ricoveri per patologie tumorali in prima diagnosi e 19 meno di 100.

Dall'altro è possibile riscontrare per alcune discipline una concentrazione in alcune aree, prevalentemente nel barese e nel foggiano.

L'attività delle oncologie mediche pugliesi (reparto con cod. 64) è riportata di seguito, con un focus sull'attrattività extraprovinciale ed extraregionale:



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 9 – Numero di ricoveri con diagnosi principale di tumore totale, di ricoveri di residenti provenienti da altre province e di ricoveri di residenti provenienti da altre regioni per stabilimento ospedaliero e per reparto cod. 64 Oncologia, Anno 2015 fonte Edotto – elab. ARoS Puglia

Struttura	Ricoveri tot	RICOVERI EXTRAPROV	%	RICOVERI EXTRAREG	%
EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	2.772	992	36%	534	19%
OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE (SAN CESARIO)	2.732	166	6%	37	1%
OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	1.422	42	3%	21	1%
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO (MOSCATI)	1.198	66	6%	88	7%
OSPEDALE CASARANO	1.042	6	1%	18	2%
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	1.034	206	20%	15	1%
RCCS ONCOLOGICO - BARI	871	176	20%	42	5%
AC POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	797	142	18%	40	5%
OSPEDALE BARLETTA	779	124	16%	13	2%
AC OSPEDALI RILNITI - FOGGIA	610	96	16%	25	4%
EE CARDINALE PANICO - BARI	397	2	1%	4	1%
CDC VILLA VERDE - TARANTO	132	6	6%	6	5%
CDC CBH MATER DEI - BARI	21	5	24%	2	10%
CDC CITTA' DI LECCE - LECCE/LE'	1	1	100%	-	0%
Totale	13808	2030	15%	845	6%

La struttura con la più alta percentuale di ricoveri da residenti fuori provincia e fuori regione è quella di Casa Sollievo della Sofferenza, che registra anche il più alto numero assoluto di ricoveri.

Di seguito si riportano i dati di attività e di performance dei reparti di oncologia operanti in regione Puglia, con riferimento ai ricoveri ordinari acuti (manca quindi il reparto di Casarano che ha svolto nel 2015 l'attività in regime di day hospital).

Tabella 10 – Indicatori di performance dei reparti di oncologia (cod. 64) – ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto-elab. ARoS Puglia

Disciplina	Azienda sanitaria	Istituto	Reparto	Ricoveri	% su totale	% su Presp.	% su Media	% su N° ricoveri	% su N° letti	% su N° posti letto	% su N° posti letto -11	% su N° posti letto -12	% su N° posti letto -13	% su N° posti letto -14	% su N° posti letto -15	% su N° posti letto -16
64 ONCOLOGIA	LECCE	180171	LECCE "VIAZZI" - SANGESARIO-CAMPISANA	6411	694	120	7,5	11,69	62	66	61%	9%	2,72	91%	61%	2%
64 ONCOLOGIA	AO Ospedali Consortile Policlinico	180807	AO POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	6401	515	1,19	12,34	124	6	64	59%	6%	2,99	100%	61%	3%
64 ONCOLOGIA	TARANTO	180116	CDC VILLA VERDE - TARANTO	6401	132	1,17	0,5	8,0	3	71	61%	3%	2,68	27%	62%	4%
64 ONCOLOGIA	FOGGIA	180906	EE CASA SOLLIEVO - SG. ROTONDO	6401	2.429	1,17	5,09	6,51	29	69	54%	7%	2,94	99%	62%	4%
64 ONCOLOGIA	BARI	180177	OSPEDALE ON. LE BARLETTA	6401	411	1,13	7,63	9,09	4	66	51%	2%	3,11	37%	62%	1%
64 ONCOLOGIA	TARANTO	180172	"APRANTO" SS. ANNUNZIATA - GROTTAGLIE	6411	786	1,13	12,65	10,15	9	64	92%	3%	2,66	37%	60%	2%
64 ONCOLOGIA	LECCE	180299	EE CARDINALE PANICO - TRICASE	6401	366	1,10	7,71	8,7	2	70	61%	2%	3,14	38%	58%	4%
64 ONCOLOGIA	BARI	180147	CDC MATER DEI (COP) - BARI	642	20	1,10	3,91	5,66	0	62	54%	32%	1,24	99%	51%	0%
64 ONCOLOGIA	LECCE	180309	OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	6401	627	1,05	2,93	6,92	3	65	92%	7%	3,19	39%	58%	2%
64 ONCOLOGIA	RCCS Oncologico - Bari	180391	RCCS ONCOLOGICO - BARI	6402	386	1,03	7,44	10,61	5	62	83%	2%	2,29	41%	33%	3%
64 ONCOLOGIA	BRINDISI	180170	DI S. MARIA MESAONE S. PIETRO V. CO. CEGLIEM	6411	498	0,94	9,21	7,25	4	61	49%	3%	2,02	69%	33%	3%
64 ONCOLOGIA	AO Ospedali Riuniti - Foggia	180194	AO OSPEDALI RILNITI - FOGGIA	6401	5	0,69	N.L.	1	0	99	100%	N.L.	1,4	100%	6%	0%
64 ONCOLOGIA	LECCE	180190	CDC CITTA' DI LECCE - LECCE	6401	1	0	N.L.	3	0	100%	N.L.	1	100%	0%	0%	0%

Tabella 11 – Indicatori di performance dei reparti di oncematologia pediatrica (cod. 65) – ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione ARoS Puglia

Disciplina	Azienda sanitaria	Istituto	Reparto	Ricoveri	% su totale	% su Presp.	% su Media	% su N° ricoveri	% su N° letti	% su N° posti letto	% su N° posti letto -11	% su N° posti letto -12	% su N° posti letto -13	% su N° posti letto -14	% su N° posti letto -15	% su N° posti letto -16
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	FOGGIA	180905	EE CASA SOLLIEVO - SG. ROTONDO	6501	666	1,97	4,38	5,83	118	8	69%	9%	1,88	47%	44%	14%
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	IRRF	180171	"VIAZZI" - SANGESARIO-CAMPISANA	6511	296	0,97	4	5,77	8	11	66%	2%	1,94	20%	26%	3%

Per avere un quadro più completo dell'assistenza per le neoplasie infantili, si riporta di seguito la tabella con i ricoveri con diagnosi principale compresa tra codici ICD IX 140-208 nei soggetti di età 0-14 anni per reparto e istituto di cura (escludendo gli ospedali con ricoveri raggruppati nella dicitura altri Istituti, in numero di 7).



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 12 - Numero di ricoveri di soggetti con età 0-14 anni con **diagnosi principale** di neoplasia per stabilimento e disciplina, Anno 2015 fonte Edotto - elab. AReS Puglia

Istituto	Reparto	Day Hospital	Ordinario	Totale	%
AO CONS. POLICLINICO - BARI		8	44	52	13%
	CHIRURGIA PLASTICA		2	2	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		1	1	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	PEDIATRIA	8	41	49	
		1	7	8	2%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
AO OSPEDALE CARDINALE PANICO - TRICASE	PEDIATRIA		2	2	
	UROLOGIA	1	1	2	
		2	5	7	
	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
AO OSPEDALE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	PEDIATRIA	2	4	6	
		33	240	273	67%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
AO OSPEDALE ST. F. FERRARI - CASARANO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	32	231	263	
	PEDIATRIA	1	6	7	
			3	3	1%
AO OSPEDALE ST. GIOVANNI XXIII - BARI	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
			21	21	5%
AO OSPEDALE ST. SS. ANNUNZIATA - TARANTO	CHIRURGIA PEDIATRICA		18	18	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		2	2	
		2	9	11	3%
AO OSPEDALE ST. V. FAZZI - LECCE	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
AO OSPEDALE S. GIUSEPPE - BRINDISI		8	10	18	4%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	10	18	
			4	4	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
Altri istituti	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
		4	7	11	3%
Totale		57	349	406	





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali 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".

Rep. Atti n. ^{143/CSG} del 1 agosto 2019

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 1 agosto 2019:

VISTO l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza";

VISTA l'Intesa, sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato - Regioni di approvazione delle "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992", che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza (G.U. del 17 maggio 1996, n. 114);

VISTO l'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria" che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza - urgenza (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001);

VISTO l'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 concernente: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante sul sistema di emergenza-urgenza";

VISTO il Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" che istituisce il Sistema EMUR, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza (G.U. del 13 gennaio 2009, n. 9);

VISTA la Raccomandazione del Ministero della salute n. 15 del febbraio 2013 recante "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso";

VISTO l'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 agosto 2014 concernente: "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi nelle manifestazioni programmate";

AP

162





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTO il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante il "Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che delinea, in primo luogo, i criteri di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza (G. U. del 4 giugno 2015, n. 126);

VISTA l'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato - Regioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Rep. Atti n. 157/CSR del 7 settembre 2016);

VISTO il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 recante: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." (G.U. 18 marzo 2017 n. 65, S.O. n. 15);

TENUTO CONTO che il Triage è un metodo di attribuzione di un codice di priorità di visita all'interno dei servizi di emergenza ospedaliera (P.S. – DEA) che permette di regolamentare gli accessi, al fine di garantire l'utilizzo delle risorse più appropriate alla gestione del singolo caso;

TENUTO CONTO che l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una modalità di sorveglianza e trattamento del paziente nell'ambito della struttura di emergenza (P.S. – DEA) finalizzata a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO che il sistema Triage viene utilizzato in modo difforme sul territorio nazionale e che le linee guida già emanate necessitano di una revisione e di un aggiornamento anche alla luce delle più recenti esperienze nazionali e internazionali;

CONSIDERATO che nel nostro Paese si sono sviluppate negli ultimi anni, a livello regionale, diverse esperienze di attivazione dell'OBI che non presentano ancora uniformità di definizione delle caratteristiche;

RITENUTO che il sistema Triage e la modalità assistenziale dell'OBI costituiscono metodologie organizzative del lavoro considerate indispensabili per realizzare percorsi di cura appropriati già dal momento dell'accesso alla struttura di emergenza, assicurare l'approfondimento diagnostico e terapeutico in tempi brevi, migliorare la qualità, la sicurezza e l'assistenza delle cure in Pronto Soccorso;

RITENUTO opportuno, quindi, individuare modelli organizzativi uniformi da diffondere a livello nazionale, anche sulla base di quanto già definito nelle scelte programmatiche regionali;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il gruppo di lavoro appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012 ha elaborato sulle due tematiche dell'Osservazione Breve Intensiva e del Triage intraospedaliero;

DATO ATTO che, pur registrandosi una generale tendenza al decremento numerico degli accessi in pronto soccorso, a seguito dell'evoluzione della curva demografica ed epidemiologica si assiste ad un progressivo incremento dei pazienti polipatologici che accedono alle cure ospedaliere urgenti e per i quali è cruciale la corretta gestione della fase di de-ospedalizzazione;

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraccollimento (*overcrowding*) interferisce con il normale funzionamento del Pronto Soccorso a seguito della sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e umane, delle strutture;

Mp

163





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

CONSIDERATO che il fenomeno del sovraccollamento può generare un incremento del rischio clinico, sia per l'utenza che per gli operatori, e un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure;

RITENUTO opportuno fornire ulteriori indicazioni utili per avviare, a livello regionale e locale, azioni di contrasto al fenomeno del Sovraccollamento dei servizi di P.S. ed alle sue conseguenze, per un miglioramento complessivo delle attività di Pronto Soccorso;

RITENUTO, pertanto, di dover provvedere all'individuazione di linee di indirizzo per lo sviluppo di un piano di gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso che permetta di fronteggiare, secondo procedure strutturate e condivise, il sovraccollamento in Pronto Soccorso, mantenendo la corretta funzionalità dei relativi servizi;

RITENUTO, altresì, di dover procedere alla revisione dei documenti recanti le linee di indirizzo nazionali su Triage intraospedaliero e OBI, originariamente elaborati dal citato gruppo di lavoro costituito presso il Ministero della Salute con decreto del 12 dicembre 2012, al fine di armonizzarne i contenuti con il documento relativo allo sviluppo del piano per la gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso;

PRESO ATTO dei documenti di proposta che il Gruppo di lavoro, appositamente costituito presso il Ministero della Salute con decreto ministeriale del 4 ottobre 2018, ha revisionato in tema di OBI e Triage ed elaborato in tema di gestione del fenomeno del sovraccollamento in Pronto Soccorso;

VISTA la nota pervenuta il 28 maggio 2019, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la bozza di accordo sui documenti contenenti le Linee guida indicate in oggetto, diramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, a cura dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con nota del 31 maggio 2019;

VISTA la nota del 25 giugno 2019, con la quale il Coordinamento interregionale in sanità ha inviato un documento contenente proposte di modifica al testo dei documenti in parola, tempestivamente diramato, e discusso nel corso della riunione tecnica del 27 giugno 2019;

VISTA la nota del Ministero della salute del 2 luglio 2019, diramata in pari data dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con la quale ha inviato il nuovo testo dell'accordo e relativi allegati;

CONSIDERATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato - Regioni del 3 luglio 2019, è stato rinviato dalle Regioni per ulteriori approfondimenti tecnici;

VISTA la nota del 22 luglio 2019, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato la versione definitiva del provvedimento in parola, trasmessa dal Ministero della salute in pari data, che recepisce le modifiche proposte dal Coordinamento interregionale in sanità;

VISTO il parere tecnico favorevole trasmesso dalla Commissione salute - area assistenza ospedaliera - in data 23 luglio 2019;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni esprimono l'avviso favorevole all'Accordo, con la richiesta che le Regioni, nel rispetto dell'introduzione del codice numerico di priorità da 5 ad 1, possano mantenere il proprio sistema di colori per il triage se già in uso;

MP

164





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome sul provvedimento in parola;

SANCISCE ACCORDO

nei termini di cui in premessa, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano:

1. i documenti di seguito menzionati costituiscono oggetto del presente Accordo e ne sono parte integrante: a) "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero"; b) "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI"; c) "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso";
2. le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso;
3. la Direzione della programmazione del Ministero della Salute entro tre mesi dalla data di approvazione del presente Accordo si impegna ad istituire un Tavolo tecnico per l'individuazione di una metodologia per la determinazione dei costi standard dell'assistenza in OBI e delle relative modalità di remunerazione;
4. la Direzione della programmazione del Ministero della Salute si impegna altresì ad istituire, entro sessanta giorni dalla data di approvazione del presente Accordo, un Gruppo di lavoro per la definizione delle cliniche che danno esito alla codifica di priorità al Triage intraospedaliero e relativo tempo di attesa;
5. alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Cons. Eugenio Galozzi



IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani



GOVERNÒ



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI
SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO





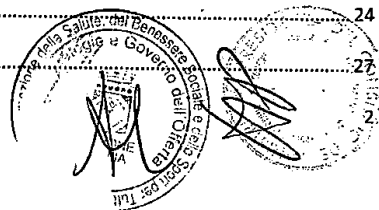
Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

SOMMARIO

Sommario	2
PREMESSA.....	4
1. DEFINIZIONE DI TRIAGE	5
1.1 Finalità	6
1.2 Modello di riferimento	6
2. CODICI DI PRIORITÀ	8
2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità.....	10
2.2 Rivalutazione del codice di priorità.....	11
3. ITER DI PRONTO SOCCORSO	13
3.1 Ammissione in O.B.I.....	13
3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento	15
3.3 Percorsi rapidi (<i>Fast Track, See and Treat</i>)	15
3.4 Organizzazione del percorso pediatrico	16
3.5 Il Pronto Soccorso Ostetrico.....	17
4. STANDARD ORGANIZZATIVI	18
4.1 Requisiti strutturali.....	20
4.2 Risorse Tecnologiche	20
4.3 Risorse Umane	21
5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	22
5.1 Protocolli e procedure	22
5.2 Documentazione Clinica	22
5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella.....	23
6. PRESA IN CARICO	23
6.1 Umanizzazione.....	23
6.2 Condizioni particolari	24
7. FORMAZIONE.....	27

167





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

7.1 Formazione di accesso al Triage 28

7.2 Formazione permanente in Triage..... 29

8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)..... 311

8.1 Il sistema EMUR 311

9. sistema di verifica e qualità 333

10. CONCLUSIONI..... 36

BIBLIOGRAFIA 37

SITOGRAFIA..... 38





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

PREMESSA

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (*boarding*) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (*overcrowding*) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa.

Ci si è quindi occupati di affrontare tale situazione attivando, in linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolar un più appropriato accesso alle cure.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato da:

- D.P.R. 27 marzo 1992 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza".
- ATTO D'INTESA Stato-Regioni del maggio 1996 - "Atto d'intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992".
- ACCORDO Stato-Regioni del 25.10.01 - "Linee Guida su Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso- e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria".
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".

In attuazione di tali atti di indirizzo, nel nostro Servizio Sanitario Nazionale viene introdotta e implementata la metodologia del *Triage* infermieristico, inteso quale strumento per effettuare una idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo, nonché dal grado di impegno delle risorse





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

disponibili.

Le Linee guida del 2001 hanno rappresentato un punto di svolta nel miglioramento del sistema di Triage infermieristico in Italia e ancora oggi costituiscono un valido riferimento. Ciononostante, la loro parziale diffusione sul territorio nazionale e, soprattutto, l'assenza di un modello uniforme e condiviso, con criteri definiti e caratterizzato da un percorso formativo rigoroso, hanno indotto i Professionisti del settore a confrontarsi sulla metodologia e sugli obiettivi da raggiungere per la condivisione di un modello nazionale di riferimento del sistema stesso.

Il ruolo fondamentale assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo sviluppo ed affinamento delle metodologie di valutazione, la migliore capacità di stratificare i gradi di priorità e l'attivazione di percorsi basati sull'intensità di cura hanno portato, analogamente alle più importanti esperienze internazionali, a riconoscere la necessità di modificare l'attuale sistema di codifica a quattro codici.

Alla luce anche del progressivo sviluppo di sperimentazioni avanzate, quali il "fast track" ed il "see and treat", che rappresentano nuove modalità di realizzazione di soluzioni operative funzionali alla gestione delle emergenze, è necessario individuare strumenti regolatori condivisi che garantiscano l'erogazione di una risposta assistenziale corretta ed appropriata.

In questo contesto si inserisce la necessità di aggiornare ed integrare le Linee guida del 2001 con la finalità di garantire la realizzazione di un sistema di *Triage* infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale, orientato ai nuovi bisogni di salute della popolazione e in linea con le evidenze scientifiche più recenti, che risponda alle attuali esigenze dei contesti operativi, nel rispetto della sicurezza delle cure, con un'attenzione particolare nei riguardi dei soggetti portatori di fragilità psicosociale, così da attuare un corretto approccio valutativo e realizzare, già dall'inizio del percorso di cura, un'adeguata presa in carico della persona.

DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di *Triage* non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza.

La funzione di *Triage* deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore. I servizi di Pronto

170





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Soccorso sviluppano uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di *Triage* garantendo il rispetto dei criteri nazionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine, è necessaria l'attivazione di gruppi multi-disciplinari (medici ed infermieri esperti) che definiscono metodi di monitoraggio del proprio sistema di *Triage*, elaborando ed implementando strategie di miglioramento.

1.1 Finalità

Lo scopo del *Triage* è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i dati ed i segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, mediante l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i e idonei sistemi di monitoraggio.

Gli obiettivi del *Triage* in PS si configurano, pertanto, nelle seguenti azioni:

- Identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento, applicando le procedure idonee a fronteggiare le situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, con la finalità di ridurre il tempo libero da trattamento per tutte le patologie tempo sensibili;
- Attribuire a tutti gli assistiti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo;
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es: patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- Gestire e modificare le priorità clinico- terapeutico- assistenziali sulla base di risorse, contesti e necessità contingenti;
- Garantire l'adeguata e continua presa in carico delle persone in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

1.2 Modello di riferimento

I sistemi di *Triage* implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione inferenziale basata sulla raccolta di dati



171



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage si articola in quattro fasi:

- 1) *Fase della Valutazione immediata* (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) *Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva*:
 - a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
 - b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
- 3) *Fase della Decisione di Triage*: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) *Fase della Rivalutazione*: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

2. CODICI DI PRIORITÀ

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di Triage ed è basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione. Ciò determina la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al Triage corrisponde alla gravità del paziente; soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso.

Nella decisione di Triage, oltre ai sintomi ed al possibile rischio evolutivo, devono essere considerati anche ulteriori fattori che condizionano il livello di priorità e la qualità dell'assistenza da fornire per una corretta presa in carico, come il dolore, l'età, la disabilità, la fragilità, le particolarità organizzative e di contesto. Per questi motivi è necessario che la gestione della lista di attesa avvenga ad opera dell'infermiere di Triage.

La metodologia dell'attribuzione della codifica ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere.

Infatti, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa) per l'inizio del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA), ponderati sulla base degli studi effettuati dalle società scientifiche ed in accordo con la letteratura internazionale. In nessun caso il codice di priorità può essere usato per altri scopi che non siano l'individuazione della priorità dell'accesso alle cure. Eventuali ulteriori codifiche di percorsi clinico assistenziali successivi al Triage, devono essere chiaramente diversificate dal codice di priorità, evitando ulteriori stratificazioni o differenti sistemi di codifica aggiuntiva.

Alla luce dell'esperienza maturata negli anni, considerata la necessità di definire percorsi più appropriati che possono trovare risposte anche nell'ambito della rete dei servizi di Cure primarie o in altri *setting* di cura (come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"), è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica attualmente in uso, basato su quattro codici colore. Ciò è in linea anche con le attuali principali evidenze scientifiche internazionali.

Nel modello proposto si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. Le Regioni possono associare al codice numerico anche il codice colore, secondo quanto riportato nella Tabella 1. *La nuova codifica di priorità e tempi di attesa.*

173





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. L'implementazione della nuova codifica dovrà avvenire progressivamente, entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento.

Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

TABELLA N. 1 – Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

174





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

2.1 Accoglienza e attribuzione del codice di priorità

Con la definizione di Accoglienza in Triage ci si riferisce alla presa in carico globale della persona e alla gestione delle informazioni con i relativi *care givers*, dal momento dell'arrivo in P.S. e durante l'attesa. Questa è una fase critica del rapporto tra il cittadino e il Servizio Sanitario, perché gravata da aspettative emotivamente importanti relative alla necessità di ottenere una soddisfazione rapida del proprio bisogno di salute.

Nelle diverse esperienze internazionali è ormai riconosciuta la complementarità degli interventi sanitari e psicosociali nei confronti della popolazione e con essa la necessità di un supporto agli operatori. E' evidente, quindi, la necessità di una stretta relazione metodologica tra gli aspetti sanitari e quelli psicosociali negli interventi di assistenza e supporto agli utenti.

Per una corretta presa in carico della persona e dei suoi accompagnatori, è necessario prevedere interventi di miglioramento finalizzati alla formazione specifica degli infermieri di Triage sugli aspetti relazionali, la gestione dei conflitti ed il rafforzamento della motivazione.

In previsione del passaggio ai 5 codici numerici/colore, si rende necessario realizzare programmi sistematici per la formazione del personale di triage sul nuovo sistema di codifica, da avviare prima dell'inizio dell'attuazione del nuovo sistema. È necessario, altresì, prevedere una campagna di informazione sul nuovo sistema di codifica al Triage rivolta agli utenti del SSN. Tale campagna informativa dovrà avvalersi di tutti i canali di comunicazione impiegati già come strumenti di divulgazione sanitaria.

Particolare rilevanza rivestono anche gli aspetti della comunicazione e delle capacità relazionali con la persona assistita e con il nucleo familiare soprattutto nella gestione di conflitti e di eventi critici.

A tale scopo, oltre la formazione specifica per l'infermiere di Triage, è opportuno formare più unità di personale e disporre di una funzione di Psicologia aziendale che, sulla base di procedure organizzative concordate, intervenga sia nelle situazioni ritenute più complesse che richiedono un contributo specialistico, sia per sostenere l'equipe assistenziale, attraverso incontri periodici e, eventualmente, la presa in carico di eventi critici.

Per accogliere i cittadini che giungono in PS, è possibile prevedere nella sala d'attesa anche la presenza di personale laico volontario, specificatamente formato, ed autorizzato, attraverso appositi progetti. Questa funzione può essere svolta, ad esempio, da personale appartenente ad Associazioni di volontariato accreditate. Tali figure hanno il compito di rispondere tempestivamente ai bisogni di informazione ed accudimento del paziente e degli accompagnatori, fornendo indicazioni e

175





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

raccogliendone le segnalazioni. Non è richiesta a queste figure alcuna conoscenza sanitaria di tipo assistenziale o clinico, poiché esse non sostituiscono, la funzione del personale sanitario.

Nella gestione complessiva del cittadino-utente-paziente, l'organizzazione degli spazi prevede un'area dedicata alla presa in carico della persona, in quanto entità sociale con una famiglia e un ambiente di riferimento. Con questo si intende considerare, nell'ambito delle attività assistenziali, non solo le valutazioni clinico assistenziali proprie della condizione che porta il paziente al Pronto Soccorso, ma anche la presa in carico della persona stessa nella sua interezza, considerando quindi la sua "umanità". Questa attenzione, che oggi chiamiamo "umanizzazione delle cure", in effetti è un aspetto del piano assistenziale.

Particolare attenzione deve essere posta anche all'implementazione di strategie informative con strumenti quali l'uso di idonea cartellonistica e di sistemi di monitoraggio che aggiornino in tempo reale la situazione del servizio di Pronto Soccorso.

2.2 Rivalutazione del codice di priorità

L'inizio del Triage, ovvero la valutazione sulla porta, deve essere garantito di norma entro 5 minuti a tutti coloro che accedono al Pronto Soccorso.

La rivalutazione rappresenta una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute (v. Tabella n. 2: Modalità e tempi di rivalutazione).

Nella tabella che segue sono riportati, per ognuno dei 5 codici numerici/colore e dei relativi tempi di attesa, le modalità di rivalutazione che comprendono il monitoraggio costante delle condizioni con osservazione diretta o video mediata per i casi di urgenza, la ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione nel caso di urgenze differibili, urgenze minori o non urgenze.

Qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa. A seguito della fase di accoglienza, in sede di Triage è possibile l'attivazione di percorsi di cura predefiniti come i percorsi brevi e i percorsi a gestione infermieristica, sulla base di appositi protocolli.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

TABELLA N. 2 - Modalità e tempi di rivalutazione

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di Rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 IN	RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE - A RICHIESTA DEL PAZIENTE - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	



177



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

3. ITER DI PRONTO SOCCORSO

L'iter di Pronto Soccorso si configura come il percorso successivo all'accoglienza del paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- Ammissione in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. si raccomanda un tempo non superiore alle 8 ore dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

A tale scopo si riporta la Tabella n. 3 "Processo di Pronto Soccorso", dove sono definiti le funzioni di Triage, Pronto Soccorso e OBI, le attività, l'esito nonché i tempi massimi di permanenza ed il tempo massimo per la conclusione delle attività.

3.1 Ammissione in O.B.I.

L'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 44 ore dalla presa in carico al triage.

Il trattamento in O.B.I. può esitare in:

- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- Trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- Invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.



178



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

TABELLA N. 3 - Processo di Pronto Soccorso

Processo di Pronto Soccorso				
FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità	1. Invio diretto in sala d'emergenza		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore
	2. Assegnazione ad uno specifico percorso	2. Assegnazione ad un ambulatorio		
PRONTO SOCCORSO	3. Rivalutazione nell'attesa	3. Avvio di un Fast Track		Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dalla presa in carico al triage
	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	4. Prestazione diretta (See and Treat)	
			1. Affidamento al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)	
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Invio in O.B.I.		
		Dimissione	1. Affidamento al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)	
Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti			

179





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

3.2 Organizzazione dei flussi di trattamento

Al termine della valutazione l'infermiere, assegnato il codice di Triage, può attivare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione, ottimizzando i tempi di presa in carico e trattamento e contribuendo alla diminuzione dei tempi di attesa globale.

L'attivazione dei flussi di trattamento, basati su diversi livelli d'intensità di cura, richiede la redazione di appositi protocolli e la realizzazione delle attività formative utili alla loro implementazione. In particolare, in relazione al livello di complessità del Presidio ospedaliero, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale, è opportuno lo sviluppo di percorsi dedicati per *Fast Track*, *See and Treat*, patologie tempo-dipendenti (rete SCA, rete *Stroke* e rete Trauma grave) e condizioni particolari (fragilità, vulnerabilità).

3.3 Percorsi rapidi (*Fast Track*, *See and Treat*)

Sulla base di quanto affermato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, nel quale si indica di "realizzare all'interno di PS e DEA percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità", appare evidente come sia opportuno prevedere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS/DEA, facilitando, contemporaneamente, l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri. Il *See and Treat* è un modello di risposta assistenziale ad urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati; è un approccio applicabile alla gestione della casistica a bassa intensità di cura e di complessità diagnostica ed organizzativa che si presenta al Pronto Soccorso. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...).

Il *See and Treat* è introdotto in diverse realtà del panorama nazionale, offre risultati riassumibili nella riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso per condizioni di urgenze minori.

In questo modello organizzativo, il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso idonea allo svolgimento delle funzioni previste dai citati protocolli medico-infermieristici approvati dalla Direzione Sanitaria, ove l'infermiere in possesso di formazione specifica applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso



180

15



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

I predetti protocolli devono prevedere modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso

Il *Fast Track* è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica (ad es. oculistica, otorinolaringoiatrica, odontoiatrica, ginecologica/ostetrica, dermatologica), alle quale nella fase di Triage è stata attribuita una codifica di urgenza minore. Anche per questo percorso l'attivazione si avvia dal Triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e di protocolli validati localmente che, in presenza di un quadro di patologia minore con chiara pertinenza mono-specialistica, consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

L'adozione di tali modelli clinici-organizzativi può valorizzare ulteriormente la funzione di Triage, migliorando inoltre l'appropriatezza di trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei PS.

3.4 Organizzazione del percorso pediatrico

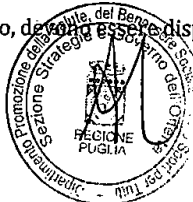
Nella organizzazione del sistema ospedaliero di emergenza-urgenza è fondamentale che si consideri il bambino insieme alla sua famiglia

La Società Italiana di Pediatria ha redatto nel 2008 la Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale che richiama i contenuti della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*) del 1988. Tale documento riconosce che i minori hanno il diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la patria potestà; hanno il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

Le modalità di organizzazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso delineate di seguito sono rispettose dei principi sanciti dalla Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale.

La specificità del Triage pediatrico è data dalla valorizzazione di alcuni parametri/segni/sintomi peculiari delle fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente) e diversi da quelli dell'adulto. Pertanto, il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

All'ingresso nel PS, l'infermiere procede alla valutazione soggettiva ed oggettiva per assegnare il codice di priorità alla visita medica, avvalendosi di specifiche griglie di valutazione di riferimento e di protocolli condivisi e validati. Particolare attenzione deve essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico; a tale scopo, devono essere disponibili ed utilizzati correttamente



181



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

e costantemente, dall'infermiere addetto al Triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fascia di età.

A causa della variabilità del manifestarsi della condizione clinica nei pazienti pediatrici, la fase di rivalutazione assume rilevanza fondamentale. Il bambino, infatti, non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione: tanto più è piccolo, tanto maggiore sarà la difficoltà nella segnalazione dei cambiamenti, per cui è necessario prevedere la ripetizione della rilevazione di uno o più parametri vitali, nonché dell'esame fisico, per confermare o modificare il codice di priorità assegnato all'ingresso.

3.5 Il Pronto Soccorso ostetrico

La gravidanza, il parto e il puerperio sono eventi che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato (POMI, 2000); per loro natura, sono condizioni cliniche a 'rischio evolutivo' che espongono la donna e/o il feto ad un rapido deterioramento delle funzioni vitali.

Tale peculiarità condiziona l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria sia ospedaliero che territoriale, tanto che, nell'ambito della rete tempo dipendente per la Neonatologia ed i Punti Nascita, il triage materno-fetale e neonatale richiede una specifica organizzazione nonché specifiche competenze.

Il quadro normativo di riferimento, oltre la normativa già citata nel documento (TRIAGE), è rappresentato da:

- Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 marzo 2008:
"Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto";
- Raccomandazione Ministero della Salute n. 15 febbraio 2013:
"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso";
- Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN);
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO).

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al Pronto Soccorso per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una



182

17



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Alla classificazione del codice numerico/colore di priorità per l'accesso alla visita medica devono fare seguito specifici percorsi assistenziali differenziati sia per profilo di rischio ostetrico che per eventuali patologie intercorrenti alla gravidanza, orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

In particolare la valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti (fattori clinici, biologici, sociali, psicologici) e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica.

Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un'adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

Anche l'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito che può essere costituito da:

- ammissione in Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.);
- ricovero presso l'unità di degenza della struttura ospedaliera mediante attivazione della relativa procedura con apertura della scheda di ammissione;
- trasferimento presso altra struttura sede di Centro Hub, garantito con l'attivazione del trasporto STAM (servizio di trasporto assistito materno) o con l'attivazione dello STEN (servizio di trasporto in emergenza neonatale) secondo modalità definite dall'organizzazione regionale.

Il percorso assistenziale Ostetrico è costituito da un piano organizzativo-assistenziale che possa coinvolgere anche il territorio, nell'ottica di favorire la continuità e l'integrazione dell'assistenza al percorso nascita e di disporre di una raccolta anamnestica completa atta a garantire ricoveri appropriati per livello di punto nascita.

Il percorso ostetrico si avvale di specifiche griglie di valutazione, di protocolli condivisi e validati e di strumenti specifici.

4. STANDARD ORGANIZZATIVI

Il Sistema di *Triage* si deve adeguare al Modello Globale fondato su un approccio olistico alla persona in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse del Pronto Soccorso. L'organizzazione specifica deve consentire di:





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui si rivolge alla struttura.
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere adeguatamente formato
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità al trattamento attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.
- Identificare rapidamente le persone che richiedono cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l'approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute.
- Utilizzare il sistema codificato di livelli di priorità.
- Contribuire all'ottimizzazione del processo di cura della persona assistita all'interno del PS anche attraverso l'attivazione e l'inserimento del paziente in particolari percorsi di valutazione (*Fast Track, See and Treat, PDTA*).
- Controllare e regolamentare tutti gli accessi dei pazienti alle aree di visita del PS.
- Disporre di un sistema documentale adeguato.
- Disporre di un sistema adeguato di identificazione del paziente, in linea con le evoluzioni tecnologiche (es. braccialetto, bar code).
- Gestire la lista e l'attesa dei pazienti.
- Fornire assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili agli assistiti.
- Gestire e fornire informazioni agli accompagnatori dei pazienti, in collaborazione con gli altri operatori del PS.

L'organizzazione del Triage deve salvaguardare le esigenze di tutte le persone che accedono alle cure in emergenza urgenza.

La funzione di Triage deve essere attiva presso tutte le strutture sede di PS e garantita continuativamente nelle 24 ore.

Dopo l'accesso, è garantita l'accoglienza e la valutazione da parte dell'infermiere di Triage, l'assegnazione dell'idoneo codice di priorità e l'attivazione del percorso più appropriato tra quelli previsti dall'organizzazione.

Ogni organizzazione realizza protocolli relativi alla valutazione e al trattamento dei quadri sintomatologici più frequenti e/o di maggiore complessità, condivisi con il responsabile di Struttura e di Dipartimento, e organizza attività formative utili alla loro implementazione nonché alla verifica periodica della loro attuazione.

Le attività accessorie al Triage (registrazione dei dati anagrafici, supporto logistico, assistenza di base) si svolgono sotto la responsabilità dell'infermiere che può avvalersi di personale amministrativo o personale sanitario di supporto per la loro esecuzione.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

4.1 Requisiti strutturali

Nella definizione e progettazione dell'architettura e degli spazi, si deve tener conto della tipologia dell'ospedale e del processo metodologico di Triage.

La funzione di Triage intraospedaliero deve essere espletata in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e l'area Triage deve essere immediatamente identificabile per tutti coloro che accedono al Pronto soccorso.

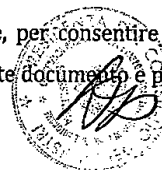
Gli elementi fondamentali necessari a garantire il rispetto della *privacy* e l'adeguata funzione di Triage attraverso le 4 fasi (valutazione sulla porta, raccolta dati, decisione di Triage, rivalutazione), sono rappresentati da:

- ambienti dedicati all'area accoglienza, segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori;
- ambienti dedicati all'area Triage dotati di:
 - postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso;
 - locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali;
 - sale di attesa per pazienti non deambulanti (minimo 50 mq con spazio di manovrabilità per barelle e carrozzine), pazienti deambulanti (orientativamente 80-100 mq per 1 PS *Spoke*), pazienti pediatrici, persone in condizioni di fragilità, attigui all'area Triage in modo da consentire la sorveglianza continua da parte dell'Infermiere e la rivalutazione (osservazione diretta e/o telematica);
 - sale di attesa per pazienti ambulanti, autosufficienti, già sottoposti a Triage e per i loro accompagnatori (orientativamente 80-100 mq per Pronto Soccorso *Spoke* con 25.000 accessi/annui).
- altri ambienti:
 - sale riservate ai pazienti pediatrici;
 - sale riservate ai pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa;
 - sale riservate a persone in condizioni di fragilità e vittime di abuso;
 - locali per gli assistenti sociali, per la comunicazione dei lutti o delle gravi malattie, per le necessità sociali degli accompagnatori;
 - servizi igienici, anche per disabili, punti acqua e ristoro facilmente accessibili dalla sala di attesa.

4.2 Risorse Tecnologiche

L'area Triage e post Triage dispone di risorse adeguate, materiali e tecnologie, per consentire la realizzazione di un sistema strutturato secondo le linee guida contenute nel presente documento e per

185



20



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

il mantenimento di appropriati standard qualitativi.

- In particolare, la dotazione comprende anche:
 - Impianto gas medicali (area compressa, Ossigeno, Vuoto);
 - Defibrillatore Automatico Esterno;
 - Elettrocardiografo;
 - Materiali di consumo;
 - Presidi per la gestione dei codici di urgenza differibile e urgenze minori;
 - Farmaci.

4.3 Risorse Umane

La funzione del Triage è propria dell'infermiere appartenente all'organico del PS/DEA.

L'organico di Pronto Soccorso prevede una dotazione di personale infermieristico compatibile con il numero di accessi alla struttura, con la complessità delle patologie da trattare, tenendo conto anche della variabilità dei flussi giornalieri e stagionali.

Nei Pronto Soccorso con affluenza superiore a 25.000 accessi l'anno, il Triage deve essere svolto da infermieri dedicati a tale funzione in maniera esclusiva.

Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di Triage è assicurata da una unità infermieristica, dedicata o non, sempre nel rispetto dei criteri previsti dal presente documento.

Per le grandi strutture ospedaliere, è necessario prevedere una unità infermieristica specificatamente addetta alla rivalutazione e sorveglianza della sala d'attesa post Triage, per svolgere in maniera appropriata le attività di monitoraggio sulla potenzialità evolutiva e rassicurazione dei pazienti non ancora visitati.

Pertanto, si prevede come *dotazione minima* nelle 24 ore per:

- P.O. sede di PS semplice: n. 1 unità infermieristica;
- P.O. sede di DEA di I livello: n. 2 unità infermieristiche e n. 1 unità di personale di supporto;
- P.O. sede di DEA di II livello: n. 2 unità infermieristiche, n. 1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione, n. 1 unità di personale di supporto.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di Triage prevede oltre al personale infermieristico, la presenza di personale amministrativo e di supporto adeguato al livello di complessità della struttura.

E' raccomandata la presenza di una figura addetta a garantire la sicurezza dei visitatori e degli operatori.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

5. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

5.1 Protocolli e procedure

Ogni PS dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermieri esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico del servizio ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.

Il sistema di protocolli è articolato per problemi clinici principali e deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano in PS; è aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità della situazione alla quale si riferisce.

Ogni struttura garantisce un periodico aggiornamento, almeno triennale dei protocolli di Triage e si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti.

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione di protocolli e procedure, è necessario considerare con particolare attenzione i seguenti aspetti:

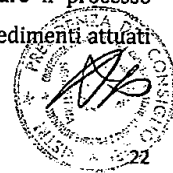
- la comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- la comunicazione/informazione tra il personale del Triage e della sala visita;
- l'osservazione e l'ascolto attento del paziente;
- l'eventuale nuovo accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24 - 48 ore dal primo;
- la valutazione appropriata del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- la compilazione corretta della scheda di Triage;
- la rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- le informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;
- il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- l'allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica.

5.2 Documentazione Clinica

La documentazione clinica di *Triage* e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del Rischio Clinico.

La scheda di Triage è elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato alla attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati

187





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del PS. E' realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

5.3 Monitoraggio Eventi Sentinella

Nelle procedure di gestione del Rischio Clinico devono essere previsti: l'AUDIT Clinico almeno mensile su casi specifici; il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella; il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito. Il monitoraggio consente di costruire od implementare il Percorso Clinico Assistenziale per ridurre la possibilità di eventi avversi con esito fatale e ritardi diagnostici e terapeutici con implicazione sulla durata e severità della prognosi.

Particolare attenzione sarà rivolta alla segnalazione e gestione, con AUDIT Clinico, degli eventi sentinella relativi a:

- Arresto cardiaco improvviso in area Triage;
- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice Triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute);
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute);
- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

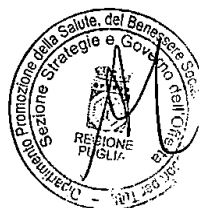
6. PRESA IN CARICO

6.1 Umanizzazione

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Numerosi sono i fattori che fanno diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente: la durata dell'attesa, l'ansia legata alla preoccupazione per la propria salute, le aspettative di risposta rapida.

Il tempo d'attesa in Pronto Soccorso può rappresentare un'opportunità per trasmettere al cittadino informazioni utili e coerenti sull'esperienza che sta vivendo come paziente o accompagnatore. Proprio per questo, si ritiene necessario promuovere una serie di iniziative di "attesa attiva" finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa; tra questi, la presenza di strumenti quali cartellonistica, opuscoli cartacei, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori

188





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

di bevande e cibo; la presenza di display che permettono di conoscere in tempo reale il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero, in modo da tenere aggiornati i pazienti oltre che sul proprio iter anche sul carico di lavoro complessivo del Pronto Soccorso.

La verifica oggettiva da parte del paziente e del familiare del percorso d'assistenza, a partire dall'ora d'accettazione fino all'esecuzione delle diverse prestazioni dà la possibilità di limitare le problematiche connesse alle attese ed è funzionale all'erogazione di una migliore prestazione, diminuendo la possibilità di essere chiamati a gestire situazioni di *front-desk* a forte tensione. Alla cittadinanza sarà garantita maggiore trasparenza attraverso un ottimale livello d'informazioni, costantemente aggiornate.

La presenza di un Referente per la gestione dei conflitti con utenti in attesa può contribuire a migliorare la fase della comunicazione delle informazioni relative alla gestione dell'evento; ad esso si può fare riferimento per questioni relazionali che non riescono a trovare ristoro nella relazione con gli Infermieri di *Triage*. Analogamente, la figura dell'Assistente di sala attesa, da reperire nell'ambito delle Associazioni di volontariato accreditate a livello nazionale o regionale, può svolgere il ruolo di mediatore delle relazioni tra il personale sanitario ed i cittadini.

Nelle strutture ospedaliere a più elevato livello di complessità (nodi *hub* delle reti), può essere prevista la figura dello Psicologo all'interno del Pronto soccorso, il cui intervento è rivolto non solo ai pazienti ed agli accompagnatori, ma anche agli operatori sanitari.

La comunicazione adottata dagli operatori di *Triage* deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori. Per consentire una adeguata comunicazione con gli utenti di altra lingua, è utile anche inserire la figura del Mediatore Culturale in PS o utilizzare supporti tecnologici di traduzione a distanza o schede di accoglienza multilingue.

6.2 Condizioni particolari

Esistono specifiche situazioni in cui il *Triage* rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento di quelle persone che devono trovare adeguate e specifiche risposte alla loro "fragilità" attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati.

In virtù della maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, particolare attenzione viene dedicata ai maltrattamenti e agli abusi sui minori, le donne e gli anziani. Anche i disturbi della sfera psichica richiedono una gestione particolare e dedicata a causa delle conseguenze che si possono verificare all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere di *Triage* è quello di concorrere all'identificazione di tali condizioni rilevando gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso e di attivare, fin dai primi istanti, un percorso personalizzato e di sostegno, agevolando i contatti e le procedure in ambito





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

sanitario, assistenziale, investigativo e giudiziario.

La formazione è una funzione fondamentale e strategica per questi aspetti e deve essere effettuata in modo sistematico e mirato, integrando tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza.

In linea generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di particolari e definite procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa.

6.2.1 Maltrattamenti su minori

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce come maltrattamento infantile o *child abuse* "tutte le forme di abuso fisico e/o psichico, emozionale e/o sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere".

I dati nazionali che quantificano l'incidenza dell'abuso infantile fra 3 a 6 casi su 1000 soggetti sono probabilmente sottostimati.

La tipologia predominante varia in relazione all'età e al sesso del minore: i maschi sono più frequentemente vittime di maltrattamento, e le femmine di abuso, infanticidio e trascuratezza. I bambini più piccoli sono a maggior rischio di maltrattamento fisico, mentre i minori in età puberale ed adolescenziale risultano essere maggiormente vittime di abusi sessuali.

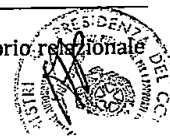
Il maltrattamento, in particolare l'abuso sessuale, è una delle forme più difficili da identificare in ambito di *Triage*, sia per una scarsa propensione del familiare a dichiarare e denunciare la violenza quando perpetrata in famiglia, sia per la difficoltà da parte della vittima a riconoscersi come abusato.

Il ruolo dell'operatore di *Triage*, in caso di accesso al Pronto Soccorso di un minore sospetto vittima di abuso o maltrattamento, è quello di concorrere all'identificazione di tale condizione attraverso la rilevazione degli indicatori anamnestici e clinici di sospetto fin dalle fasi valutative del *Triage*. E' un insieme di sintomi e segni, per lo più aspecifici e sfumati, che possono fare sospettare un abuso anche in assenza di un'anamnesi certa.

Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato in tempi brevi mediante un approccio multidisciplinare, per ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la condotta terapeutica. Per questo motivo è opportuno che ogni Pronto Soccorso, anche se non pediatrico, applichi dei protocolli validati e condivisi per la gestione del bambino abusato.

6.2.2 Maltrattamenti sulle donne

L'Organizzazione delle Nazioni Unite individua nella violenza sulle donne uno squilibrio relazionale



25



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

tra i sessi e il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile. I dati più recenti, emersi dall'analisi di 141 ricerche effettuate in 81 Paesi, evidenziano che il 35% delle donne subisce nel corso della vita qualche forma di violenza.

Nel 30% dei casi la violenza è perpetrata dai *partners*, responsabili del 38% di tutte le donne uccise. La violenza di genere si coniuga in: violenza fisica (maltrattamenti), sessuale (molestie, stupri, sfruttamento), economica (negazione dell'accesso alle risorse economiche della famiglia, anche se prodotte dalla donna), psicologica (violazione del sé).

Una delle sedi in cui più frequentemente è possibile intercettare le suddette vittime è il Pronto Soccorso (PS), luogo dove è possibile avviare interventi che forniscano risposte integrate, anche tramite il raccordo con i servizi territoriali sanitari e sociali.

Il Triage, *pertanto*, rappresenta per la donna vittima di abuso un momento delicato ed importante dal punto di vista psicologico e fisico. Fondamentale è quindi il momento dell'accoglienza che deve tener conto di una persona che presenta un quadro complesso, per atteggiamenti, emozioni e comportamenti, di estrema fragilità/vulnerabilità, con un vissuto di disvalore.

L'infermiere di *Triage* che ha ricevuto una formazione appropriata favorisce l'inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con la presa in carico della vittima coerentemente con i disposti del D.P.C.M. 24 novembre 2017.

6.2.3 Maltrattamenti sugli anziani

Il problema dei maltrattamenti agli anziani, fenomeno più diffuso di quanto lascino intendere i pochi dati disponibili, è stato oggetto di un rapporto presentato dall'Ufficio Europeo dell'OMS, che definisce il maltrattamento degli anziani come "un atto singolo o ripetuto o la mancanza di azioni appropriate che, all'interno di una relazione in cui vi sia un'aspettativa di fiducia, provochino danno o sofferenza a una persona anziana". Le stime riportate nel rapporto sono preoccupanti: circa il 30% degli 8500 omicidi/anno di persone ultrasessantenni sarebbero da porre in relazione a maltrattamenti. Ogni anno almeno 4 milioni (2,7%) di anziani subiscono maltrattamenti fisici, 29 milioni (19,4%) maltrattamenti psicologici, 1 milione (0,7%) abusi di natura sessuale.

I maltrattamenti sono perpetrati principalmente da familiari o talvolta da operatori sanitari e possono assumere varie forme: maltrattamenti fisici (inclusi coercizione fisica e abusi nella somministrazione di farmaci), psicologici e affettivi, abusi sessuali, incuria e abbandono.

Il fenomeno rappresenta sempre più una problematica di salute pubblica e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione. L'operatore di Triage deve tenere presente che l'anziano prova disagio o è timoroso nel denunciare una situazione di abuso oltre che senta possibili le ritorsioni; inoltre, i deficit sensoriali, la senilità e le altre alterazioni dello stato mentale rendono difficile la denuncia.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

6.2.4 Disturbo acuto del comportamento nell'adulto

Per molte persone con alterazioni psichiche, il PS rappresenta il luogo in cui si avvia il primo punto di contatto con una fonte di aiuto.

Di fronte al paziente fortemente agitato, bisogna considerare due elementi fondamentali: la tipologia di esordio, acuta o a lenta evoluzione nel tempo e il rapporto tra il paziente e l'ambiente circostante.

Per l'attribuzione del codice di priorità, è fondamentale considerare quanto la situazione possa essere pericolosa per il paziente stesso e per le persone circostanti. Pertanto, è necessario effettuare una sorveglianza attenta del paziente, garantendo "la sicurezza" degli operatori e del paziente stesso.

6.2.5 Disturbo acuto del comportamento nel minore

Anche in Italia, come in altri paesi, si è registrato negli ultimi anni un significativo incremento degli accessi al Pronto Soccorso di minori con problemi psichiatrici. Nel 70% dei casi si tratta di adolescenti che giungono al Pronto Soccorso in emergenza per aggressività, psicosi acuta, mania acuta, ideazione e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, abuso di alcol o uso di droghe. L'accesso al PS è spesso diretto, tramite il 118 o invio da parte degli specialisti territoriali.

Nel Pronto Soccorso la gravità deve essere valutata sulla base della sintomatologia e del potenziale rischio evolutivo della patologia. Tali situazioni richiedono particolare attenzione a causa dell'ambiguità di alcuni segni e sintomi in età pediatrica e dalla scarsità oppure, al contrario, da un eccesso di informazioni relative all'ambiente familiare e sociale di appartenenza. In alcuni casi, può essere utile intervistare i ragazzi più grandi e gli adolescenti da soli per acquisire informazioni su eventuali abusi subiti, sul consumo di droghe o alcool e su altre condizioni di rischio.

L'infermiere di Triage ha il compito di definire il livello di priorità alla visita medica attraverso una prima valutazione del rischio, con il supporto di apposite scale, ricercando i comportamenti che indicano che il minore deve essere trattato il più presto possibile.

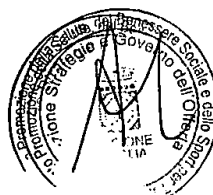
7. FORMAZIONE

La formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresentano lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende sanitarie, deve curare gli aspetti clinico-metodologici e relazionali e prevedere l'addestramento continuo del personale addetto al-Triage. (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013: 4.2).

Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in Team, è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente

192





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

al DEA.

Per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente.

7.1 Formazione di accesso al Triage

Per accedere alla Formazione di Triage sono necessari i seguenti requisiti:

- titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico; esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi;
- titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico *corso teorico* di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

7.1.1 Corso Teorico

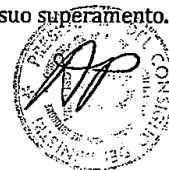
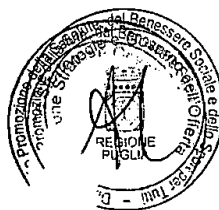
METODOLOGIA DIDATTICA: Si sviluppa attraverso un corso residenziale della durata minima di 16 ore realizzato con metodologie frontali ed interattive.

AMBITI FORMATIVI: Il corso deve prevedere attività formative che si sviluppano nei seguenti ambiti:

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo.
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia nel contesto Triage tra operatori che con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori.
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivate dalla attività di Triage;
4. Acquisire la metodologia per la progettazione l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia.
6. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.

193



28



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

7.1.2 Periodo di affiancamento

Dopo l'abilitazione al Triage, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di durata non inferiore a 36 ore con un tutor esperto. Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in Triage con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante il periodo di affiancamento dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione
2. Collaborazione
3. Autonomia
4. Valutazione finale

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di *Triage* sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento dal tutor.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di tre - sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di *Triage*.

7.2 Formazione permanente in Triage

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario individuare modalità di monitoraggio delle performance del sistema Triage su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
- *Livello regionale*: attraverso la definizione di criteri per la valutazione del sistema Triage utilizzando una metodologia che porti alla condivisione professionale dei medesimi.

Pertanto, si rende necessaria la redazione di un *piano delle attività formative* con definizione di obiettivi triennali che preveda:

- Corsi interni monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati dagli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di equipe o audit.
- Attività di verifica periodica dell'attività di Triage (utilizzo di indicatori e Standard) e di analisi del rischio clinico in Triage.
- Attività di studio e ricerca.
- Partecipazione a congressi, convegni, workshop sul tema specifico del Triage di PS.
- Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Ogni Dipartimento di Emergenza che comprenda nella propria organizzazione il Pronto Soccorso, deve prevedere nel programma di formazione triennale, una componente propedeutica alla funzione

194



*Ministero della Salute*

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

di Triage, che consenta agli infermieri, compresi quelli con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage, di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali.

Inoltre, è necessario che la formazione del personale di Triage venga completata entro due anni con la frequenza di un corso certificato di Supporto Vitale di Base per adulti e pediatrico, un corso sulla Gestione Avanzata delle emergenze mediche, cardiologiche, traumatologiche e pediatriche.

Nei Pronto Soccorso generali cui afferiscono pazienti pediatrici è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di almeno 6 ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.



195

30



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

8. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di governance per:

1. monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati,
2. supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse,
3. supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale,
4. supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità,
5. confrontare ed effettuare benchmarking tra strutture.

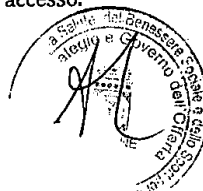
Il conferimento dei dati costituisce inoltre adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale del SSN.

Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

8.1 Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) e successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i sistemi informativi sanitari regionali.

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.



31



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

8.1.2. DATI DA RILEVARE NEL SISTEMA EMUR – TEMPI

Nell'ambito del Pronto Soccorso è necessario rilevare, in particolare, i tempi relativi al percorso del paziente in rapporto ai codici di priorità assegnati. Pertanto, sono da rilevare i tempi relativi alla presa in carico del paziente, all'inizio del percorso diagnostico terapeutico e della prestazione medica, all'esito della prestazione erogata e all'eventuale inizio e termine dell'attività di OBI, nonché i tempi massimi di permanenza in Pronto Soccorso.

Tali tempi e la relativa codifica, in parte già rilevati attraverso il sistema EMUR, sono riportati nella Tabella che segue.

TABELLA 4 – TRIAGE: tempi da rilevare (data e ora)	
T ₀	PRESA IN CARICO AL TRIAGE
T ₁	INIZIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE
T ₂	INIZIO DELLA PRESTAZIONE MEDICA
T ₃	ESITO DELLA PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO
T ₄	INIZIO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
T ₅	TERMINE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Al fine del monitoraggio dei tempi di permanenza del paziente all'interno del PS, è necessario considerare i seguenti intervalli temporali nonché i tempi massimi di riferimento:

T₀ – T₁: presa in carico al Triage
inizio del percorso diagnostico assistenziale per codice di priorità 1-5;

T₀ – T₃: tempo massimo 8 Ore;

T₀ – T₅: tempo massimo 44 Ore.

8.1.3. Dati da rilevare nel sistema EMUR – Codice di uscita da P.S.

L'attività di Triage è caratterizzata dall'assegnazione di Codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti.

197





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche) il medico di Pronto Soccorso ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un *codice d'uscita* rappresentato dai codici colore analoghi a quelli assegnati con altra finalità al Triage. Questa duplice attribuzione di codici colore, in ingresso ed in uscita, crea confusione sia al personale operante nel Pronto Soccorso (medici ed infermieri) che agli utenti stessi. Le due valutazioni non hanno niente in comune: non si deve confondere la priorità dell'accesso alla visita rispetto alla gravità clinica complessiva.

Si ritiene quindi opportuno esprimere il codice di uscita come descrittivo della acuzie clinica del paziente, suddividendola nelle seguenti codifiche:

C = Paziente Critico (almeno un parametro vitale compromesso)

A = Paziente Acuto (stabile con possibile compromissione in breve tempo dei parametri vitali)

D = Paziente Urgente Differibile (stabile che necessita di trattamento non immediato)

M = Paziente con Urgenza minore

N = Paziente Non Urgente (paziente la cui terapia può essere programmata nel tempo).

Il codice di uscita, diverso da quello del Triage, può essere considerato un indicatore di appropriatezza del ricorso alla prestazione di PS. Queste informazioni sono sostitutive del set di dati già rilevati attraverso il sistema EMUR, con l'informazione relativa al *livello di appropriatezza dell'accesso*.

9. SISTEMA DI VERIFICA E QUALITÀ

Considerata l'importanza del Triage intra-ospedaliero in quanto momento fondamentale del percorso del paziente in Pronto Soccorso, l'accuratezza nello svolgimento di questo "processo decisionale" da parte dell'infermiere di Triage, rappresenta un importante "gold standard" da raggiungere. Tale accuratezza va misurata e verificata con metodi oggettivi, al fine di garantire elevati livelli di qualità assistenziale. A tale scopo si utilizzano gli indicatori, secondo una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che consente di mantenere e migliorare la *clinical competence* e gli standard di servizio necessari a garantire un efficace processo di Triage.

Il set di indicatori di processo, insieme agli standard di riferimento, di seguito riportati, costituisce una prima individuazione di parametri di riferimento nazionali, che consentirà non solo il monitoraggio dell'attività ma anche il confronto tra diverse realtà, con l'obiettivo di raggiungere standard di servizio uniformi su tutto il territorio, che allo stato iniziale non vengono considerati cogenti, se non dopo essere validati da un anno di monitoraggio, prima di essere adottati dal nuovo Sistema di Garanzia.

Nella Tabella n. 5 (*set di indicatori e standard di riferimento*) vengono riportati, per ogni indicatore, lo standard di riferimento e il rationale di utilizzo.



198

33



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento			
INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE CRITERIE LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti per i quali è stato attivato un percorso di fast track / totale pazienti eleggibili.	appropriatezza	80% dei pazienti inviati a fast track Accettabile il 50%	<p>Individuazione di differenti modalità organizzative per la gestione degli accessi degli utenti con urgenza minore, finalizzati alla riduzione del sovraccollamento del PS. Realizzazione di percorsi diretti e dedicati a discipline specialistiche, mediante utilizzo di protocolli.</p> <p>Utilizzo da parte del personale infermieristico di protocolli, validati e condivisi con le discipline specialistiche di pertinenza, per l'invio diretto al medico specialista, di pazienti con specifici segni e sintomi.</p> <p>(Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013) (Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012) (DGR 1184/2010 - Emilia Romagna)</p>
% di rivalutazioni del paziente eseguite da Triage (registrate formalmente) sul totale dei pazienti divisi per codici 1-2-3-4-5 che abbiano superato il tempo massimo d'attesa raccomandato.	appropriatezza	<p>90% dei codici 3 che hanno superato il 60'</p> <p>80% dei codici 4 che hanno superato il 120'</p> <p>70% dei codici 5 che hanno superato il 240'</p>	<p>La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, si definisce come attività professionale mirata a mantenere il controllo della condizione degli assistiti durante l'attesa, cogliendo tempestivamente variazioni dello stato di salute.</p> <p>Si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati e ai quali si possono associare iniziative mirate a migliorare l'attesa e il suo confort non necessariamente assicurati dal professionista infermiere.</p> <p>(Linee Guida Triage, Agenas Monitor N°29, 2012)</p>
% pazienti con codice 2 a cui siano stati rilevati (registrate formalmente) almeno due parametri vitali	appropriatezza	95% dei pazienti a cui è stato assegnato il codice di priorità 2	<p>Il codice di priorità 2 deve essere assegnato ai pazienti con rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabili con rischio evolutivo o dolore severo.</p> <p>(LG- Triage Agenas Monitor N°29, 2012)</p>
% di pazienti in emergenza codice 1 che accedano immediatamente al trattamento	appropriatezza	99% dei pazienti accettati con codice 1	<p>Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati</p>





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Tabella n. 5 - TRIAGE: set di indicatori e standard di riferimento			
INDICATORE	TIPOLOGIA DI INDICATORE	STANDARD DI RIFERIMENTO	RAZIONALE CRITERIE LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO
% di pazienti in urgenza codice 2 che accedano al trattamento entro 15 minuti	appropriatezza	85% dei pazienti accettati con codice 2	Gli indicatori consentono di monitorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta secondo i livelli di priorità assegnati
% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono entro 60 minuti	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti con urgenza minore codice 4 che accedono entro 120 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 4	
% di pazienti non urgenza codice 5 che accedono entro 240 minuti	appropriatezza	75% dei pazienti accettati con codice 5	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3 a cui è documentata la valutazione di un indicatore di sofferenza	appropriatezza	80% dei pazienti accettati con codice 3	
% di pazienti in emergenza codice 1, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice emergenza 1	Esito	> 95%	Gli indicatori sono finalizzati a monitorare l'accesso all'ospedale per le attività di ricovero nonché l'eventuale accesso e il trasferimento per codice di priorità assegnato
% di pazienti in urgenza codice 2, ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza 2	esito	> 70%	
% di pazienti in urgenza differibile codice 3, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza differibile 3	esito	> 50%	
% di pazienti con urgenza minore codice 4, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice urgenza minore 4	esito	< 5%	
% di pazienti con non urgenza codice 5, ricoverati o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato codice non urgenza 5	esito	< 1%	

200



35



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

10. CONCLUSIONI

Il presente documento costituisce un aggiornamento delle Linee di indirizzo sul Triage emanate con l'Accordo SR del 2003 e, nel ridefinire la funzione di Triage già descritta in tale norma, sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il Triage è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi:

- individuare le priorità di accesso alle cure;
- indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Si ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso è una funzione infermieristica, svolta da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento.

Il documento contiene alcune novità di particolare rilievo:

- la suddivisione in 5 codici di priorità, allo scopo di meglio ridistribuire la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il "codice verde", essendo di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione;
- nel caso dei codici colore, la scelta dei colori "arancione" e "azzurro" allo scopo di evitare la confusione con altri (rosa, argento ecc.) non indicativi di una priorità d'accesso, ma di un percorso dedicato. Inoltre, per quanto riguarda il numero di livelli, ci si allinea alla maggior parte degli altri Paesi a livello internazionale;
- l'utilizzo del codice di priorità esclusivamente per l'individuazione della priorità di accesso alle cure;
- la presa in carico del paziente avviene al Triage e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica;
- l'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale, in relazione alle competenze acquisite durante il corso di formazione, può essere specificatamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici ed all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni.

Il documento, inoltre, definisce i vari aspetti di continuità all'interno del percorso di cura del paziente in Pronto Soccorso, OBI, ricovero, individuando i limiti temporali delle prestazioni.

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente alle "Linee di indirizzo sull'Osservazione Breve Intensiva" in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.

201





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

BIBLIOGRAFIA

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI LETTERATURA STRANIERA

- American College of Surgeon Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999
- Australian College of Emergency Medicine. GUIDELINES FOR IMPLEMENTATION OF THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE IN EMERGENCY DEPARTMENTS
- Baker D.V. Patients who leave a public Hospital without being seen by a physician: causes and consequences. JAMA 1991; 266: 1085-1090
- Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" dicembre 2000, <http://www.caep.ca/004:cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v52-081.htm>, ultimo aggiornamento 21/10/2003, ultima consultazione 22/11/2003
- Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH: 2001, <http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>, ultimo aggiornamento 14/7/2003, ultima consultazione 29/11/2003
- Derlet R.W, Richards J. R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann. Emerg. Med. 2000 35,1: 63-68
- E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
- Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
- McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?, American Journal of Nursing 2003; 103(3):61-63
- Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 1 - 6
- Weinerman ER, Edwards HR. "Triage" system shows promise in management of emergency department load. Hospitals 1964; 38: 55-62



37



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

SITOGRAFIA

www.acemc.it/

AcEMC – Accademy of Emergency Medicine and Care

www.simeu.it/

SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

www.simeup.com/

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

www.fimeuc.org/

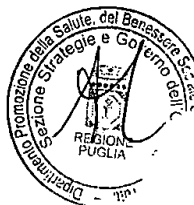
FIMEUC – Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

www.aniarti.it/

ANIARTI – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

www.triage.it/

GFT – Gruppo Formazione Triage





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage Gruppo di lavoro istituito con Direttoriale del 12 dicembre 2012	
Coordinatore	
Francesco Bevere	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Componenti	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Daniele Marchisio	GFT
Segreteria tecnica	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI
SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI**

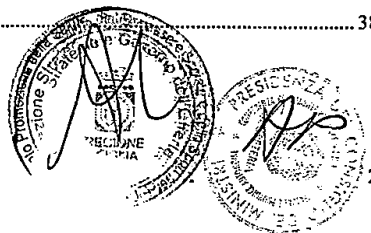




Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

SOMMARIO	
PREMESSA	3
1. ANALISI DEL CONTESTO	4
2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI	5
2.1. Definizione	5
2.2. Funzioni	5
2.3. Localizzazione dell'OBI	5
3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI	7
3.1. Dotazione di postazioni	7
3.2. Dotazione di personale	7
3.3. Dotazione tecnologica	8
4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE	10
4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente	10
4.1.1. ITER DI PRONTO SOCCORSO	10
4.1.2. INVIO IN O.B.I.	11
4.2. Ammissione in OBI	11
4.3. Dimissioni dall'O.B.I.	12
4.4. Criteri di non ammissione in OBI	14
5. RISCHIO CLINICO	15
5.1. Sicurezza della Cure	15
5.2. Documentazione sanitaria	15
5.3. Gestione del rischio	16
6. FORMAZIONE	17
6.1. Formazione di base	17
6.2. Formazione continua	17
7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRIO (NSIS)	18
7.1. Il sistema EMUR	18
7.2. <i>Data minimum set</i> da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI	19
8. INDICATORI	20
9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO	21
10. CONCLUSIONI	22
TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI	24
TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI	30
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	38





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

PREMESSA

Le Unità di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), sono state introdotte nei paesi anglosassoni a partire dagli anni 60 e si diffondono parallelamente all'evoluzione organizzativa dei DEA.

Gli studi di settore condotti per la valutazione dell'efficienza organizzativa del sistema hanno da subito dimostrato un indubbio beneficio delle unità di Osservazione Breve in relazione al miglioramento della qualità delle cure, al sovraccollimento dei pazienti e all'appropriatezza dei ricoveri (ACEP 2003).

In Italia, la normativa nazionale dall'inizio degli anni '90 ha previsto la presenza di posti letto di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Pronto Soccorso (PS) e dei DEA. Il DPR 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996 hanno, infatti, previsto che nei PS e nei DEA di I e di II livello fossero attivate le funzioni di Osservazione e breve degenza. Tale esigenza si ritrova altresì nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, in cui si esprime la necessità di attivare l'Osservazione Breve (OB) quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso.

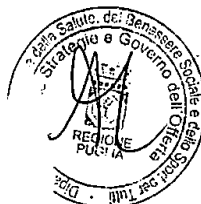
Nel tempo, si è determinata anche l'esigenza di affiancare alla terminologia di Osservazione Breve il termine "Intensiva" per indicare un criterio temporale limitato e l'intensità diagnostica e assistenziale (OBI).

La normativa nazionale, rimasta ferma alla sola enunciazione della necessità di attivare funzioni di OBI nei Pronto Soccorso e nei DEA, con il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 (pubblicato in GU n. 127 del 04.06.15) recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha finalmente previsto anche la modalità organizzativa dell'OBI nell'ambito della funzione di PS. Infatti, il punto 2.2 dell'Allegato 1 al citato D.M. prevede che anche i presidi ospedalieri di base sede di Pronto Soccorso debbano essere dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva.

Tuttavia, molte Regioni e PP.AA, pur in assenza di linee guida condivise che disciplinino terminologia, finalità, standard organizzativi e strutturali, hanno comunque attivato funzioni di OBI in molte realtà, sulla base di specifiche normative regionali. In generale, quasi tutte le norme emanate prevedono la presenza dell'OBI a tutti i livelli di complessità assistenziale dei presidi ospedalieri dotati di servizi di Pronto Soccorso, sebbene in alcuni casi con terminologie diverse da "Osservazione Breve".

La disomogenea presenza sul territorio nazionale di OBI, anche a causa della carenza di riferimenti

207





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

normativi nazionali, ha determinato a tutt'oggi l'indisponibilità di flussi informativi nazionali su tale attività.

L'obiettivo del documento è quello di dettare Linee di indirizzo nazionali per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva nei DEA e nei PS, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da PS e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera. Ciò consentirà di disporre, in breve tempo, anche di un flusso informativo a carattere nazionale utile alla programmazione nazionale per i successivi indirizzi di politica sanitaria.

1. ANALISI DEL CONTESTO

I cambiamenti intervenuti in ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla ridefinizione del ruolo della Medicina d'emergenza - urgenza e alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso, intese non più come luogo di "transito", ma come luogo di diagnosi e cura.

Infatti, nel tempo si è determinata da un lato la prolungata permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso legata alla minore disponibilità di posti letto per acuti e alla richiesta di una maggiore appropriatezza dei ricoveri, dall'altro la possibilità di un migliore inquadramento diagnostico terapeutico, grazie all'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico (es. T.C. multi strato) e laboratoristico (es. biomarcatori cardiaci). Tutto ciò, insieme alla ridefinizione dei criteri per l'accesso dei pazienti acuti ad un livello di cure adeguato alla patologia, ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta.

Si è resa necessaria, pertanto, un'articolazione organizzativa per poter dimettere dal PS un paziente con una patologia acuta risolvibile in tempi brevi, senza ricorrere al ricovero ospedaliero.

Una soluzione organizzativa efficace consiste nella realizzazione di strutture di degenza breve/osservazione clinica ad alta intensità diagnostica, collocate in un'area dedicata del Pronto Soccorso, gestite dai medici e infermieri d'urgenza o presso altre unità operative, quali la Pediatria e l'Ostetricia-Ginecologia, caratterizzate dalla possibilità decisionale di ricovero.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI

2.1. Definizione

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

2.2. Funzioni

Le funzioni dell'OBI si realizzano in:

1. osservazione clinica;
2. terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;
3. possibilità di approfondimento diagnostico - terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

Le conseguenze attese sono rappresentate dal miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e da una maggiore sicurezza nelle dimissioni da P.S. .

Dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

L'OBI pediatrica, in assenza di un P.S. Pediatrico, è una unità funzionale dell'unità operativa di Pediatria.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. Ostetrico, è un'unità funzionale dell'unità operativa di Ostetricia.

2.3. Localizzazione dell'OBI

L'area di OBI è attivata in locali dedicati ed abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'OBI, organizzato in strutture *open-space* e/o a box singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente e deve rispondere ai requisiti organizzativi proposti nel presente





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

documento e rispettare la normativa regionale di riferimento in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

In particolare, l'OBI pediatrica, in assenza di un PS Pediatrico, può essere espletata presso l'UO di Pediatria, qualora questa effettui attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma: in questo caso le postazioni dedicate all'OBI dovranno essere riservate esclusivamente a questa funzione e differenziate dai posti-letto dedicati alla degenza ordinaria; lo spazio architettonico deve tener conto della presenza di un accompagnatore accanto al bambino.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. ostetrico, può essere espletata presso l'UO di Ostetricia e ginecologia.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI

3.1. Dotazione di postazioni

La postazione è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della *privacy* e del *comfort*.

La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso.

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S.

Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente.

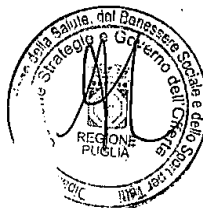
3.2. Dotazione di personale

La dotazione di personale assegnato all'OBI, in modo integrato con il Pronto Soccorso, è proporzionale alle dimensioni della struttura, intendendo per dimensione il numero di postazioni operanti.

Per un modulo di 5-8 postazioni, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e presenza medica non continuativa pari a 60min/die per postazione. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il personale di supporto, è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 ore diurne; nelle ore notturne tale risorsa può essere condivisa con il P.S..

Per dimensioni superiori, da 9 a 15 postazioni, la dotazione di personale è di norma incrementata (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).

Per dimensioni inferiori, fino a 4 postazioni, deve essere considerata la garanzia di adeguata assistenza dedicata, in relazione alla dotazione di personale infermieristico e di assistenza del Pronto Soccorso (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI			
FIGURE PROFESSIONALI	FINO A 4 POSTAZIONI	DA 5 A 8 POSTAZIONI	DA 9 A 15 POSTAZIONI
MEDICO	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
INFERMIERE	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
OSS	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Il personale dell'OBI opera in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, della Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

Per l'OBI pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'UO Pediatria. Se per dimensione l'OBI pediatrica non raggiunge un modulo di almeno 4 postazioni, saranno allestiti per questa funzione, posti letto dell'unità operativa di Pediatria, non considerati nella dotazione totale, utilizzando personale del reparto e/o del Dipartimento Materno Infantile, per un migliore utilizzo delle risorse ed una risposta più efficace ed efficiente.

Nell'OBI ostetrica il personale medico ed ostetrico sarà modulato in base alla dotazione di posti letto.

3.3. Dotazione tecnologica

La dotazione tecnologica è compatibile con i quadri clinici da assistere in OBI.

Ogni postazione di OBI deve avere a disposizione il sistema di erogazione dell'Ossigeno e il sistema di aspirazione. Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotata di sistemi di monitoraggio emodinamico e respiratorio centralizzati collocati nell'area della postazione infermieristica.

Nell'OBI, sia per adulti che pediatrica, oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, sono presenti le seguenti apparecchiature:

- carrello per l'emergenza;
- monitor defibrillatore/stimolatore;





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

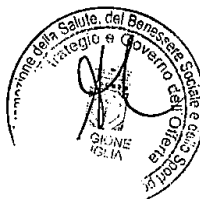
- ventilatore meccanico;
- dispositivi per la somministrazione di Ossigeno nelle diverse situazioni cliniche (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP - Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree);
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali.

Devono, inoltre, essere disponibili nell'ambito del Pronto Soccorso le seguenti apparecchiature:

- ecografo pluridisciplinare;
- emogasanalizzatore.

Nell'OBI pediatrica devono essere presenti le dotazioni di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età.

Nell'OBI ostetrica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (*eco fast*) e un apparecchio di cardiotocografia fetale.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente

L'attività di OBI è caratterizzata dalla definizione di un chiaro progetto clinico ed assistenziale dedicato all'accoglienza del paziente e rivolto, in linea di massima, alla soluzione di problemi a moderata complessità, che possa ancora prevedere l'esito in dimissione a conclusione dell'attività di osservazione.

Il percorso del paziente destinato all'OBI ha inizio con il Triage effettuato all'ingresso del P.S. e prosegue dopo la prima valutazione clinico-strumentale eseguita nell'area di P.S. (v. Tabella 2 - Processo di Pronto Soccorso).

Al fine di garantire corretti tempi di trattamento a tutti gli utenti che accedono in P.S., di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e la razionalizzazione delle stesse, analogamente ad altre esperienze internazionali si ritiene necessario stabilire standard relativi ai tempi massimi di permanenza del paziente all'interno del DEA, entro i quali devono essere svolte e completate tutte le necessarie fasi diagnostiche e di trattamento per indirizzare il paziente verso le strutture (interne o esterne al DEA) atte a completare il percorso assistenziale.

Per garantire livelli adeguati di efficacia dei trattamenti e di efficienza della struttura, sono adottate presso le strutture ospedaliere sede di P.S. soluzioni organizzative per la gestione coordinata dei posti letto. Fondamentale sarà anche la realizzazione e/o il potenziamento di reti di collaborazione tra il personale medico, infermieristico e assistenziale del P.S., e le strutture territoriali e residenziali, i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali.

Per quanto riguarda i percorsi interni al Pronto Soccorso si individuano le due differenti fasi come di seguito riportato.

4.1.1. ITER DI PRONTO SOCCORSO

Il tempo di permanenza in PS di un paziente destinato al ricovero non deve superare le 8 ore dal momento della presa in carico, per evitare che l'eccessiva permanenza in P.S. dei pazienti in attesa di ricovero determini ricadute negative sull'organizzazione ed un aumento del rischio clinico, come ampiamente riportato in letteratura.

Questa fase, che comprende tutto il percorso del paziente all'interno del P.S., inizia con l'ingresso

214





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di P.S., fino a uno dei possibili esiti:

- a) Destinazione in OBI;
- b) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- c) Trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;
- d) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedaliere (*follow up*).

Lo *standard* per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico di ogni paziente che accede al P.S. è che si giunga alla definizione del caso clinico in un tempo *non superiore alle 4 ore totali* come da Linee Guida dei sistemi sanitari europei (es. Gran Bretagna).

4.1.2. INVIO IN O.B.I.

Se necessario, nel rispetto dei criteri di appropriatezza contenuti nel presente documento (v. Tabella A e B e successivo paragrafo 4.4), l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Questa fase, differente e successiva al precedente iter di P.S., deve avere una *durata non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali* dalla presa in carico al triage in P.S. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:

- a) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- b) Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (*follow up*).

4.2. Ammissione in OBI

La decisione di destinare un paziente in OBI deve essere presa dal medico di P.S. ovvero dal medico specialista solo in presenza di protocolli di accordo formalizzati con le altre unità operative (es. Pediatria, Ostetricia, Ginecologia); nel caso in cui l'osservazione venga effettuata presso unità operative diverse dal P.S., la responsabilità della gestione del paziente sarà a carico dell'équipe medico-infermieristica/ostetrica dell'unità operativa di permanenza.

Tutta l'attività svolta per l'O.B.I. deve essere regolamentata da protocolli operativi formalizzati e procedure, sia interne che concordate tra le unità operative di riferimento; particolari soluzioni

215





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

organizzative come "chest pain unit" o "syncope unit" vi possono trovare una naturale ed adeguata collocazione.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

4.3. Dimissioni dall'O.B.I.

La dimissione del paziente è di competenza del medico in servizio presso l'OBI. In sua assenza o per specifiche esigenze organizzative del presidio ospedaliero, la dimissione può essere altresì di competenza del medico di Pronto Soccorso. Nel caso di OBI presso altre unità operative (Pediatria, Ostetricia e Ginecologia...), la dimissione del paziente è di responsabilità del medico di tale unità operativa.

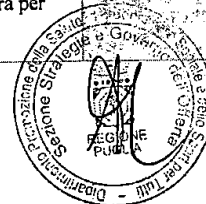




Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

TABELLA 2: ITER DI PRONTO SOCCORSO				
FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Inviò diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un <i>fast track</i> 4. Prestazione diretta (<i>See and treat</i>)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore
		PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	
Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti			
Invio in O.B.I.				
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)	Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dall'inizio della presa in carico al triage
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

4.4. Criteri di non ammissione in OBI

Non costituiscono criteri di ammissione in OBI:

- l'instabilità dei parametri vitali;
- il rischio infettivo;
- l'agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- le condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- i ricoveri programmati;
- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di *day hospital*;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione e di esclusione per la gestione dei pazienti adulti e pediatrici sono illustrate nelle Tabelle A) e B), dove per ogni quadro clinico sono riportati, in ordine alfabetico i relativi codici ICD-9 CM, il razionale, le prestazioni più appropriate.

Il contenuto delle tabelle rappresenta una indicazione e, pertanto, non è da ritenersi esaustivo. In considerazione della complessità dei quadri clinici, le prestazioni sono individuate dalle unità operative di P.S. con protocolli operativi e procedure che tengono conto della realtà organizzativa locale.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

5. RISCHIO CLINICO

5.1. Sicurezza della Cure

Gli obiettivi dell'Unità di Osservazione Breve Intensiva rispondono all'esigenza di migliorare la Sicurezza delle Cure in Pronto Soccorso, attraverso la gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi nei pazienti ad elevata probabilità di dimissione. Infatti, nella difficoltà gestionale rappresentata dal sovraffollamento e dal *boarding* che comportano un possibile aumento del Rischio Clinico, l'OBI si propone di migliorare la funzione di filtro al ricovero di pazienti con sintomi o condizioni cliniche potenzialmente pericolose per la vita o suscettibili di peggioramento del quadro clinico, nel rispetto degli standard assistenziali e delle evidenze scientifiche.

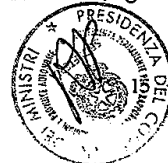
Questa area ad elevata intensità diagnostica e clinico rivalutativa, consente di verificare e monitorare l'efficacia di trattamenti nel breve periodo (6-44 ore), e di gestire il problema clinico acuto in un *setting* assistenziale alternativo al ricovero, usufruendo delle specifiche competenze del personale medico ed infermieristico e con l'ausilio degli strumenti diagnostici offerti dalla innovazione tecnologica.

L'alta intensità dell'assistenza è riferita al notevole impegno del personale medico ed infermieristico per lo svolgimento di un iter diagnostico terapeutico, concentrato nel tempo, che preveda l'esecuzione di accertamenti diagnostici, monitoraggio clinico e terapie, al fine di garantire, nel più breve tempo possibile e con il necessario livello di sicurezza, la dimissione del paziente al domicilio o il ricovero nel reparto più appropriato. Ogni Pronto Soccorso, sede di OBI, definisce al proprio interno specifici protocolli operativi relativi alla gestione dei quadri clinici (vedi Tabelle A e B).

5.2. Documentazione sanitaria

La permanenza del paziente in O.B.I. è documentata in una *specificata scheda* contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso. E' previsto anche un documento di accoglienza del paziente in OBI con la descrizione delle funzioni e delle attività.

La Cartella Infermieristica, anch'essa integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in OBI, secondo modalità definite a livello aziendale.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

In collegamento con "Sistema di Posta del Cittadino", già previsto per il Pronto soccorso, è utile anche per l'OBI raccogliere suggerimenti e osservazioni al fine di predisporre opportune azioni di miglioramento.

5.3. Gestione del rischio

Gli strumenti dell'*Incident Reporting* e del Monitoraggio degli eventi Sentinella (es. "Arresto cardiaco improvviso" e "Morte o grave danno da caduta del paziente"), insieme all'*audit* clinico e al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), rappresentano le principali modalità di gestione del Rischio Clinico in OBI.

Oltre a queste modalità è fondamentale in questo ambito l'adozione di protocolli e procedure, condivise con gli operatori, con particolare riguardo a:

- procedure di comunicazione con il paziente ed i suoi cari, relative al coinvolgimento attivo nel processo di cura,
- procedure atte al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- protocolli per il buon uso degli antibiotici.

Tutta l'attività è improntata all'aggiornamento delle conoscenze attraverso la presenza di attività relative a:

- *Evidence Based Medicine* (EBM), *Health Technology Assesment* (HTA) ed *Evidence Based Nursing* (EBN);
- Implementazione di Linee Guida;
- Definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e di percorsi informatizzati finalizzati all'integrazione con il territorio;
- Sistemi di misurazione delle performance cliniche e degli esiti.

E' indispensabile che tutti gli strumenti ed i sistemi utilizzati per la gestione del rischio siano formalizzati, accessibili a tutti gli operatori e periodicamente aggiornati.



16



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

6. FORMAZIONE

La gestione delle attività di Osservazione Breve Intensiva è affidata a medici, infermieri, ostetrici nel caso di OBI ostetrica e personale di assistenza del PS.

La gestione dell'OBI pediatrica è affidata al personale del P.S. pediatrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di Pediatria, al personale di questa o del Dipartimento Materno Infantile.

La gestione dell'OBI ostetrica è affidata al personale del P.S. ostetrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di ostetricia e ginecologia, al personale di questa.

Per mantenere elevati i livelli qualitativi di performance, è opportuno effettuare una rotazione periodica e costante del personale tra l'area di P.S. e quella dell'OBI.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in OBI, poiché ha lo scopo di fornire alle figure professionali sopra indicate gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti, in età adulta o pediatrica, nel *setting* di cura dell'OBI.

I Dipartimenti di Emergenza - Urgenza devono prevedere nell'ambito del programma di formazione un percorso formativo di base per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza dell'OBI e una formazione permanente che consenta ai professionisti di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali.

6.1. Formazione di base

Il personale sanitario che opera in OBI, oltre a possedere la competenza clinica richiesta per l'attività da svolgere in PS (es. BLS, ALS, ATLS, PBL, PALS, gestione delle vie aeree dell'adulto e del bambino), deve avere conoscenza delle linee guida e dei protocolli locali di gestione del paziente in OBI. In particolare, deve essere prevista una formazione specifica relativa ai criteri di ammissione e di esclusione in OBI; tale formazione è realizzata mediante Corsi residenziali teorico-pratici, volti a favorire l'attività di *équipe*.

6.2. Formazione continua

La formazione continua realizzata mediante lo strumento dell'audit di carattere clinico e organizzativo è volta a verificare periodicamente la competenza clinica e l'adesione alle evidenze scientifiche più recenti e alla normativa vigente nonché alle indicazioni ministeriali sul tema.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di *governance* per:

- monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati;
- supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità;
- confrontare ed effettuare *benchmarking* tra strutture pubbliche.

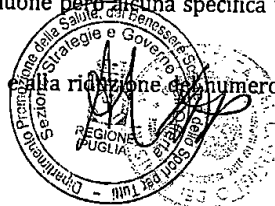
Il conferimento dei dati costituisce anche adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale. Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

7.1. Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR), e successive modifiche prevede l'istituzione di un Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i Sistemi Sanitari Regionali.

Relativamente al Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in P.S., non prevedendone però alcuna specifica per l'area dell'OBI.

In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di



18



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

posti letto per acuti, l'OBI offre un *setting* assistenziale di notevole importanza garantendo prestazioni qualitativamente elevate ma che al momento non vengono tracciate, identificate e misurate.

E' necessario, quindi, definire un *data minimum set* da rilevare attraverso il sistema EMUR al fine di rendere possibile la rilevazione dell'attività sanitaria effettuata nell'ambito dell'OBI.

7.2. *Data minimum set* da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI

Le variabili utili alla valutazione di attività dell'OBI saranno integrate dalle informazioni di attività di seguito riportate:

- Problema clinico principale- indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (v. Tabelle A e B);
- Data di ingresso in OBI - indica la data in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Ora di ingresso in OBI - indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Prestazioni erogate in OBI - indica i codici delle 5 prestazioni erogate in OBI e giudicate più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse: la principale e quattro secondarie. La codifica avviene attraverso l'uso dei codici ICD-9-CM e di codici derivati dalla classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Consulenze specialistiche richieste - indica la disciplina ed il numero delle consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI;
- Diagnosi di uscita dall'OBI - indica la diagnosi principale e le quattro secondarie assegnate alla dimissione dall'OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM;
- Data e Ora di uscita dall'OBI - indica la data e l'ora di uscita dall'OBI. La data e l'ora di uscita devono coincidere con la data e l'ora di uscita dal P.S.;
- Esito - indica l'esito dell'attività svolta in OBI: ricovero in reparto di degenza, dimissione a domicilio, dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali, trasferimento ad altro istituto, decesso.

Il set di informazioni identificate costituisce il *data minimum set*, necessario a tracciare il percorso in OBI, da rilevare attraverso il sistema informativo dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (flusso EMUR).





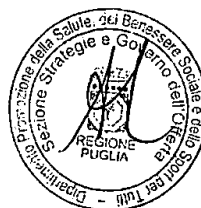
Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

8. INDICATORI

Al fine di fornire informazioni utili a descrivere l'attività dell'OBI si individua il seguente set di indicatori, di utilizzo e di performance; per ognuno dei cinque indicatori individuati sono riportati il calcolo e la soglia (v. Tabella 3).

TABELLA 3: INDICATORI OBI				
	INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA
DI UTILIZZO	1	TEMPO DI PERMANENZA IN OBI 24 H DALL'INGRESSO IN PS O IN OBI	N° CASI CON PERMANENZA IN OBI > 24 H / TOTALE ACCESSI IN OBI	≤ 5%
	2	PAZIENTI DIMESSI N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI DIMESSI / TOTALE ACCESSI OBI	≥ 90 %
	3	PAZIENTI RICOVERATI N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI RICOVERATI / TOTALE ACCESSI OBI	≤ 10 %
	4	PATOLOGIE IMPROPRIE TABELLA PATOLOGIE CON CRITERI di INCLUSIONE IN OBI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI INAPPROPRIATI / TOTALE ACCESSI OBI	< 5 %
DI PERFORMANCE	5	PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24H N° PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI E TOTALE DIMESSI OBI	N° CASI CON RIENTRO IN PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI/TOTALE DIMESSI DA OBI	< 5%





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

Le modalità di rimborso per l'attività di OBI, attualmente caratterizzate da una variabilità a livello regionale, si basano in generale su due tipologie:

1. **Rimborso a forfait assistenziale**, basato sul numero di postazioni, di personale dedicato, della tecnologia impiegata e del consumo medio di presidi medico-chirurgici.
2. **Rimborso a forfait di prestazioni** effettuate per la gestione delle singole patologie sulla base di linee guida internazionali.

Alcuni studi mirati alla definizione dei "costi standard" per questa tipologia di assistenza hanno applicato metodologie basate sul calcolo del "costo pieno", che tiene conto delle seguenti componenti:

- i tempi di permanenza in OBI (basi di ripartizione);
- i valori medi di complessità dell'attività infermieristica (basi di ripartizione);
- l'importo medio delle prestazioni intermedie eseguite in OBI (costi variabili);
- il costo medio del personale (costo diretto);
- i costi indiretti (es. luce, pulizie) e altri costi diretti (es. farmaci, presidi sanitari e non).

Il costo totale ottenuto dall'applicazione di tali metodologie è il frutto della somma dei costi variabili, del costo del personale, dei costi diretti e indiretti; i primi risultati evidenziano il potenziale risparmio legato alla gestione del paziente in OBI rispetto al ricovero ordinario.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

10. CONCLUSIONI

L'osservazione clinica nell'ambito dei servizi di Pronto Soccorso:

- è parte integrante del processo e costituisce la naturale continuità della prestazione di pronto soccorso per alcuni casi selezionati;
- è necessaria per evitare ricoveri inappropriati, che condizionano negativamente la normale attività assistenziale dei servizi d'urgenza e dei reparti di diagnosi e cura.

Il termine "intensiva" applicato all'Osservazione Breve definisce un'assistenza dedicata e con alta intensità di cura, espressa sia nell'istituzione precoce e monitoraggio del trattamento che negli accertamenti diagnostici eseguiti in tempi ristretti.

Il presente documento definisce le linee di indirizzo per l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI), attualmente non normata a livello nazionale, ma prevista in alcune regioni con modalità diverse.

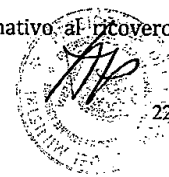
Nel documento si sottolinea che l'OBI:

- fa parte del processo di Pronto Soccorso;
- ha una durata fino a 44 ore dall'ingresso in PS, compreso il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, al termine del quale il paziente dovrà essere dimesso o ricoverato;
- è svolta in locali annessi o attigui al Pronto Soccorso, ad eccezione dell'OBI pediatrica e ostetrica che possono essere attuate nei reparti di competenza;
- non può in alcun modo essere utilizzata come pre-ricovero in attesa di posti letto nei reparti di degenza. A tal fine si sono definiti:
 - a. i criteri di ammissione all'OBI per le principali patologie;
 - b. gli indicatori di attività;
 - c. le motivazioni per cui si introduce la denominazione di "postazioni di OBI", e non di posto letto di OBI, che in nessun caso rientra nel numero globale di posti letto dell'ospedale.

Le presenti linee di indirizzo evidenziano la necessità di identificare puntualmente le prestazioni di Pronto Soccorso e di OBI, allo scopo di eliminare quelle situazioni anomale, non rilevabili dai sistemi informativi, in cui i pazienti sostano anche per giorni in Pronto Soccorso in attesa di ricovero e per riconoscere eventualmente una modalità di finanziamento specifica per l'OBI.

L'OBI, pertanto, in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, può offrire un *setting* assistenziale alternativo al ricovero

226





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

tradizionale, garantendo:

- a) il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti;
- b) la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS;
- c) la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale;
- d) il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente all'aggiornamento delle *Linee guida sull'attività di Triage intraospedaliero*, in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso. Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
	42731 fibrillazione atriale				
	42789 altre aritmie cardiache				
ASMA	493.32 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolto al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante inalizzatore o nebulizzatore EGA
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici, Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia analgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neurologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominale intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emocolture Coproculture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG

229

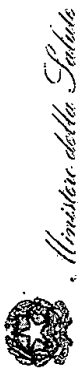




LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico - strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriali. Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio-grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o loco-regionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale
INTOSSICAZIONI	980 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto specifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso av CVC Gastrolisi





LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	(esclusi effetti tossici da sostanze causliche)	terapia			Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale, Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SINCOPE CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici: TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali

231





LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINDROME VERTIGINOSA	7804	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbilità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	4369	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardiembolica e con un ABCD2 score <4.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbilità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo	GCS >14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbilità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che TC se alterazione del GCS o	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o

232





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	concuisione con breve perdita di coscienza	cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	antiaggregazione Dinamica a bassa energia	rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

233





Ministero della Salute

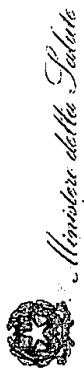
LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologica e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Forme di media epittia con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematrità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV

30





LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	CD99-CMS	PARAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, ammissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia analgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia analgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenza specialistiche (Centro Cefalea, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	27.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdottili/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticonvulsivi somministrazione farmaci anticonvulsivi

235

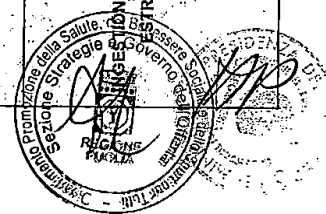


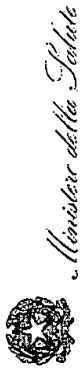


LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami colturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura Indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INFEZIONE DI CORPI STRANEE	9330 c. e. nel faringe 9351 c. e. nell'esofago 9352 c. e. nello stomaco 936 c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

236

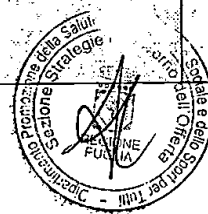




LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	CDIS OBI	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	<p>960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)</p> <p>305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)</p> <p>980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo</p> <p>Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento</p> <p>Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza</p> <p>Esecuzione di ricerche tossicologiche</p> <p>Trattamenti con antidoti specifici</p> <p>Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia</p>	<p>Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche</p> <p>Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita</p>	<p>Ingestione sostanze caustiche</p> <p>Instabilità emodinamica</p> <p>Patologie intermistiche concomitanti o preminenti.</p> <p>Pazienti con evidente volontà autolesiva</p> <p>Stato di agitazione</p> <p>PGCS <= 11</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>Dosaggio farmaci/sostanze</p> <p>Somministrazione carbone vegetale attivato</p> <p>Somministrazione antidoti</p> <p>ECG</p>
LARINGITE	4640 laringite acuta	<p>Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica</p> <p>Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.</p>	<p>Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)</p>	<p>Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>O2-terapia</p> <p>Aerosolterapia con adrenalina e budesonide</p> <p>Somministrazione cortisone per os</p>
LINFOADENOPATIA	7856 linfoadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	<p>Forte sospetto di malattia oncologica</p> <p>Quattro con chiara indicazione</p>	<p>Indici di flogosi</p> <p>Sierologia per EBV</p> <p>Ecografia</p>

237



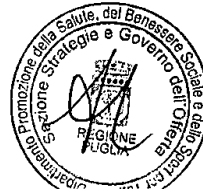


Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	ICDS-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
		ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	chirurgica	Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/ov
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RM/N)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804 sfiorimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ABDOMINALI, COLICA RENALE)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per

238



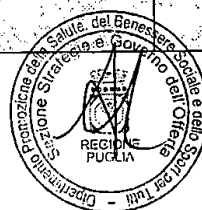


Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	OPEREAZIONI CONSIGLIATE
TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	789.0 dolore addominale 33811 dolore acuto da trauma	specifico Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata			definire la causa
TRAUMA ADDOMINICO-PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale 843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia 846 regione sacro-iliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del cocchio 911 traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia analgica
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS \geq 14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia analgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

239



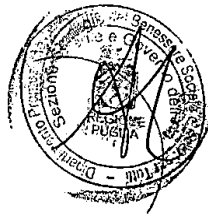


Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica

240



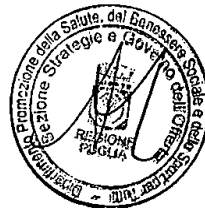


Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. *G Ital Cardiol* 2009; 10: 46-63
- 2) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36(4):406-15
- 3) Brignole M, Ungar A. Diagnosi e terapia della sincope. Manuale GIMSI sulle perdite transitorie di coscienza di sospetta natura sincopale. A cura del Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope-GIMSI. CG Edizioni Medico Scientifiche. Torino. 2009.
- 4) Agenzia per i Servizi Sanitari regionali (ASSR). Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Trattamento del trauma cranico minore e severo. Linee guida nazionali di riferimento. 2006
- 5) Mace SE. Asthma in the observation unit. *Emerg Med Clin North Am.* 2001;19:169-85
- 6) Casagrande I, Vitale E, Giuffrè E, Ceconi D. La disidratazione nell'adulto e nell'anziano. *ECJ* 2007; 3 (n.3):12-14
- 7) Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. IDSA Guidelines. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2006;32:331-350
- 8) Dekker WW, Smars PA, Vaidyanathan L, et al. A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Ann Emerg Med* 2008 Oct;52(4): 322-8
- 9) Aldea-Molina E, Gomez J, Royo R et al. Emergency department observation unit: an adequate place for the management of atrial flutter. *Emergencias.* 2008;20:101-107
- 10) T. Lenke, R. Wang "Emergency department observation for toxicologic exposures" *Em Med Clin North Am.* vol.19/1 pag.155-167, feb.2001
- 11) Peacock WF, Fonarow GC, Ander DS, et al. Society of chest pain centers recommendations for the evaluation and management of the observation stay acute heart failure patient: A report from the society of chest pain centers acute heart failure committee. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 12) Collins SP, Lindsell CJ, Nafilan AJ. Low-risk acute heart failure patients: External validation of the society of chest pain center's recommendations. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 13) Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghiade M. Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol* 2013 Jan 15;61(2):121-6.
- 14) Keating L, Smith S. Acute pain in emergency department: The Challenges. *Br J Pain* 2011;5:13-17
- 15) American College of Emergency Physician. Clinical and practice management. 2009 Policy Statement. <http://www.acep.org/Content.aspx?id=48089>
- 16) Seemungal BM and Bronstein AM (2008). A practical approach to Acute Vertigo. *Practical Neurology* 2008 Aug;8(4):211- 21.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

- 17) Nahab F, Leach G, Kingston C, et al. Impact of an emergency department observation unit transient ischemic attack protocol on length of stay and cost. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012 Nov;21(8):673-8
- 18) Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157(6):1116-23.
- 19) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. *Ann Emerg Med.* May 2004;43(5):605-25
- 20) Kelly A. Headache. In: Mace SE, Ducharme J, Murphy MF (eds). *Pain Management & Sedation Emergency Department Management.* New York: McGraw-Hill, 2006, ch 38, pp279-286.

SITOGRAFIA

www.acemc.it/

AcEMC - Academy of Emergency Medicine and Care

www.simeu.it/

SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

www.simeup.com/

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

www.fimeuc.org/

FIMEUC - Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

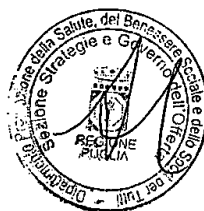
www.aniarti.it/

ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica

www.triage.it/

GFT - Gruppo Formazione Triage

Il documento di Linee di indirizzo nazionali di Osservazione Breve Intensiva (OBI) è stato redatto con il contributo dell'AGENAS, delle Regioni e delle Società Scientifiche di settore (SIMEU, SIMEUP, FIMEUC, ANIARTI, AcEMC, GFT)



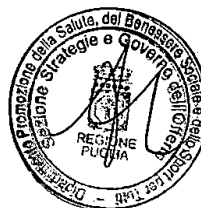
38



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI

Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage Gruppo di lavoro istituito con Decreto Direttoriale del 12 dicembre 2012	
Coordinatore	
Francesco Beverè	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Componenti	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Daniele Marchisio	GFT
Segreteria tecnica	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL
PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO
IN PRONTO SOCCORSO**





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
PREMESSA.....	3
1. DEFINIZIONI.....	6
1.1 SOVRAFFOLLAMENTO (OVERCROWDING).....	6
1.2 IPERAFFLUSSO.....	6
1.3 BOARDING.....	7
2. FATTORI RILEVANTI.....	7
2.1 FATTORI DI INGRESSO.....	8
2.2 FATTORI INTERNI.....	9
2.3 FATTORI DI USCITA.....	11
2.4 FATTORI DI UMANIZZAZIONE.....	13
3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO.....	14
3.1 RESPONSABILITA'.....	16
4. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	17
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
ALLEGATO: BED MANAGEMENT	
APPENDICE: QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

PREMESSA

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la *mission* del Pronto Soccorso appare complessa: "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita".

In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di **sovraffollamento** (*overcrowding*). Tale fenomeno deve essere nettamente distinto dalle così dette "maxi-emergenze", il cui determinismo si basa su cause diverse e che richiedono l'attuazione di specifiche misure organizzative.

Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso ("*input*"), fattori interni strutturali ("*throughput*") e fattori di uscita ("*output*").

Il fattore *input* si riferisce ad un eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, determinato negli ultimi anni dall'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura; è noto che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell'ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all'interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare.

Il fattore *throughput* fa riferimento ad un rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici;

Il fattore *output* comprende sia la difficoltà a ricoverare per indisponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, sia il prolungamento della durata di ricovero dovuta, ad esempio, ad un insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, sia la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell'episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario. Anche tali difficoltà sono riconducibili in gran parte all'insufficiente diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.

246





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

I fattori in ingresso ("input"), i fattori interni strutturali ("throughput") e i fattori di uscita ("output") possono concorrere a determinare il prolungato stazionamento dei pazienti già valutati e in attesa del posto letto all'interno del Pronto Soccorso (così detto *boarding*) che determina un notevole assorbimento di risorse operative soprattutto all'interno dei servizi di emergenza dei presidi sede di DEA di secondo livello.

Un elemento degno di rilievo è dato dal fatto che i picchi di sovraffollamento all'interno del Pronto Soccorso determinano conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano qualità delle cure e della sicurezza per i pazienti e per gli operatori, oltre ad un'inadeguata garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tali effetti negativi possono manifestarsi con diverse modalità; in particolare, sui Pazienti: ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento

- incremento dei tempi di attesa;
- riduzione della tutela della riservatezza;
- riduzione del livello di soddisfazione da parte del paziente;
- aumento del fenomeno dell'allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico.

Gli effetti sugli Operatori possono essere così schematizzati:

- riduzione della motivazione e della gratificazione;
- aumento di incidenza del fenomeno di *burn-out*;
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti.

Il fenomeno del sovraffollamento in pronto soccorso può causare ripercussioni anche sugli aspetti organizzativi dell'assistenza, in primo luogo determinando alterazioni del funzionamento del sistema di emergenza territoriale legate al fenomeno del "dirottamento" delle ambulanze presso altri presidi; un ulteriore effetto indesiderabile è dato dal prolungato stazionamento dei mezzi di soccorso all'arrivo in ospedale, per l'indisponibilità di barelle sulle quali trasferire i pazienti trasportati (così detto "blocco barelle"). È evidente che tutte le condizioni fin qui elencate possono facilmente tradursi nell'incremento del contenzioso legale e dei relativi costi correlati.

Nel nostro Paese il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso è tutt'ora presente e particolarmente accentuato in alcuni periodi dell'anno (ondate di caldo in estate, ondate di freddo in inverno, picchi d'influenza...), soprattutto in particolari contesti come i presidi ospedalieri delle aree metropolitane. Una delle prime risposte che il Servizio Sanitario ha messo in atto per contrastare il fenomeno del sovraffollamento è stata l'individuazione di un sistema di accoglienza e valutazione del

247





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

grado di priorità di accesso alle cure, il Triage infermieristico, che ha favorito, contestualmente, anche una serie di altre iniziative tese a dare una risposta strutturale alla presa in carico a livello territoriale, pre e post ospedaliera.

Al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune di tutti i livelli Istituzionali coinvolti, delle Direzioni Strategiche Aziendali e delle Direzioni di Presidio Ospedaliero e di Dipartimento, oltre che dei diversi servizi che interagiscono in ambito ospedaliero e nell'interfaccia tra il contesto ospedaliero e quello territoriale/domiciliare. Ciò in quanto il fenomeno non può essere considerato un evento di esclusiva pertinenza dei Pronto Soccorso e richiede, pertanto, una molteplicità di interventi di livello sistemico e locale, volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.

Gli interventi di sistema riguardano prevalentemente l'interazione funzionale tra ospedale e territorio, tramite la definizione dei ruoli e delle reti sia ospedaliere che territoriali.

Particolare importanza riveste l'organizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza secondo il modello "hub & spoke", con la conseguente classificazione delle strutture ospedaliere in funzione della diversa complessità clinico-assistenziale, differenziando i presidi ospedalieri in sedi di Pronto Soccorso, DEA di 1° livello e DEA di 2° livello. In coerenza, anche il Servizio di emergenza territoriale 118 dovrà condividere con le strutture dell'emergenza-urgenza ospedaliera specifici protocolli, finalizzati all'appropriata e congrua gestione dei pazienti, in relazione alla stabilità del quadro clinico, al ruolo degli ospedali nella rete dell'emergenza-urgenza e all'effettiva capacità assistenziale della struttura ricevente.

Infine, nell'ambito degli interventi di sistema, assume particolare rilevanza l'informazione al cittadino riguardo le differenti tipologie di risposta assistenziale in relazione ai diversi bisogni di salute, al fine di evitare l'improprio ricorso ai servizi di emergenza.

La pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri dovrà identificare un insieme di interventi organici, atti ad accompagnare tutte le fasi del percorso assistenziale, a partire da Pronto Soccorso, passando per la fase di ricovero e fino al momento della dimissione.

Pertanto, le presenti Linee di Indirizzo per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso dovranno condurre alla definizione di strategie per la corretta gestione dei pazienti urgenti, anche al fine di contribuire al superamento delle disuguaglianze ancora oggi osservabili tra i diversi contesti regionali ed aziendali.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

1. DEFINIZIONI

1.1 Sovraffollamento (*overcrowding*)

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.

Quando il sovraffollamento è costante, generalmente è dovuto al sottodimensionamento del Pronto Soccorso rispetto agli accessi per una reale mancanza di risorse strutturali, tecnologiche, umane e/o di organizzazione.

Il sovraffollamento ha gravi conseguenze:

- sui pazienti: peggioramento degli *outcome*: aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente, esposizione agli errori;
- sugli operatori: mancata aderenza alle linee guida di buona pratica clinica, aumento dello stress e del *burn out*, aumento degli episodi di violenza verso gli operatori stessi;
- sul sistema: aumento della lunghezza di permanenza in Pronto Soccorso e della degenza in ospedale.

1.2 Iperafflusso

L'iperafflusso si verifica quando il numero dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso (trasportati in ambulanza o con mezzi propri) supera il 91° percentile dei pazienti che mediamente si presentano (calcolato cioè sulla base della distribuzione degli accessi dei 12 mesi precedenti) per un tempo definito.

E' possibile distinguere almeno due situazioni di iperafflusso:

- 1) presenza di massiccio afflusso di feriti e malati in occasioni di eventi imprevedibili che coinvolgono numerose persone. Questa situazione deve essere gestita con il Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF);
- 2) situazioni di iperafflusso temporalmente delimitate come nel caso di epidemie stagionali (ad esempio picco influenzale) oppure in alta stagione nelle località turistiche. Queste situazioni

249





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

sono prevedibili e devono essere affrontate con il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS).

1.3 Boarding

È la "cattiva pratica" di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto; rappresenta la causa primaria del sovraffollamento del Pronto Soccorso. Le conseguenze del *boarding* sono:

- per i pazienti: aumento della morbilità, della lunghezza del ricovero, della mortalità e aumento della sofferenza di quelli che aspettano distesi sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o anche giorni;
- per gli operatori: aumento dello stress e *burn out*, diminuzione della capacità di rispondere alle emergenze e ai disastri;
- per il sistema: la diversione o il blocco delle ambulanze, l'aumento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

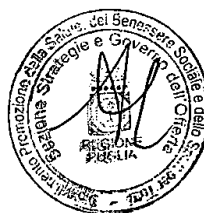
2. FATTORI RILEVANTI

Facendo riferimento ad uno dei più noti modelli di flusso del sistema di emergenza basato su 3 macro fasi: *Input* (fattori in ingresso)/*Throughput* (fattori interni)/*Output* (fattori in uscita), è stato ampiamente dimostrato che il maggior contributo al sovraccarico del sistema è determinato non solo dai fattori di **ingresso**, quanto dai fattori di **processo** e di **uscita**. Questi ultimi, contrariamente al primo, sono significativamente modificabili adottando adeguate strategie riorganizzative.

Tra i fattori di "**input**", oltre gli aspetti già citati quali, l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali o non soddisfatti in ambiti appropriati di presa in carico del territorio, dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento del numero di pazienti complessi, dall'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura, si riscontra un incremento degli accessi per patologie legate all'epidemiologia stagionale (es. epidemie influenzali e ondate di calore).

Tra i fattori di "**throughput**" quello che incide maggiormente sul progressivo aumento dei tempi di permanenza in PS è la necessità di attivare consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici strumentali, in particolare quelli di livello più avanzato (es. TAC). Tali elementi intervengono sempre

¹ Aspil et al. 2003





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

con maggiore frequenza, sia per l'aumento dell'età media dei pazienti e delle comorbidità, sia per le evidenti necessità del sistema di dover garantire ricoveri appropriati e dimissioni sicure.

Tra i fattori di "output" pesa maggiormente la difficoltà a ricoverare tempestivamente, per carenza di posti letto disponibili a favore dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso o per inefficiente gestione degli stessi. L'effetto, come già definito, è noto con il termine di "boarding".

Il sistematico monitoraggio dei tempi di attesa nelle fasi di ingresso, processo e uscita dal Pronto Soccorso deve essere posto alla base di qualsivoglia iniziativa organizzativo-gestionale tesa all'ottimizzazione del percorso del paziente in emergenza-urgenza. Al riguardo, le Regioni potranno valutare la possibilità di adottare sistemi/applicativi per il monitoraggio aventi caratteristiche funzionali omogenee, per garantire standard di identificazione, cura e dimissioni appropriati.

2.1 Fattori di ingresso

Seppure negli anni si sia molto lavorato al fine di promuovere un utilizzo appropriato del Pronto Soccorso, sia con interventi sulla rete che sui cittadini, permane una quota di accessi che potrebbero trovare adeguata risposta presso le strutture delle cure primarie a partire dalla medicina generale e continuità assistenziale o mediante un più corretto indirizzamento verso la struttura specialistica di competenza.

Tra gli accessi evitabili possono essere considerate le cosiddette "condizioni suscettibili di trattamento ambulatoriale" tra cui le principali patologie croniche, i "doppi accessi" legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale, più in generale gli accessi ripetuti (es. frequent users) nonché tutti gli accessi "impropri" legati ai modelli organizzativi territoriali (es. orari) ed alle abitudini dei pazienti.

In generale le azioni che possono essere introdotte richiedono un'azione integrata con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale.

Di seguito sono elencate le principali azioni da attuarsi a livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali:

- Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici- nefrologici-ematologici- supporto trasfusionale-urologici).
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).

251





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e in strutture protette.
- Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117².
- Il sistema di emergenza territoriale, per ottimizzare la gestione dell'afflusso in Pronto Soccorso, nel rispetto delle condizioni cliniche del paziente, dovrà tener conto dei livelli di affollamento, tramite l'opportuna assegnazione dei pazienti coinvolgendo anche i presidi ospedalieri limitrofi.

2.2 Fattori interni

Il corretto bilanciamento della domanda con la reale capacità produttiva del servizio rappresenta la premessa per la fluidità del percorso assistenziale in emergenza-urgenza.

Se in un sistema a domanda non programmata come il Pronto Soccorso, corrisponde una capacità produttiva tendenzialmente fissa si osserveranno fasi di utilizzo sub-ottimale delle risorse, per eccesso di capacità produttiva e fasi di "stress" del sistema, con creazione esponenziale di code, per la gestione dell'eccesso di domanda.

Il percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso sarà fluido se non ci saranno vincoli. Se una risorsa (es. medico, infermiere, consulente, servizio diagnostico, posto letto ...) ha una richiesta che

² Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

supera la sua capacità produttiva, questo rappresenta un vincolo nel sistema di flusso e pertanto genererà coda proprio nel punto di erogazione di tale attività.

Tali sbilanciamenti possono essere ben tollerati dai sistemi se occasionali e di breve durata; situazioni di cronico sbilanciamento tra domanda e capacità produttiva minano la fluidità del percorso creando situazioni di sovrappollamento con evidenti ripercussioni. Un flusso sarà regolare se in tutte le fasi del percorso le risorse disponibili equilibrano la domanda.

Una corretta stima della domanda deve tenere conto delle fluttuazioni, significative e non casuali, che si registrano nelle diverse fasce orarie del giorno (24 h), di aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell'anno (es. epidemia influenzale) ma anche di aspetti organizzativi che riguardano più strettamente il sistema ospedale ma che impattano significativamente con l'organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto per le ferie estive etc.).

In linea generale l'adozione di iniziative per migliorare il flusso implica una profonda conoscenza delle caratteristiche della domanda e richiedono un grosso sforzo organizzativo nel modulare in modo flessibile la capacità produttiva sia del sistema ospedale che del sottosistema Pronto Soccorso. I tempi per l'esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze nonché le relative fasi di attesa, rappresentano, nell'esperienza, componenti rilevanti del tempo complessivo di permanenza in Pronto Soccorso.

Pertanto, si rende necessario garantire la tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, al fine di consentire il più rapido *turn over* del posto letto. A tale scopo, i tempi di completamento dei processi diagnostici in parola saranno definiti e condivisi anche attraverso la formale adozione di specifici protocolli organizzativi aziendali e sovra-aziendali che, tenendo conto dei livelli di operatività delle tecnologie disponibili, possano incrementare il grado di efficienza di utilizzo delle medesime. Infatti, la sistematica adozione di un modello efficiente di utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, permette di contenere il ricorso, in condizioni di criticità del Pronto Soccorso, a strategie estemporanee di riduzione dell'attività elettiva che, qualora rivolta ai pazienti degenti, inciderebbe negativamente sull'efficienza dell'intervallo di *turn over*.

Tra i processi di supporto, oltre ai servizi diagnostici e alle consulenze sono da segnalare i trasporti intra ed inter-ospedalieri che devono essere dimensionati in relazione alle modifiche giornaliere e stagionali dei fabbisogni.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Di seguito sono elencate le principali azioni utili a contrastare il fenomeno; tali azioni devono sempre tenere conto del grado di complessità clinica espressa dal Paziente e del relativo grado di intensità assistenziale che la struttura assistenziale è tenuta ad esprimere:

- Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus...);
- Adozione dei percorsi di *Fast Track* per prestazioni a bassa complessità;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze, per incrementare il grado di efficienza della fase di processo;
- Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al Pronto Soccorso, che devono essere separati da quelli rivolti ai pazienti degenti e ambulatoriali; inoltre, per garantire la tempestività di completamento dell'iter diagnostico in Pronto Soccorso, deve essere sempre specificato il livello di priorità;
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi;
- Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse adottando anche modalità organizzative che consentano la flessibilità degli organici attivi in funzione del reale grado di attività del servizio nei periodi di prevedibile iperafflusso;
- Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza- urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'urgenza, della Terapia sub intensiva, etc...
- Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.

Secondo i disposti del DM 70/2015, le funzioni di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCAU), di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono strumenti indispensabili per la corretta operatività del percorso in emergenza-urgenza e per un'efficace azione di contrasto al *boarding*; è auspicabile che tali funzioni siano coesistenti all'interno di una stessa unità operativa e che agiscano in stretta correlazione funzionale con le altre articolazioni organizzative ospedaliere ed aziendali.

2.3 Fattori di uscita

In condizioni di iperafflusso, uno dei fattori più rilevanti per evitare gravi situazioni di sovrappollamento è la possibilità di ricoverare tempestivamente i pazienti che hanno indicazioni





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Su questo aspetto è possibile intervenire con diverse azioni tra le quali:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido *back transfer* dei pazienti dai centri *Hub* di riferimento ai centri *Spoke*, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("*Admission Room*"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.
- Definizione di percorsi che consentano, nelle situazioni più gravi, di rendere operativa la possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione dell'altro Pronto Soccorso / Ospedale.
- Definizione di percorsi ambulatoriali post-Pronto Soccorso per la presa in carico del paziente al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in Pronto Soccorso.
- Ove non presente, si ritiene funzionale procedere alla implementazione del programma informatico gestionale di Pronto Soccorso che consenta la visualizzazione in tempo reale di Posti Letto (ordinari e di terapia intensiva).
- Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Inizialmente tale soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, compresa l'area medico-specialistica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica.

La sospensione dei ricoveri programmati nell'area chirurgica richiede azioni che implicano una complessità organizzativa notevole. Pertanto, tale blocco andrà attuato valutandone la compatibilità con il mantenimento dei tempi di attesa previsti per le attività chirurgiche programmate.

A questo proposito, riveste particolare rilevanza strategica l'implementazione delle funzioni di *Bed Management*, orientate all'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione (Allegato).

2.4 Fattori di umanizzazione

Ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto al rispetto della propria dignità personale che deve essere garantito sia in termini di condizioni strutturali e/o tecnologiche del Pronto Soccorso, che dai comportamenti degli operatori e da una comunicazione efficace rivolta ai pazienti ai loro familiari; parimenti, ogni persona che accede al Pronto Soccorso ha diritto di essere informata costantemente durante il periodo di permanenza in Pronto Soccorso. Infatti, l'accesso in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario; l'esperienza e il ricordo del tempo trascorso in attesa, soprattutto in condizioni di sovraffollamento, rischiano di determinare una perdita di fiducia del cittadino nell'istituzione sanitaria, principalmente a causa dell'insoddisfacente livello di qualità percepita.

È dunque necessario favorire il pieno recupero della centralità del paziente, facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali; ciò comporta l'esigenza di conciliare le politiche di accoglienza, informazione e *comfort* con l'adozione di percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

Risultano, dunque, auspicabili:

- la presenza di strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa (monitor per informazione e intrattenimento nonché sistemi di chiamata dei familiari);
- il coinvolgimento del Volontariato;
- l'adozione di iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa.

Oltre ad identificare spazi di attesa per le diverse fasi del percorso pre e post visita, dovranno essere individuate soluzioni specifiche, anche strutturali, per garantire idonea accoglienza a persone in





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

condizioni di fragilità, quali pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, donne in gravidanza. Inoltre, dovrà essere garantita un'assistenza rispettosa degli specifici orientamenti culturali e religiosi di ciascuno.

Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente in attesa, fase fondamentale dell'attività di triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale e consente, allo stesso tempo, di assicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa. Al fine di consentire agli operatori sanitari di migliorare il livello di assistenza, è necessario attivare un sistema di monitoraggio delle azioni adottate per l'ottimizzazione degli aspetti sopra descritti.

3. SVILUPPO DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Alla luce di quanto fin qui esposto, è di tutta evidenza che la gestione del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso non rappresenta un onere del solo Pronto Soccorso, bensì dell'intero sistema ospedaliero ed assistenziale.

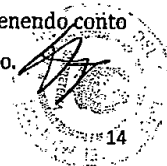
Pertanto le Regioni, nell'ambito della propria attività di programmazione sanitaria, formuleranno disposizioni volte a garantire l'adozione in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera di un Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, secondo le presenti linee di indirizzo; tale adempimento formerà requisito di accreditamento istituzionale e potrà essere considerato utile ai fini del monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato assegnati alle Direzioni strategiche.

Elementi salienti del Piano in parola sono:

- l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno;
- la definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire/facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del Pronto Soccorso.

Le modalità di "misurazione" del fenomeno devono essere uniformi in tutti i Pronto Soccorso e basarsi su un set di indicatori statici e dinamici, la cui rilevazione deve essere effettuata in modo puntuale ed in tempo reale nell'intero arco delle 24 ore.

Un ulteriore sviluppo è rappresentato dal calcolo di specifici algoritmi matematici che, tenendo conto delle stesse variabili, siano in grado di "fotografare" il livello corrente di sovraffollamento.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Questi modelli matematici, consentendo una misurazione più oggettiva e riproducibile (*score*), permettono di superare la logica corrente del conteggio del numero degli accessi.

I sistemi più validati in letteratura sono: NEDOCS³, CEDOCS⁴ e SONET⁵.

Questi tre sistemi, che differiscono per gli indicatori utilizzati e la loro aggregazione, hanno dimostrato un'accuratezza variabile a seconda del *setting* di applicazione. L'accuratezza dei sistemi è stata verificata in base alla valutazione degli operatori in servizio in Pronto Soccorso.

L'ammodernamento dei sistemi informatici dei Pronto Soccorso della Regione è ritenuto un elemento critico ai fini della corretta rilevazione degli indicatori e quindi dell'entità del sovraffollamento e, più in generale, rispetto alla necessità di disporre di informazioni utili per mettere in atto interventi migliorativi.

Le possibili risposte del sistema da inserirsi nei piani aziendali andranno commisurate al livello di sovraffollamento rilevato mediante il confronto con soglie di "criticità" predefinite.

Per ogni Pronto Soccorso dovranno essere definite delle soglie di affollamento o di affollamento grave per ogni singolo indicatore o score, in particolare per gli indicatori dinamici di impegno del sistema e per i tempi di attesa al ricovero. Il raggiungimento delle soglie di affollamento o di affollamento grave comporterà azioni di risposta in relazione a: attivazione di risorse aggiuntive per il Pronto Soccorso, adeguamento del sistema ospedale, interventi sulla rete dei servizi.

Oltre alla definizione di indicatori e soglie di criticità i piani aziendali dovranno prevedere strategie operative da attivarsi in relazione ai livelli di sovraffollamento riscontrati. Le strategie dovranno avere il più possibile un carattere di proattività, cioè essere volte a prevenire il passaggio a livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento. L'efficacia delle azioni è misurabile come la capacità dell'organizzazione di rimanere/ritornare nei range di "normalità".

Le strategie di risposta possono essere classificate in relazione al livello di criticità dell'affollamento e all'aspetto su cui intervengono (*input, throughput, output*). La classificazione degli interventi è indicativa, spetta a ciascuna azienda l'identificazione delle azioni più appropriate ed applicabili nel contesto specifico.

L'adozione di meccanismi che consentono di fare fronte ai bisogni di ricovero in emergenza non deve interferire (salvo situazioni di estrema gravità) con le garanzie di accesso programmato nei tempi

³ NEDOCS: Acad. Emerg. Med; January 2004

⁴ CEDOCS: Amer. Journal of Emerg. Medicine; 2014

⁵ SONET: Emergency Medicine International; 2015





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

previsti dalla normativa regionale vigente. A tal fine le aziende dovranno prevedere modalità di separazione, almeno funzionale, dei due flussi di pazienti.

3.1 Responsabilità

Presso la Direzione Sanitaria viene individuata una funzione aziendale di "facilitazione dell'attività di ricovero in emergenza-urgenza", attribuita a personale debitamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia.

Tale funzione di facilitazione opera in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e la Direzione Ospedaliera e garantisce stretta connessione con le altre funzioni deputate alla gestione dei flussi dei pazienti (*Bed Manager*, centrale dimissioni e trasporti, ecc.) e assicura:

- l'attuazione dei piani per il sovraffollamento;
- il monitoraggio dei tempi complessivi di permanenza in Pronto Soccorso e degli indici di affollamento;
- il monitoraggio dei tempi intermedi con particolare riferimento al tempo di *boarding* ed ai tempi dei servizi di supporto (diagnostica e consulenze);
- la rendicontazione alla Direzione Aziendale sui temi di competenza.

È opportuno che, in caso di presidi ospedalieri con più stabilimenti, la funzione identificata operi sull'intera rete delle strutture.

Presso il Pronto Soccorso viene individuata la funzione operativa di "Emergency manager" da assegnare a personale adeguatamente formato e munito di adeguata esperienza e competenza in materia. Tale funzione, che si svolge in correlazione con il *Bed Manager* per le attività relative al ricovero del paziente, ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione del percorso di cura in emergenza-urgenza dei pazienti all'interno delle varie aree del Pronto Soccorso, mediante le seguenti attività:

- mantenere una visione integrata del percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso, al fine di garantire il completamento del percorso clinico nei tempi stabiliti:
 - facilitare il percorso del paziente tra le varie aree del Pronto Soccorso con particolare attenzione ai tempi di attesa e permanenza del paziente in Pronto Soccorso.
 - ottimizzare i percorsi dei pazienti nelle fasi di diagnostica, consulenza, prescrizione terapeutica, programma di controllo e rivalutazione.
 - ottimizzare i percorsi clinici per le patologie tempo-dipendenti.
- facilitare il percorso di dimissioni a domicilio direttamente dal Pronto Soccorso;
- facilitare l'inserimento dei pazienti del Pronto Soccorso in percorsi ambulatoriali aziendali;

259





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

- supportare la risoluzione di criticità interne al Pronto Soccorso, quali:
 - l'individuazione delle limitazioni al flusso dei pazienti nel Pronto Soccorso;
 - l'attivazione di un monitoraggio specifico delle aree di Pronto Soccorso che presentano criticità con maggior frequenza.

4. SISTEMI DI MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio prevedono:

1. *Ex ante*. Per attivare il Piano di Gestione del Sovraffollamento è necessario prevedere in tempo reale situazioni di sovraffollamento in ciascun Pronto Soccorso attraverso strumenti di monitoraggio, quali ad esempio NEDOCS e altri validati, già utilizzati in Italia.
 - 1.1. Deve essere integrato all'applicativo utilizzato dal Pronto Soccorso per gestire i pazienti e fornire in tempo reale la situazione.
 - 1.2. Anche il Servizio di Emergenza Territoriale deve avere a disposizione questo monitoraggio per gestire in maniera razionale gli invii nei diversi PS.
2. *Ex post*. È necessario utilizzare indicatori per redigere il Piano di Gestione del Sovraffollamento e porre in atto azioni organizzative e strutturali per migliorare e prevenire il fenomeno del sovraffollamento.

Gli indicatori ritenuti più utili per la gestione complessiva dell'attività di monitoraggio sono quelli di processo e di esito interni al Pronto Soccorso:

- LOS (*Length of stay*) – tempo di permanenza totale in PS
- % di pazienti (codice triage) che si allontana prima visita
- Tempo di attesa per il ricovero
- Eventi avversi (cadute, allontanamenti di pazienti a rischio, *undertriage*, rientri entro 48 ore, eventi legati ad uso di farmaci, ecc).

Si elencano di seguito altri indicatori, statici, dinamici e dinamici temporali, quali per esempio:

- Statici:
 - N° PL/barelle/box realmente presidiati in PS
 - N° PL dell'ospedale a cui si può accedere
- Dinamici di impegno di sistema:
 - N° complessivo di pazienti in carico al PS
 - N° pazienti critici in carico in PS
 - N° pazienti in attesa di ricovero

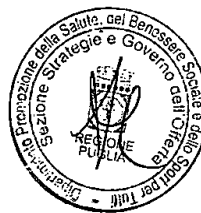


*Ministero della Salute*

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

- o N° pazienti in attesa di prima visita (in riferimento ai codici di priorità)
- Indicatori dinamici temporali:
 - o Tempo di attesa massimo per la prima visita
 - o Tempo di attesa massimo al ricovero

Inoltre, si dovrà tener conto dell'intercettazione di quelle potenziali condizioni di insufficiente filtro in Pronto Soccorso attraverso il monitoraggio dei Tassi di Ricovero. Altri indispensabili indicatori da non sottovalutare sono la degenza media delle unità operative e più specificatamente il valore standard costituito dalla degenza media nazionale DRG specifica ed il monitoraggio dei Tassi di Occupazione dei posti letto (TO), essendo circa il 70% dei ricoveri effettuati nei grandi Pronto Soccorso afferenti all'area medica rispetto quella chirurgica e caratterizzati da TO molto elevati.





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

FUNZIONE DI BED MANAGEMENT – Allegato

Un corretto governo dei flussi del paziente in ospedale costituisce una delle priorità organizzative per contrastare il fenomeno del sovraffollamento in PS con particolare riferimento ad eventi quali la prolungata attesa presso il PS e il ritardo nella dimissione dei pazienti, al fine di evitare l'incremento della degenza media e del rischio clinico.

L'istituzione della funzione del Bed Management rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici.

Al momento non è disponibile un unico modello di riferimento per la funzione di Bed Management, in quanto ogni realtà deve confrontarsi con le proprie risorse umane, logistiche e tecniche, tuttavia tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati.

La funzione del Bed Management dovrà essere declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività.

Modalità organizzative

- L'attribuzione della funzione del Bed Management ad un team definito con uno specifico atto, in cui dovrà essere individuato un responsabile, il contingente di personale sia in termini qualitativi che quantitativi;
- La funzione deve essere garantita con continuità nell'arco dell'intera settimana.
- La definizione di un sistema di relazioni formalizzate con:
 - o Direzione medica di presidio
 - o Pronto soccorso
 - o Le Unità Operative ed i Servizi dell'azienda
 - o Distretto sanitario ed altre strutture territoriali di assistenza
 - o Case manager, se presente

Attività

Organizzare un insieme di azioni per facilitare, governare e verificare il flusso dei ricoveri.

- Gestire la risorsa "posto letto".
 - o verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto;
 - o indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO, supportato da un cruscotto per il monitoraggio.
- Gestire il piano delle dimissioni:
 - o verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità nell'arco di tutta la settimana;





Ministero della Salute

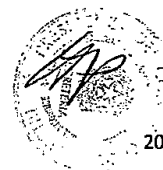
LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

- o organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Lungodegenza, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, Case della Salute, ecc...).
- Nell'ambito di accordi tra aziende sanitarie e strutture private accreditate, facilita i ricoveri da Pronto Soccorso e i trasferimenti dalle Unità Operative.
- Di concerto con la Direzione Sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti.
- Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero;
- Monitorare i percorsi dei pazienti considerati "frequent user", anziani fragili e socialmente difficili.

Si dovrà prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del Pronto Soccorso.

I dati di monitoraggio, disponibili on line, saranno visibili per le Unità Operative con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero.

Periodicamente saranno pubblicati report sui dati di attività.



20



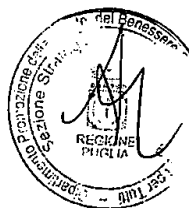
Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Appendice - QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- D.P.R. del 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni (1996) "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992";
- Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria" (G.U. Serie Generale n. 285 del 07 dicembre 2001) che fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza-urgenza;
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 maggio 2003 "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza";
- Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza";
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate";
- Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni del 7 settembre 2016, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ai sensi dell'articolo 54 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289;
- DPR 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

264

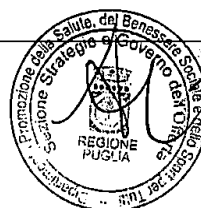




Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

<p align="center">Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Revisione delle Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage. Gruppo di lavoro istituito con Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2018</p>	
Coordinatore	
Andrea Urbani	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria
Coordinatore tecnico scientifico	
Andrea Piccioli	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio 3
Componenti	
Aida Andreassi	Commissione Salute - Regione Lombardia
Franco Aprà	Commissione Salute - Regione Piemonte
Serena Battilomo	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
Velia Bruno	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Anselmo Campagna	Commissione Salute - Regione Emilia Romagna
Angelo Lino Del Favero	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Generale
Elisabetta Santori	Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo Sanitario e della Statistica - Direttore Ufficio 3
Alessandro Ghirardini	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Maria Teresa Loretucci	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3
Monia Mancini	Cittadinanzattiva
Maria Pia Ruggieri	Cittadinanzattiva





Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE
DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Esperti	
Francesco Enrichens	Direttore Sanitario ATS Sardegna
Giuseppe Murolo	Responsabile del Servizio Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana
Altri partecipanti	
Luigi Bertinato	Istituto Superiore di Sanità - Direttore Area Governo Clinico
Claudio Seraschi	Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN - Ufficio 3
Segreteria tecnica	
Roberta Cappelluti	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Giuseppina Ciarniello	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3
Katia Salomone	Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione Sanitaria - Ufficio 3



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 13 – Numero di ricoveri di soggetti con età 0-14 anni con diagnosi di neoplasia in tutti i campi diagnosi per stabilimento e disciplina, Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione AREs Puglia

Istituto	Reparto	Day Hospital	Ordinario	Totale	%
AO CONS. POLICLINICO - BARI		181	342	523	33%
	CHIRURGIA PLASTICA		3	3	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	1	3	
	PEDIATRIA	179	338	517	
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA		1	8	9	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	OCULISTICA		3	3	
	PEDIATRIA		3	3	
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	UROLOGIA	1	1	2	
		20	24	44	3%
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	20	23	43	
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO		136	548	684	44%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	135	537	672	
	PEDIATRIA	1	7	8	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
IRCCS E. MEDEA - OSTUNI			4	4	0%
	NEURORIABILITAZIONE		4	4	
ST F. FERRARI - CASARANO			3	3	
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
ST GIOVANNI XXIII - BARI	PEDIATRIA		1	1	
		1	26	27	2%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		19	19	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		4	4	
	PEDIATRIA	1	1	2	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
		2	9	11	1%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
ST."V.FAZZI" - LECCE		157	87	244	16%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	157	86	243	
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1	1	
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI			4	4	0%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
Altri istituti		3	14	17	1%
Totale		501	1062	1563	

Il tema della dispersione pone la questione del volume di attività ottimale a garantire la qualità delle cure e la sicurezza del paziente.

I dati che seguono sono tratti dal Programma Nazionale Esiti: per le patologie per le quali esiste evidenza di efficacia delle cure in funzione di una soglia minima di interventi (mammella: 150; polmone: 150; colon: 50; stomaco: 20), sono riportate in verde le strutture che superano il volume minimo di attività raccomandato.



Rete Oncologica Pugliese



Tabella 14 - Numero d'interventi per sede tumorale e struttura ospedaliera di dimissione, anno 2015 - Fonte PNE, elab. ARoS Puglia

STRUTTURA	Colo-retti	Colon	Esofago	Fegato	Laringe	Mammella	Pancreas	Polmone	Prostata	Rene	Retto	Stomaco	Tiroide	Utero	Vescica	Totale
A.O.SSN Policlinico-Bari	12	234	8	94	7	298	25	72	110	104	88	66	98	172	48	1.432
Casa Sollievo della Sofferenza	3	114	1	18	25	341	22	53	104	35	39	46	59	44	43	950
Osp. C. Miulli-Acquaviva Delle Fonti	8	116	2	17	21	53	5		294	81	9	27	83	60	59	845
A.O.U.U. di Foggia-Foggia	1	92	1	18	10	150	7	92	138	47	33	26	11	21	27	672
Osp. V. Fazzi-Lecce	3	57		4	17	113		137	24	8	2	10	68	76	3	633
Osp. S. Paolo-Bari	1	22				288		154				2	1	8		484
Osp. C. G. Panico-Tricase	2	69	1	3	13	48	5	8	94	84	22	11	9	19	65	453
Istituto Tumori Giovanni Paolo II-Bari		29	3	10	6	331	1	1			3	14	24	12		434
CCA C.B.H. Mater Dei-Bari	1	38		4		144	1	68	4	3	7	12	8	82	2	370
CCA D'Amore ERL-Taranto		10		2	2	251	1				6	2	86	1		381
Osp. Perrino-Brindisi	3	40			9	132			0	14	4	9	52	14	2	341
IRCCSpub Saverio de Bellis-Castellana Grotta	8	125	2	14			1	18			45	40		2		254
Osp. S. S. Annunziata-Mozcati-Taranto		49		2	3	92	1		7	5	13	7	3	52	9	243
CCA Città di Lecce-Lecce		7		2		153						2	7			177
Osp. Mons. R. Dimiccoli-Beretta		31			24	103					11	2	3			174
Osp. di Martina Franca-Martina Franca	1	37		2		17			58	9	12	4		4	15	159
CCA S. Maria-Bari	1	26				87	1		20	2	16	3		4	10	149
CCA Casa Bianca-Cassano Della Mugello	3	24		2		59	2		6	14	11	6	7	8	8	148
Osp. di Copertino-Copertino	1	51	2	9		7	6		1	3	11	13	2	16	1	123
Osp. Sacro Cuore di Gesù-Gallipoli		39				83					13	4		5		119
Osp. di Monopoli-Monopoli		6			1	56			24	10				7	3	111
Osp. di Venere-Bari		8			34	6			38	2			4	8	5	105
Osp. di Casarano-Casarano	2	17		10		2	1		24	21	1	5	2	6	5	99
CCA Prof. Patrucco-SRL-Lecce		13				59			2	3	3	6	3	3	4	81
Osp. L. Bonomo-Andria		31		2		1			10	3	6	3	3	16	3	78
Osp. S. Paolo-Molfetta		13				29			20	4	2	5	5		4	77
Osp. di Manduria-Manduria		32		1		9					5	5				53
Osp. di Francavilla Fontana		18		1		21					3	1		8		50
Osp. di Scorrano-Scorrano		23		2		3			1	10	6	1		2	2	47
CCA Bernalini-Taranto		29	1	3		1	1			11	5			2	1	45
Osp. di Altamura-Altamura		13	1	2	1	8	1		8	2	5	1		1	3	44
Osp. G. Tatarella-Cerignola		14							14	7	2	2			4	43
CCA Prof. Brodetti-Foggia		4		1		5			6	1	11	7	5			39
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4								2				37
Osp. C. Novella-Gelatina		14		2		7					3			8	1	33
Osp. di Putignano-Putignano	1	17		1		11					1		1			32
Osp. di Castellana-Castellana Grotta		9				4			6	1	4	1			4	28
CCA S. Francesco-Catania	1	7				8			4		1					21
Osp. di Ostuni-Ostuni		12									2	1				15
Osp. Teresa Masselli-San Severo		5				2								7		16
CCA S. Camillo-Taranto		6				1			4		1	1				13
CCA Saverio-Brindisi		3				1			2		1		1	2		10
Osp. di Manfredonia-Manfredonia		7									1					8
Osp. di Bisceglie-Bisceglie		3				3					1					7
Osp. S. Severo-Lucera		4				1						1				6
CCA Anthas-Bari		3		2												5
CCA Medici SRL-Canosa				1		3				1						9
A.O.SSN Giovanni XXIII-Bari										2						2
Osp. S. Paolo-Corato														2		2
Totale complessivo	55	1548	22	233	172	3019	98	593	1020	479	413	347	535	662	327	6523

Se osserviamo la distribuzione dell'attività di erogazione di chemioterapia, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, osserviamo che, mentre in alcuni territori vi è una maggiore concentrazione di offerta, in altri - ad esempio in provincia di Lecce - la rete si articola in una molteplicità di centri, anche territoriali. Il Policlinico di Bari è l'azienda che registra la massima attività, seguita dall'IRCCS Oncologico di Bari.

Nella provincia di Bari, l'ospedale con la più alta erogazione di chemioterapia è l'Ospedale San Paolo, seguito dall'EE Miulli; in provincia di Foggia è l'EE Casa Sollievo della Sofferenza, seguito dagli Ospedali Riuniti; in provincia BAT l'ospedale di Bisceglie/Trani; in provincia di Brindisi l'ospedale Perrino; in provincia di Taranto il SS. Annunziata; in provincia di Lecce l'EE Panico, seguito dal Vito Fazzi di Lecce.



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 15 – Numero di prestazioni di chemioterapia per Azienda sanitaria e struttura, Anno 2015 fonte Edotto – elab. ARoS Puglia

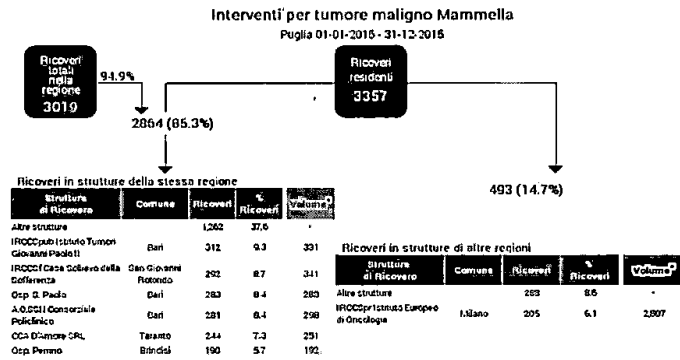
AZIENDA	STABILIMENTO	PREST. AMB	RICOVERO	TOTALE
AO Ospedale Consorziato Policlinico		17.070	220	17.290
IRCSS Oncologico - Bari		16.243	150	16.393
AO Ospedali Riuniti - Foggia		6.512	570	7.082
IRCSS S. De Bellis - Castellana Grotte		2.176	268	2.444
BARI		19.284	47	19.331
	OSPEDALE SAN PAOLO - BARI (CORATO-MOLFETTA-TERLIZZI)	7.139		7.139
	EE OSPEDALE MIULLI - ACQUAVIVA DELLE FONTI	5.130	36	5.166
	OSPEDALE DI VENERE - BARI (TRIGGIANO)	4.990		4.990
	OSPEDALE DELLA MURGIA FABIO PERINEI - ALTAMURA	1.807	11	1.818
	OSPEDALE MONOPOLI	418		418
BAT		4.777	362	5.139
	OSPEDALE BISCEGLIE (TRANI)	3.506		3.506
	OSPEDALE BARLETTA	1.211	362	1.573
	OSPEDALE L. BONOMO - ANDRIA (CANOSA)	60		60
BRINDISI		5.582	1.086	6.668
	OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)	3.174	951	4.125
	OSPEDALE OSTUNI (FASANO)	1.989	48	2.037
	OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA	419	87	506
FOGGIA		9.223	1.751	10.974
	EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	9.036	1.330	10.366
	OSPEDALE TERESA MASSELLI - SAN SEVERO (LUCERA)	1	388	387
	CASA DI CURA PROF. BRODETTI S.R.L.	186	35	221
LECCE		12.915	2.792	15.707
	EE CARDINALE PANICO - TRICASE	9.559	55	9.614
	OSPEDALE VITO FAZZI - LECCE (SAN CESARIO)	1.727	1.466	3.193
	OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU - GALLIPOLI	322	732	1.054
	OSPEDALE CATERINA NOVELLA - GALATINA	538	152	690
	OSPEDALE CASARANO	257	382	639
	POLIAMBULATORIO - CASARANO	203		203
	POLIAMBULATORIO - NARDO'	148		148
	OSPEDALE COPERTINO	124	5	129
	POLIAMBULATORIO - GAGLIANO DEL CAPO	37		37
TARANTO		11.696	790	12.486
	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO (MOSCATI)	7.778	570	8.348
	OSPEDALE CASTELLANETA	2.222	130	2.352
	CASA DI CURA VILLA VERDE S.N.C.	721		721
	OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	678		678
	OSPEDALE M.GIANNUZZI - MANDURIA	297	90	387
REGIONE	TOTALE	105.478	9.036	113.514

Emerge una esigenza improcrastinabile di ridefinire il modello di offerta assistenziale, disegnando percorsi in grado di orientare i pazienti, qualificando i punti di erogazione in termini di efficacia ma garantendo allo stesso tempo l'equità di accesso alle cure, anche per contrastare il fenomeno della mobilità passiva extraregionale, particolarmente elevato per alcune patologie, come si vede dai grafici che si riportano di seguito, sempre tratti dal PNE e relativi all'anno 2015.

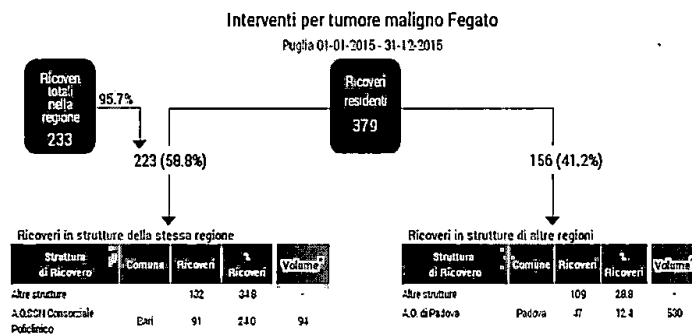
Nonostante la presenza di numerosi centri che eseguono interventi per la mammella, la mobilità passiva è pari al 15% dei casi; è pari al 22% dei casi la mobilità passiva per gli interventi per il tumore del polmone e ben 4 pazienti pugliesi su 10 scelgono una struttura fuori regione quando ricevono una diagnosi di neoplasia del fegato, patologia per altro con incidenza in eccesso nella nostra regione e in particolare nel territorio del nord barese e della BT.



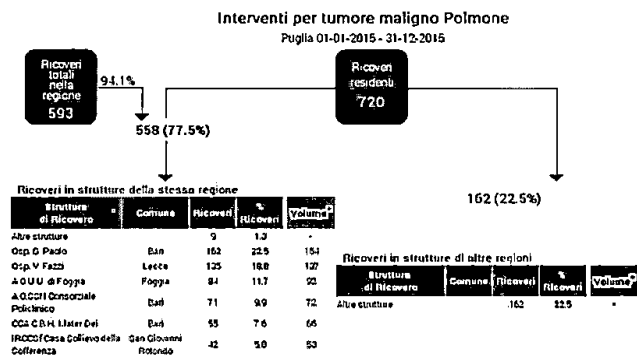
Grafico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



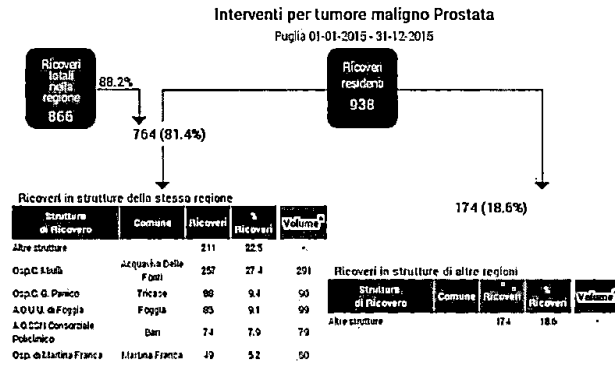
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



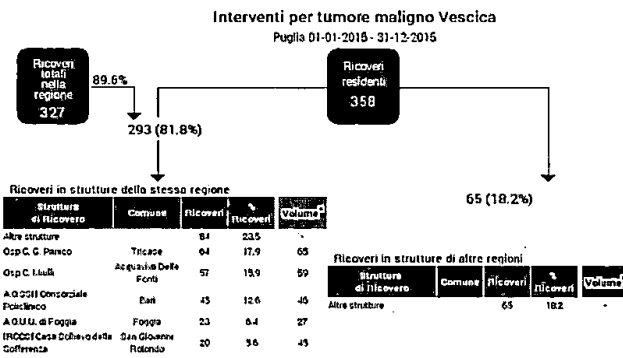
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio



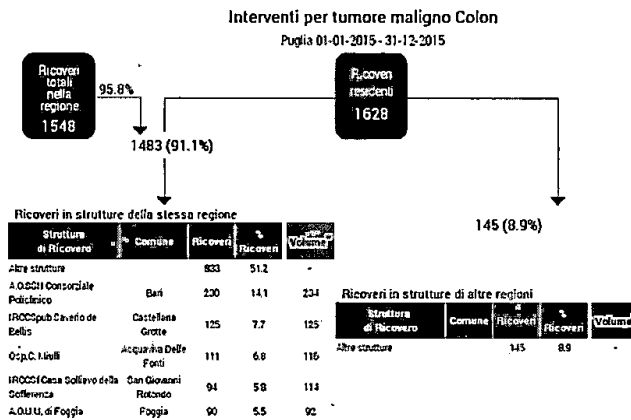
Grafico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio.



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio.



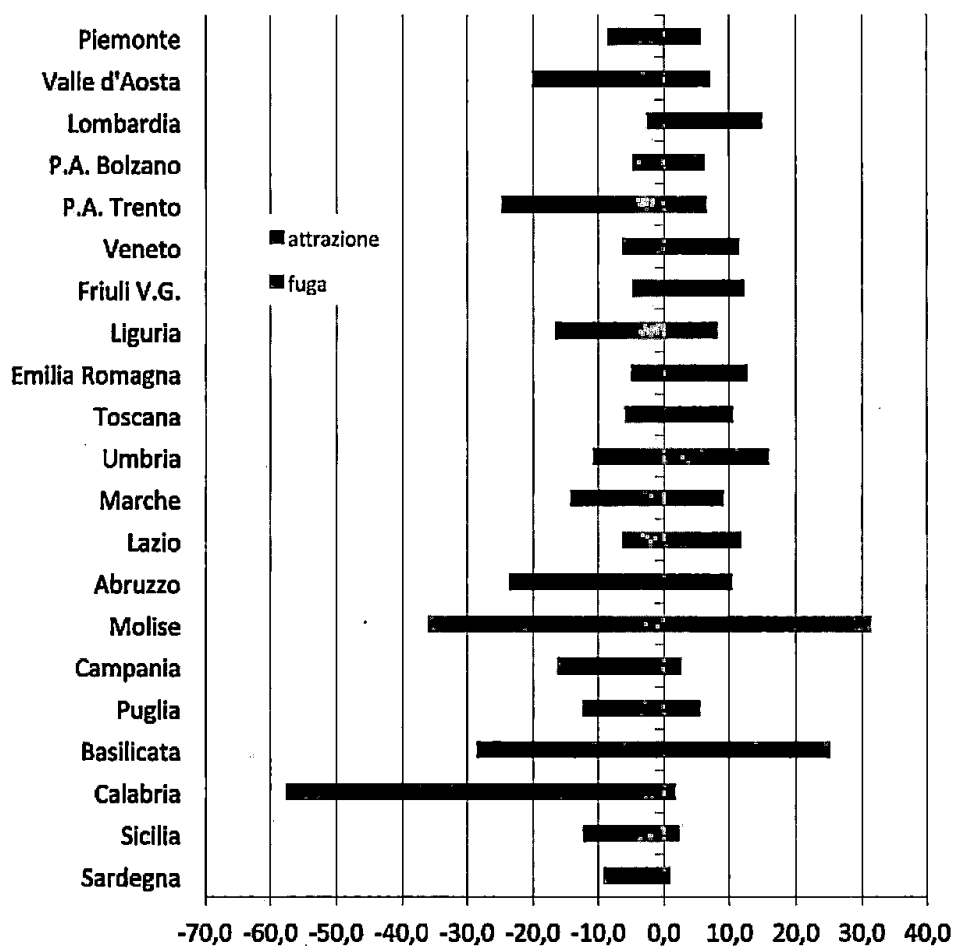
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio.



Rete Oncologica Pugliese

Il Ministero della Salute ha fornito con il Rapporto SDO 2015 il dato di mobilità attiva e passiva per i pazienti con tumore nell'anno 2014 per regione:

Grafico 11 – Mobilità ospedaliera (attiva e passiva) per tutti i tumori, ricoveri ordinari, anno 2014, fonte Rapporto SDO 2015 Ministero Salute



La Puglia mostra la mobilità passiva più bassa tra le regioni meridionali, con l'eccezione delle isole, e la mobilità attiva più alta, dopo la Basilicata.

I ricoveri effettuati dai pazienti oncologici nel 2015 sono stati pari a 5.564, il 9,5% del totale della mobilità passiva extraregionale.

Rispetto ai ricoveri oncologici effettuati in Puglia nello stesso anno, i ricoveri oncologici effettuati fuori Regione rappresentano il 12,5%.



Rete Oncologica Pugliese

Tabella 16 - Ricoveri per provincia di residenza dei pazienti neoplastici in Puglia e fuori regione (valori assoluti e %), Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARoS Puglia

Nim Ricoveri	Provincia di residenza						Totale
	FG	BA	TA	BR	LE	BT	
Fuori Puglia	1.117	1.086	922	565	1.392	482	5.564
In Puglia	7.469	10.608	5.358	3.534	8.857	3.070	38.896
Totale	8.586	11.694	6.280	4.099	10.249	3.552	44.460
%Ricoveri	Provincia di residenza						Totale
	FG	BA	TA	BR	LE	BT	
Fuori Puglia	13,01%	9,29%	14,68%	13,78%	13,58%	13,57%	12,51%
In Puglia	86,99%	90,71%	85,32%	86,22%	86,42%	86,43%	87,49%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

La percentuale di ricoveri in mobilità più elevata si registra in provincia di Taranto, seguita dalla provincia di Brindisi, la più bassa in provincia di Bari.

Complessivamente, il 32% dei ricoveri oncologici fuori regione viene eseguito in Lombardia, cui segue il Lazio (15%) e l'Emilia Romagna. Va osservato che i pazienti residenti nelle province di Bari e Taranto scelgono, come seconda regione di elezione, la Basilicata.

Tabella 17 - Ricoveri per provincia di residenza dei pazienti neoplastici in Puglia per regione di destinazione, Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARoS Puglia

REGIONE	Provincia di Residenza												Totale	%
	FG	%	BA	%	TA	%	BR	%	LE	%	BT	%		
PIEMONTE	30	3%	23	2%	30	3%	13	2%	21	2%	15	3%	132	2%
VALLE D'AOSTA	-	0%	-	0%	1	0%	-	0%	-	0%	1	0%	2	0%
LOMBARDIA	263	24%	346	32%	237	26%	207	37%	552	40%	159	33%	1.764	32%
PROV. AUT. BOLZANO	-	0%	3	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	3	0%
PROV. AUT. TRENTO	3	0%	2	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	0%	6	0%
VENETO	48	4%	119	11%	99	11%	69	12%	160	11%	25	5%	520	9%
FRIULI V. GIULIA	9	1%	20	2%	8	1%	11	2%	18	1%	2	0%	68	1%
LIGURIA	5	0%	13	1%	15	2%	5	1%	13	1%	2	0%	53	1%
EMILIA ROMAGNA	136	12%	110	10%	120	13%	77	14%	199	14%	47	10%	689	12%
TOSCANA	16	1%	80	7%	43	5%	33	6%	76	5%	12	2%	260	5%
UMBRIA	1	0%	2	0%	11	1%	4	1%	4	0%	1	0%	23	0%
MARCHE	31	3%	9	1%	11	1%	9	2%	14	1%	9	2%	83	1%
LAZIO	157	14%	130	12%	145	16%	83	15%	220	16%	84	17%	819	16%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	12	1%	25	2%	25	3%	32	6%	55	4%	12	2%	161	3%
ABRUZZO	81	7%	10	1%	7	1%	5	1%	7	1%	9	2%	119	2%
MOLISE	150	13%	8	1%	2	0%	1	0%	4	0%	4	1%	169	3%
CAMPANIA	51	5%	37	3%	12	1%	2	0%	16	1%	33	7%	151	3%
BASILICATA	120	11%	131	12%	148	16%	10	2%	19	1%	64	13%	492	9%
CALABRIA	-	0%	12	1%	5	1%	2	0%	13	1%	1	0%	33	1%
SICILIA	4	0%	6	1%	3	0%	2	0%	1	0%	-	0%	16	0%
SARDEGNA	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	0%	1	0%
TOTALI	1.117	100%	1.086	100%	922	100%	565	100%	1.392	100%	482	100%	5.564	100%



Rete Oncologica Pugliese

4.2 LA DOTAZIONE TECNOLOGICA PER LA MEDICINA NUCLEARE

Tab. 18 - Sistemi PET/TC presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private)_distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	EE Casa sollievo della sofferenza	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL FG	Azienda Ospedaliera'Ospedali Riuniti'	AO UNIV. 'OD RR FOGGIA'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL BT	ASL BT	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	3
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
ASL LE	ASL LE	CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE DI G. CALABRESE E C. SAS	Z11020301-SISTEMI TAC/PET	1
totale				20

Z11020301 SISTEMI TAC/PET

Sistemi per diagnostica per immagini costituiti da una tac ed una pet camera integrate. Consentono l'acquisizione contemporanea di immagini nelle due modalità sia in modo separato che combinato. Le immagini così raccolte vengono memorizzate in quanto localizzano anatomicamente e con precisione la distribuzione del radiofarmaco. Tali tipi di immagini vengono spesso correlate e collegate ad altri sistemi di trattamento radioterapico o tps (treatment planning system).

Tab. 19 - Sistemi TAC/GAMMA CAMERA presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private) distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	3
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE GENERALE PROV. CARD. G. PANICO	Z11020201-SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	1
totale				7

Z11020201 SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA

Sistemi per diagnostica per immagini costituiti da una tac ed una spect/gamma camera integrate. Consentono l'acquisizione contemporanea di immagini nelle due modalità sia in modo separato che combinato. Le immagini così raccolte vengono memorizzate in quanto localizzano anatomicamente con precisione la distribuzione del radiofarmaco. Tali tipi di immagini vengono spesso correlate e collegate ad altri sistemi di trattamento radioterapico o tps (treatment planning system).

Sono tecnologie utilizzate in medicina nucleare per l'acquisizione delle immagini scintigrafiche. Queste ultime rappresentano visivamente la distribuzione nel corpo umano della radioattività emessa dai radiofarmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico.

Il bisogno in termini di prestazioni PET e SPET espresso dai pazienti residenti in Puglia si aggira intorno alle 18.000 e 11.000 prestazioni l'anno rispettivamente. A fronte di un indice di attrazione pari a circa il 4%, le fughe registrate per prestazioni PET (anno 2013) sono pari al 17% e, come osservato nel corso di altre analisi, sono indipendenti dall'incremento dell'offerta in Regione. Per le prestazioni SPET l'indice di fuga registrato (anno 2013) è pari al 7%, l'indice di attrazione, del 2%. La Spesa per prestazioni PET e SPET in mobilità passiva nel 2013 è stata di 3.329.226,19 € e 141.382,65 € rispettivamente.

In appendice sono riportate alcune tabelle di dettaglio.



Rete Oncologica Pugliese

4.3 LA DOTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Tab. 20 - Acceleratori lineari presenti in Regione Puglia (strutture pubbliche e private) distribuzione per Provincia

Provincia	Azienda	Struttura di allocazione	CODICE CND	Numero
ASL FG	Azienda Ospedaliera 'Ospedali Riuniti'	AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL FG	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
ASL BT	ASL BT	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	1
ASL BA	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	2
ASL BA	AO Univ Consorziale Policlinico di Bari	CONSORZIALE POLICLINICO BARI	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL BA	ASL BA	C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	Z11010101-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA	1
ASL BR	ASL BR	OSPEDALE PERRINO BRINDISI	Z11010101-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA	1
ASL TA	ASL TA	OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL LE	ASL LE	CASA DI CURA CITTA DI LECCE	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	2
ASL LE	ASL LE	OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
			Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	1
totale				20

Z11010101 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA SINGOLA

Irradiano un fascio di particelle (protoni) ad energia singola nominale solitamente da 6 Mev. I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Z11010102 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA

Acceleratori lineari che irradiano un fascio di particelle (ad esempio protoni, elettroni, etc.) ad energia multipla nominale massima inferiore o uguale a 15 Mev. I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Z11010103 ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA

Acceleratori lineari che irradiano un fascio di particelle (ad esempio protoni, elettroni, etc.) ad energia multipla nominale massima superiore a 15 Mev (arrivano anche a valori di 50 Mev o 1 Gev). I protoni sono accelerati e generati per mezzo di cannoni termoionici, fotoiniettori o altri mezzi. Tali sistemi rendono disponibile un'emissione uniforme e modulata in intensità a fini radioterapeutici. Il fascio può colpire l'area interessata direttamente o attraverso opportuni collimatori sagomati.

Il bisogno in termini di radioterapia oncologica espresso dai pazienti residenti in Puglia si aggira intorno ai 2.300 ricoveri e alle 280.000 prestazioni l'anno.

I soggetti residenti che nel 2015 sono andati incontro ad un trattamento radioterapico in regime ambulatoriale in Regione sono circa 9.000, in regime di ricovero poco più di 800 e circa un centinaio di pazienti ha subito un trattamento radioterapico in Regione in entrambi i setting.

Una quota di soggetti residenti trova riscontro alla propria domanda fuori regione per una spesa in termini di mobilità passiva per radioterapia quantificabile intorno ai 6.000.000,00 di euro circa, comprendendo ricoveri e prestazioni specialistiche (6.072.066,57 € nel 2013).

In appendice sono riportate alcune tabelle di dettaglio.

L'esigenza primaria di prossimità delle cure oncologiche, l'opportunità di garantire una presa in carico integrata del paziente neoplastico, le correnti conoscenze e prassi di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sull'intero territorio regionale e le buone pratiche in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

ARes Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



Rete Oncologica Pugliese

5. IL MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE

5.1 I PRINCIPI ORGANIZZATIVI E DI FUNZIONAMENTO

Il Piano Regionale di Salute 2006-2008, allegato alla L.R. 23/2008, proponeva l'istituzione di una **RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)** destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico.

Il progetto organizzativo della Rete Oncologica prevedeva la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente, assegnando i seguenti obiettivi:

ottimizzare la prevenzione primaria e secondaria, nonché il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente;

razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario;

superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato e più vicino in funzione della fase della malattia.

Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il *burden* del cancro – Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.

In particolare, vengono identificate due componenti principali quali presupposti gestionali nella costituzione della Rete Oncologica:

- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia oncologica, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un *disease management team* formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera strutturata nelle Breast Units;
- l'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

Vengono quindi proposti alcuni modelli organizzativi, identificando nel **Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)** il modello da privilegiare in quanto potenzialmente in grado di rendere il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è considerato inoltre capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza in quanto tende ad evitare le duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli *cost-effective*.

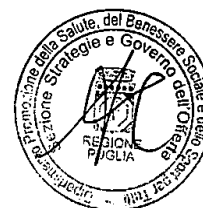
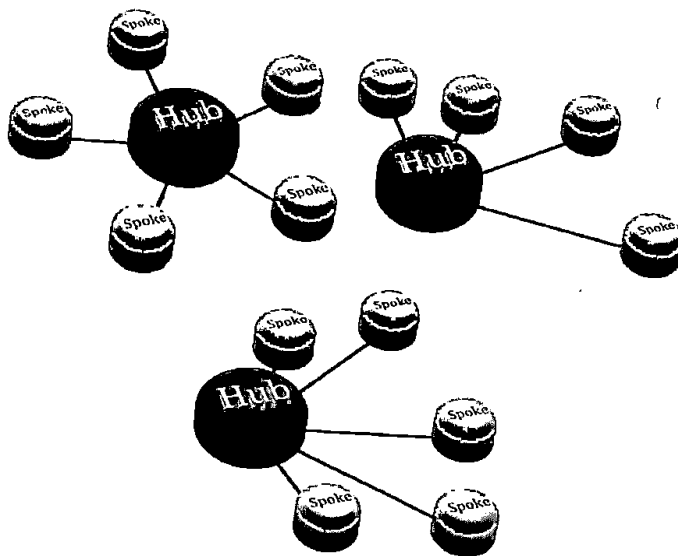


Figura 1 - Il modello di rete Hub & Spokes



Questo tipo di struttura oncologica si configura come un network gestito da un'autorità centrale che tende ad includere tutte le strutture già presenti sul territorio e a coordinare in modo efficiente il loro ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione del paziente oncologico. Valore aggiunto è la possibilità di garantire al malato un'assistenza eccellente e di prossimità, poiché si andrebbero a utilizzare le strutture già presenti sul territorio che verrebbero valorizzate, migliorate e rese ancor più specializzate.

La ROP si mantiene efficace, integrata, sostenibile e evolvibile attraverso:

- l'adozione condivisa di linee-guida, strategie di prevenzione e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) tecnico-professionali che siano obbligatori per i professionisti delle diverse strutture;
- l'introduzione e l'uso ottimale e appropriato di tecnologie avanzate, anche costose e purché pienamente impiegate e con efficacia provata;
- la selezione all'interno del network delle strutture più idonee a trattare in via esclusiva o prevalente tutti quei tumori (anche rari e complessi) per i quali sia documentata la correlazione tra alto numero di casi trattati e alta qualità degli esiti e della sicurezza delle cure;
- la selezione all'interno del network delle strutture di eccellenza cui delegare in via esclusiva o prevalente la gestione dei farmaci e delle procedure ad alto investimento e ad alto costo di gestione;
- l'uniformità e l'equità di accesso alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e al sostegno assistenziale;
- la promozione e il sostegno a iniziative di residenzialità a favore delle famiglie in attesa per cure specialistiche all'interno della Regione ma lontane dal proprio domicilio, anche con la collaborazione con associazioni di volontariato ed enti locali;

Rete Oncologica Pugliese

- la promozione e l'obbligatorietà di soluzioni tecnico-logistiche comuni volte a sfruttare economie di scala e le migliori opportunità offerte dal mercato delle forniture sanitarie;
- l'adozione vasta e sistematica di soluzioni di telemedicina allo scopo di garantire al paziente la più adeguata permanenza al proprio domicilio e la contestuale tenuta in carico a distanza da parte del prestatore di cure;
- il dialogo continuo e biunivoco tra sistema di prevenzione e cura consolidate e sistema della ricerca medica al fine di garantire una continua evoluzione della rete sulla scorta delle nuove opportunità che la scienza offre.

Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

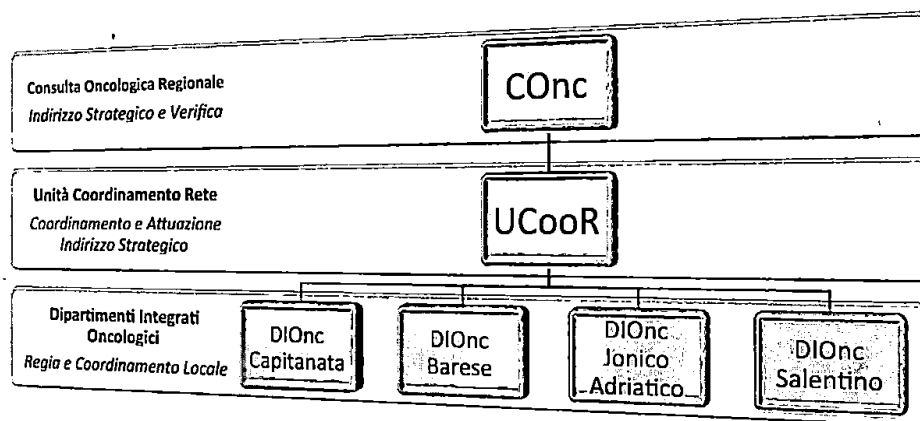
- gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una massa critica di pazienti: occorre pertanto orientare e indirizzare i pazienti verso percorsi di cura affidabili e sicuri;
- le risorse vanno allocate in modo selettivo con decisioni condivise nel sistema e con il coinvolgimento dei professionisti nel processo decisionale, facendo in modo che le decisioni siano "assunte responsabilmente" da tutti con la preponderante ispirazione del miglioramento della qualità delle cure e della sostenibilità dei provvedimenti assunti;
- l'integrazione diventa effettiva e piena, oltre che tra strutture ospedaliere, anche con il mondo delle cure "territoriali", attraverso l'identificazione di percorsi trasversali e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (cure primarie, prevenzione primaria e secondaria, assistenza domiciliare, ecc.);
- gli *outcome* della ROP non sono la sommatoria degli *outcome* dell'operato delle singole strutture, ma i risultati intermedi di più alti *outcome* sull'intera popolazione regionale, da monitorare e valutare con adeguato sistema di indicatori di esito e di processo;
- gli attori della ROP sono tutti i soggetti, privati o pubblici, pazienti e professionisti, profit e volontariato che, a qualunque titolo, portano valore al mantenimento e all'evoluzione della Rete e saranno legati da vincoli di *partnership* ed *empowerment*.

5.2 L'ARTICOLAZIONE DELLA RETE E IL MODELLO DI FUNZIONAMENTO

Alla luce di queste indicazioni, la Regione Puglia adotta il progetto sperimentale di Rete Oncologica Pugliese, la cui articolazione è sintetizzata in figura 2 e descritta nelle pagine che seguono. Il progetto di Rete sarà implementato attraverso le opportune connessioni funzionali con il sistema degli screening oncologici a valle del processo di rifunionalizzazione del modello organizzativo di questi ultimi.



Figura 2 - L'articolazione di Rete



CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE con compiti di indirizzo strategico e di verifica, costituita da:

- Assessore regionale per le politiche della Salute che la presiede;
- un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria;
- un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia;
- il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute;
- il Direttore Generale dell'AReS Puglia;
- Il Rettore dell'Università degli Studi di Bari;
- Il Rettore dell'Università degli Studi di Foggia;
- un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia;
- un rappresentante dei medici di famiglia (MMG) e un rappresentante dei pediatri di famiglia (PLS);
- un referente per i distretti socio-sanitari;
- due rappresentanti designati dalle Associazione di volontariato operante in campo oncologico.

La Consulta si riunisce presso l'IRCCS Oncologico di Bari, che garantisce le funzioni di segreteria. Elabora annualmente gli obiettivi strategici della rete e valuta la corretta esecuzione dei piani e programmi affidati all'Unità di coordinamento Rete.

La designazione dei rappresentanti delle Associazioni avverrà per il tramite della procedura di selezione di curriculum che potranno essere inviati dalle associazioni interessate, purché in possesso dei seguenti requisiti:

- Iscrizione al registro regionale delle associazioni di volontariato

Rete Oncologica Pugliese

- o Rappresentatività regionale

I candidati, nella formulazione del curriculum, dovranno evidenziare l'assenza di conflitti di interesse e di rapporti di lavoro con le aziende ed enti del SSR.

La procedura di selezione e l'individuazione dei rappresentanti delle associazioni sarà effettuata dal Dipartimento Promozione della Salute, benessere sociale e sport per tutti e dall'AReS.

UNITA' DI COORDINAMENTO DELLA RETE (UCoor) cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta Oncologica Regionale e che ha sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale".

L'Unità di Coordinamento della Rete è composta da:

- o il Direttore Generale dell'IRCCS Oncologico, che ne è il Presidente;
- o i Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche e private equiparate;
- o i coordinatori operativi dei dipartimenti integrati di oncologia;
- o un rappresentante della Rete Ematologica Pugliese;
- o un rappresentante dell'AReS, in qualità di referente del Registro Tumori Puglia;
- o un rappresentante dell'AReS Puglia, in qualità di esperto di Health Technology Assessment;
- o un rappresentante del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere e dello Sport per tutti;

Ai componenti dell'Unità di Coordinamento Rete non spetta alcun compenso.

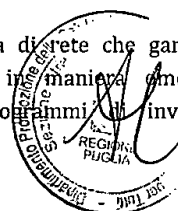
Il Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete ha le seguenti funzioni:

- o convoca e presiede l'Unità di Coordinamento Rete;
- o è responsabile dell'esecuzione delle decisioni adottate dall'Unità di Coordinamento Rete;

L'Unità di Coordinamento di Rete si avvale, per il monitoraggio esecutivo delle decisioni assunte dall'Unità, di un Coordinatore Operativo, nominato dal Presidente dell'Unità di Coordinamento Rete, su designazione dei componenti dell'Unità di coordinamento Rete, con maggioranza qualificata, e dura in carica tre anni, rinnovabili. I rappresentanti di AReS e del Dipartimento Promozione della Salute hanno funzioni di supporto tecnico-scientifico e amministrativo e non hanno diritto di voto.

L'Unità di Coordinamento di Rete elabora, sulla base degli indirizzi impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale:

- o Le attività di Rete: definizione di linee guida, PDTA, sistema di monitoraggio e verifica, definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazioni della rete, controlli di qualità; coordinamento delle attività dei dipartimenti integrati di oncologia, attraverso la verifica delle attività realizzate e l'approvazione dei piani e programmi annuali.
- o I programmi trasversali di Rete: si tratta delle attività di rete che garantiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in maniera omogenea e standardizzata a livello regionale (approvazione programmi di investimento



Rete Oncologica Pugliese

strutturale, infrastrutturale e tecnologico, formazione, definizione del sistema informativo di Rete, informazione e comunicazione, ecc.).

- o I progetti sperimentali di Rete: si tratta di iniziative a carattere innovativo e di ricerca che risultano di interesse prioritario regionale (che possono riguardare tecnologie, farmaci, dispositivi, modalità organizzativo-gestionali ecc.) e che possono essere attivati in via sperimentale anche da uno o più dipartimenti integrati. L'Unità di coordinamento di Rete promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete, propone e/o valuta iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orientandone l'utilizzo dei fondi e assicurando il trasferimento operativo dei risultati quando appropriato; coordina la partecipazione a bandi di finanziamento per ricerche in campo oncologico.

L'Unità di Coordinamento di Rete promuove la conoscenza scientifica attraverso la predisposizione di appositi strumenti per l'accesso alle risorse bibliografiche e alle banche dati biomediche e la diffusione delle buone prassi e delle linee guida istituendo un sito web dedicato agli operatori della Rete e ai cittadini.

Il Coordinatore Operativo dell'Unità di coordinamento Rete è affiancato da un Ufficio di Staff con funzioni di segreteria e di supporto per l'implementazione e il monitoraggio delle attività delle Rete, dei Programmi Trasversali e dei Progetti Sperimentali, la cui composizione è decisa dall'Unità di Coordinamento di Rete e formalizzata dal Presidente dell'Unità di Coordinamento di Rete.

Per lo svolgimento dei propri compiti, l'Unità di coordinamento Rete può attivare Gruppi di Lavoro di valenza regionale su specifici temi: i Gruppi di Lavoro sono composti da tutti o alcuni componenti della Unità di coordinamento Rete, che possono avvalersi anche di esperti esterni, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale, al netto di eventuali rimborsi spese per missioni.

Per la definizione dei PDTA e delle linee guida l'Unità di Coordinamento Rete raccoglie e sistematizza le proposte dei Gruppi di Patologia Interdisciplinari dei Dipartimenti Integrati di Oncologia.

L'Unità di Coordinamento di Rete si riunisce almeno bimestralmente, salvo la necessità di ulteriori convocazioni per problematiche urgenti, su decisione del Presidente o su richiesta del Coordinatore Operativo o di almeno tre dei componenti.

L'Unità di Coordinamento di Rete sottopone le proprie decisioni, assunte a maggioranza assoluta dei presenti alle riunioni, alla Consulta Oncologica Regionale che ha 15 giorni dall'invio per esprimersi in merito, trascorsi i quali si ritengono approvate.

Una volta approvate dalla Consulta, le decisioni vengono notificate per la conseguente adozione da parte dei Dipartimenti Integrati di Oncologia ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

DIPARTIMENTI INTEGRATI DI ONCOLOGIA (DIOnc), che è titolare della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica, chirurgica, territoriale e sociale che si svolgono nel proprio ambito territoriale e opera sulla base dei piani e programmi formulati dall'Unità di coordinamento Rete.

Svolge attività di indirizzo e supporto nei confronti di tutte le strutture ospedaliere che territoriali, alle quali spettano invece le attività che coinvolgono direttamente il paziente e che



Rete Oncologica Pugliese

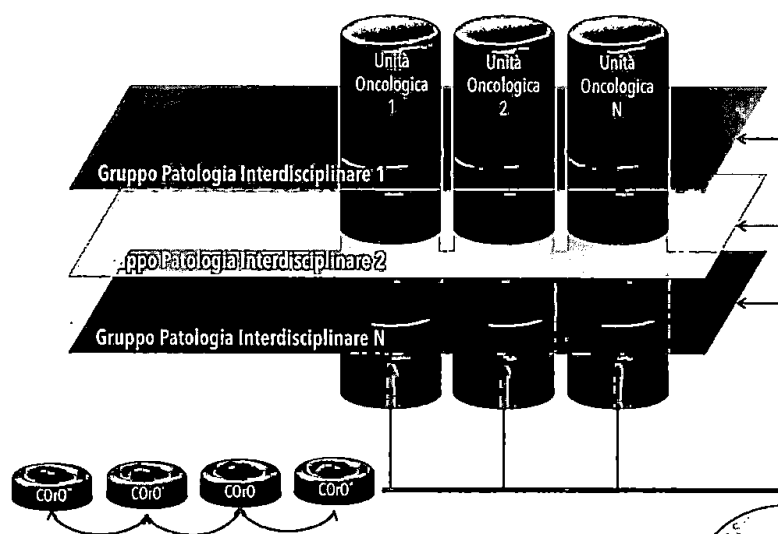
vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, alle prestazioni ambulatoriali, al follow up, alla riabilitazione, alle terapie domiciliari e al supporto socio-sanitario.

Per garantire un'equa e bilanciata ripartizione di risorse e servizi, onde consentire al paziente di trovare la più completa assistenza in un ragionevole ambito demo-geografico, è disposta l'attivazione di un Dipartimento per circa 1 milione di abitanti; conseguentemente è prevista la costituzione di dipartimenti interaziendali, sia di natura funzionale che strutturale.

- Dipartimento Integrato di Oncologia di Capitanata, con sede presso AOU Ospedali Riuniti di Foggia e comprendente anche la ASL di Foggia, la ASL BT e l'Ente Ecclesiastico Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Barese, con sede presso IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari e comprendente anche l'AOU Policlinico Consorziabile di Bari, la ASL di Bari, l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte e l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Jonico-Adriatico con sede presso Ospedale Moscati di Statte e comprendente anche la ASL di Taranto e la ASL di Brindisi;
- Dipartimento Integrato di Oncologia Salentino con sede presso Ospedale Vito Fazzi di Lecce e comprendente, oltre la stessa ASL Lecce, anche l'Ente Ecclesiastico Card. Panico di Tricase.

Il Dipartimento si articola in **Unità Oncologiche** con il compito di erogare le prestazioni sanitarie, tenute in coordinamento organizzativo sul singolo caso dai **Gruppi di Patologia Interdisciplinari**, e in **Centri di Orientamento Oncologico (COO)** con il compito di indirizzare e supportare l'integrazione dei percorsi del paziente oncologico, secondo le modalità operative del *Care Management* (Figura 3).

Figura 3 – Il Dipartimento Integrato Oncologico (DIOnc)



Rete Oncologica Pugliese

Una volta costituito, ciascun Dipartimento individuerà al suo interno le sedi opportune entro cui svolgere le diverse attività previste dai protocolli adottati dall'Unità di Coordinamento Rete, sulla base dei criteri e dei requisiti adottati dalla Unità di Coordinamento Rete stessa.

Presso ciascun Dipartimento è costituito il Consiglio di Dipartimento, così composto:

- o il Direttore Sanitario di ogni Azienda Pubblica¹ e Privata equiparata afferente al Dipartimento;
- o due rappresentanti designati dai coordinatori dei Gruppi di Patologia afferenti al Dipartimento;
- o un rappresentante designato dai Direttori dei distretti socio-sanitari delle ASL dell'area di competenza;
- o un rappresentante designato dai direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL dell'area di competenza;
- o un rappresentante designato dai Dirigenti Farmacisti delle aziende dell'area di competenza;
- o due MMG dell'area territoriale di competenza del Dipartimento nominato dalle sezioni regionali delle Associazioni di Medicina Generale più rappresentative a livello regionale;
- o un Pediatra di Libera Scelta dell'area territoriale di competenza del Dipartimento nominato dalla sezione regionale della FIMP;
- o un rappresentante designato dai dirigenti delle professioni sanitarie dell'area di competenza;
- o un rappresentante della rete di cure palliative;
- o un rappresentante del Registro Tumori Puglia designato dai direttori dei registri provinciali dell'area di competenza.

Ai Consigli di Dipartimento è invitato a partecipare, senza diritto di voto, il Coordinatore Operativo dell'Unità di Coordinamento di Rete, o suo delegato. Il Consiglio di Dipartimento è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda sede del Dipartimento, che convoca le sedute.

Il Consiglio di Dipartimento si avvale di un Coordinatore Operativo, nominato con atto dirigenziale dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia e designato dai componenti a maggioranza assoluta: il Coordinatore Operativo dura in carica tre anni, rinnovabili, salvo dimissioni o decadenza decisa dal Consiglio stesso a maggioranza assoluta dei componenti.

La partecipazione al Consiglio di Dipartimento non comporta oneri di spesa a carico della Regione Puglia.

Il ruolo di Coordinatore Operativo del Dipartimento è incompatibile con quello di Direttore Generale e Sanitario delle Aziende Sanitarie Pubbliche e/o Private (equiparate) dell'area territoriale di riferimento del Dipartimento e con il ruolo di Coordinatore Operativo dell'UCoOR. Al Coordinatore Operativo si applicano gli istituti contrattuali del direttore di dipartimento ai sensi dell'Art. 27 CCNL 8.6.2000 I biennio economico Area IV, dell'Articolo 29 CCNL 8.6.2000 I biennio economico Area IV, nonché dell'art 17 bis d.lgs. 502/98.

¹ Per Azienda Sanitaria Pubblica si intendono le ASL, le AOU e gli IRCCS pubblici



Rete Oncologica Pugliese

Il Consiglio di Dipartimento esercita le competenze relative alla programmazione organizzativa e finanziaria del Dipartimento. Il Dipartimento opera attraverso:

- le attività di Dipartimento: applicazione di linee guida, PDTA, verifica del rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazioni della rete, esecuzione dei controlli di qualità;
- i programmi di Dipartimento: si tratta delle attività che garantiscono il funzionamento del Dipartimento, in maniera omogenea e standardizzata a livello provinciale (coordinamento delle attività delle Unità Oncologiche, dei COro e dei GPI, formulazione di proposte per programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico);
- i progetti di Dipartimento: si tratta della realizzazione delle iniziative a carattere innovativo e di ricerca approvate dall'Unità di Coordinamento di Rete. Il Consiglio di Dipartimento può proporre iniziative di ricerca, anche promuovendo il coinvolgimento di altri Dipartimenti all'Unità di Coordinamento di Rete, e coordina le iniziative di ricerca assegnate dall'Unità di Coordinamento di Rete.

In particolare il Consiglio di Dipartimento ha il compito di:

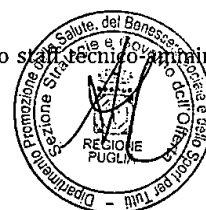
- elaborare il Programma di Dipartimento, sulla base delle indicazioni elaborate dall'Unità di Coordinamento di rete e verificarne l'attuazione, costituendo ed eventualmente aggiornando i Gruppi di Patologia Integrati;
- garantire l'invio, entro il 30 novembre di ogni anno, della relazione delle attività svolte nell'anno in corso e del relativo consuntivo di spesa, del piano delle attività per l'anno successivo con il relativo preventivo di spesa;
- indirizzare e coordinare tutte le attività oncologiche all'interno del Dipartimento, nell'ambito delle linee di indirizzo formulate dall'Unità di Coordinamento di Rete inerenti a:
 - tecnologie e strutture;
 - promozione, diffusione e applicazione di PDTA e linee guida;
 - controlli di qualità;
 - formazione e aggiornamento operatori;
 - informazione e comunicazione;
 - programmazione e controllo economico;
 - allocazione dei finanziamenti;
 - sistema informativo.

Le decisioni del Consiglio di Dipartimento di cui sopra vengono assunte a maggioranza semplice dei presenti. Il Consiglio di Dipartimento si riunisce con cadenza almeno bimestrale, salvo la necessità di ulteriori convocazioni per problematiche urgenti, su decisione del Coordinatore Operativo o di almeno tre dei componenti.

Il Consiglio di Dipartimento sottopone le proprie decisioni alla Unità di coordinamento Rete che ha 15 giorni dall'invio per esprimersi in merito, trascorsi i quali si ritengono approvate.

Una volta approvate, le decisioni vengono notificate per la conseguente adozione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

Il Consiglio di Dipartimento si avvale di una segreteria e di uno staff tecnico amministrativo dedicato.



UNITA' ONCOLOGICHE, individuate dal DIOnc, sono le erogatrici di prestazioni oncologiche appropriate sul territorio, organizzate a seconda della disciplina di appartenenza e della macroarea funzionale (settore) di pertinenza (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione).

Le Unità Oncologiche sono rappresentate da:

- Unità Operative Ospedaliere sono collocate negli ospedali di I e II livello della Rete e operano in regime di ricovero ordinario, day hospital ovvero di prestazioni ambulatoriali e day service;
 - Articolazioni operative del Distretto per funzioni di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, diagnostica di primo livello, assistenza domiciliare (terapia di supporto anche psicologica e cure palliative) e riabilitazione con l'eventuale ausilio delle associazioni di volontariato impegnate nell'assistenza ai pazienti oncologici, attraverso la stipula di specifiche convenzioni;
 - Hospice previsti dalla programmazione regionale.
- **Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI)**, cui è affidata la gestione diagnostico-terapeutica-assistenziale del paziente in forma integrata, sono costituiti nell'ambito del Dipartimento e hanno compiti operativi di definizione diagnostica, terapia, follow-up e controllo qualitativo delle prestazioni ed è composto dalle seguenti figure professionali, per quanto di competenza: specialista d'organo (medico e chirurgo), oncologo medico, radioterapista oncologo, radiologo, anatomo-patologo, specialisti del Distretto ed un rappresentante del Distretto stesso. Alla guida dei suddetti gruppi di patologia è preposto un coordinatore individuato dal Coordinatore Operativo del Dipartimento, sentito il Consiglio di Dipartimento.

Il Consiglio di Dipartimento individua i GPI sulla base di specifiche risorse e esigenze territoriali, in particolare di natura epidemiologica. In fase di prima applicazione, i primi 5 GPI con i relativi coordinatori sono designati dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Pubbliche e Private equiparate dell'area di competenza, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del Regolamento, al fine di consentire la costituzione dei Consigli di Dipartimento.

Compiti del gruppo di patologia sono:

- prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, il che comporta anche la prescrizione e la prenotazione di esami, e la definizione di uno scadenziario di visite;
- comunicare al Centro di Orientamento Oncologico la presa in carico di un paziente il cui ingresso non è stato registrato direttamente dal Centro di Accoglienza e Servizi;
- assicurare la comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico;
- elaborare, in raccordo con i PDTA sorgenti dell'Unità di Coordinamento, di area vasta relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e follow-up dei pazienti, anche sperimentali se approvati;
- attivare degli ambulatori multidisciplinari di patologia per l'individuazione ed i controlli periodici dei pazienti;



Rete Oncologica Pugliese

- o definire e realizzare percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;
- o eseguire audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida disponibili, elaborate dalla Rete ovvero - in assenza - validate dalla comunità scientifica;
- o valutare i risultati clinici ottenuti in riferimento ai dati di letteratura omogenei per patologia e stadio, con proposta di eventuali azioni correttive da attuare in caso di scostamenti significativi secondo i principi dell'evidence-based medicine.

L'attivazione del GPI nell'ambito dell'assistenza oncologica pugliese comporta l'identificazione di una nuova prestazione a contenuto specialistico, con conseguente aggiornamento del Tariffario regionale.

L'erogazione dei trattamenti, come pure i relativi adempimenti gestionali ed amministrativi, continuano ad essere compito delle esistenti unità operative, in questo supportate dal sistema informativo di Rete, fondato sulla cartella clinica informatizzata del paziente oncologico.

I GPI, attraverso le Unità Operative che li compongono, costituiscono per i COro la fonte informativa dei percorsi diagnostico-terapeutici di cui la Rete deve tenere traccia e che contribuiscono a definire la base informativa delle strutture di controllo (Unità di Coordinamento Rete, Registro Tumori Puglia).

CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO (COro)

Il COro è una nuova struttura operativa collocata nell'ambito del Dipartimento Integrato di Oncologia presso i Servizi Oncologici di ogni azienda afferente e presso i Presidi Territoriali di Assistenza, con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo-gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di tutti i pazienti oncologici.

Il COro ha il compito di informare e accogliere ogni nuovo paziente, residente nel distretto di competenza, che chiede di essere seguito - spontaneamente o su indicazione del MMG/altro specialista - da una delle strutture afferenti alla Rete Regionale assicurandone la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Si fa carico di gestire le problematiche amministrativo-gestionali nonché quelle di supporto al percorso del paziente, garantendone e verificandone la continua "presa in carico" da parte della Rete, in costante dialogo con la medicina di famiglia.

I COro, tra loro connessi, sono le strutture costituenti la rete informativa della ROP, per cui sono dotati di adeguata strumentazione informatica e telematica.

Il COro ha i seguenti compiti:

- o informazione sulle modalità di accesso ai servizi e sulle prenotazioni, sulle professionalità disponibili e sui centri specializzati, sui benefici e diritti di legge previsti per il paziente oncologico;
- o accoglienza del paziente indirizzatogli dal medico di medicina generale o da altre strutture;
- o amministrazione e gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente sotto il profilo amministrativo, incluso:



Rete Oncologica Pugliese

- garantire la continuità assistenziale assicurando che vi sia sempre un soggetto (GPI, servizio, Unità Operativa, medico di medicina generale, ecc.) che abbia in carico il paziente per tipo e durata della prestazione;
- prenotare le prestazioni diagnostiche preliminari previste dal percorso del paziente;
- mantenere i rapporti con gli altri COro della Rete;
- mantenere i rapporti con il Medico di Medicina Generale con il Medico responsabile delle cure domiciliari distrettuali;
- aprire la Scheda Sintetica Oncologica (SSO) del paziente sulla base del referto di Anatomia Patologica;
- aggiornare le SSO sulla base delle prestazioni erogate e comunicate dai Servizi che le hanno svolte;
- conservare e aggiornare la documentazione informatica e renderla disponibile al Registro Tumori Puglia. Tali informazioni saranno trattate nel rispetto della normativa del garante per l'informazione sulla confidenzialità dei dati;
- supporto al percorso diagnostico-terapeutico, attraverso l'attivazione del GPI specifico in loco e la verifica continua, in stretto rapporto con paziente e servizi, che il percorso sia effettuato ed avvenga secondo le modalità interdisciplinari necessarie.

Per lo svolgimento dei compiti previsti, le figure professionali da garantire all'interno di ciascun COro sono:

- Oncologo;
- Infermiere;
- Assistente Sociale;
- Psicologo;
- Amministrativo con competenze in elaborazione dati;
- Altro personale volontario.

La presa in carico effettiva del singolo paziente oncologico viene assicurata attraverso l'identificazione di un *care manager* (infermiere) che assume operativamente le funzioni indicate di accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sotto la supervisione del COro – in collaborazione con il MMG e avvalendosi delle figure professionali di volta in volta necessarie.

Il COro deve essere sistematicamente informato relativamente a:

- patologie oncologiche accertate rilevate dalle UO di Anatomia Patologica;
- patologie oncologiche sospette rilevate dalle Strutture Organizzative di Pronto Soccorso, di Radiologia o altre strutture diagnostiche;
- avvenuta presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture Organizzative che li trattano direttamente.

5.3 PERCORSI DI FUNZIONAMENTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il medico (MMG, specialista ospedaliero o ambulatoriale) che sospetti o diagnostichi una patologia oncologica, indirizza il paziente presso il Centro di Orientamento o, qualora assuma direttamente il compito di orientamento diagnostico-terapeutico, registra il paziente al COro di competenza.



Rete Oncologica Pugliese

Nel caso il paziente acceda spontaneamente a una delle articolazioni operative della Rete, ne deve essere data immediata comunicazione al suo MMG ed al COro competente per territorio, che provvederà ad attivare le procedure di inquadramento anagrafico e di registrazione del caso.

Al Centro il paziente viene registrato presso un servizio informatizzato di anagrafe oncologica ed è accolto dallo specialista oncologo medico per l'inquadramento del caso.

Lo specialista, a seguito della valutazione clinica, attiverà il percorso ospedaliero ovvero le funzioni di pertinenza del Distretto, attraverso il GPI di riferimento relativo alla patologia del paziente.

Il COro segue il paziente dal momento del primo accesso lungo tutte le successive fasi del percorso assistenziale fino all'eventuale inserimento nell'Hospice, ovvero alla attivazione delle cure domiciliari, coordinandosi con il MMG.

Il COro ha la responsabilità dell'istituzione e aggiornamento della cartella informatizzata del paziente i cui dati confluiscono nel database informatico del Centro, che diventa una fonte di dati del Registro Tumori regionale.

5.4 LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE: COSTITUZIONE DEL COMITATO DELLA RICERCA IN ONCOLOGIA

I tre principi di *evidence-based policy making* enunciati nel DPCM 21 novembre 2001, attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sintesi delle evidenze scientifiche, classifica le liste di prestazioni rispetto ai principi di efficacia, appropriatezza e rapporto costo/beneficio. Purtroppo, rispetto alle "prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia", la Legge di Stabilità non fornisce alcuna indicazione su come finanziare gli "appositi programmi di sperimentazione". Sarebbero pertanto auspicabili programmi nazionali e regionali di ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari

L'assenza di metodi sistematici per sintetizzare i risultati della ricerca ha ritardato per anni l'introduzione di terapie efficaci e perpetuato l'uso di trattamenti inutili se non addirittura dannosi (Antman EM, et al. JAMA 1992;268:240-8).

Già nel 1972 l'epidemiologo inglese Archibald Cochrane aveva sottolineato la necessità di "organizzare un sistema in grado di rendere disponibili e costantemente aggiornate, revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria". Tale "Sistema" oggi è costituito dalle revisioni sistematiche della *Cochrane Collaboration*. Il "limite strutturale" dell'*evidence based medicine* era stato già intuito da David Naylor nel 1995 quando firmò su Lancet: "*Grey zones of clinical practice. Some limits to evidence-based medicine*".

Tali principi possono essere estesi anche alla modalità di allocazione di risorse pubbliche per la produzione di attività di ricerca che, in assenza di chiari orientamenti definiti sulla base di solide evidenze, rischia di essere autoreferenziale e di non corrispondere alle reali esigenze di conoscenza in grado di introdurre concreti e misurabili benefici per i pazienti e per il sistema in generale. In tal senso la Programmazione nazionale per la ricerca sanitaria si sta orientando ad individuare nell'Health Technology Assessment lo strumento utile all'individuazione di gap conoscitivi inerenti all'efficacia comparativa delle tecnologie sanitarie con un approccio innovativo al percorso abituale di ricerca ("dal laboratorio al letto del paziente") che diventa "*from the bed to the bench*". Il tentativo di partire dai quesiti non risolti della clinica ed ottimizzare l'utilizzo dell'innovazione scientifica



Rete Oncologica Pugliese

In campo oncologico, la Regione Puglia dispone oggi di un accurato e completo sistema di sorveglianza, in grado di delineare il profilo epidemiologico della popolazione con riferimento alle malattie tumorali in termini di incidenza, mortalità e sopravvivenza, rappresentato dal Registro Tumori Puglia. D'altro canto, i flussi informativi sanitari correnti sono in grado, opportunamente valorizzati, di restituire la fotografia del modello di offerta dei servizi sanitari, anche in termini di performance e di esito.

La valorizzazione del portato di conoscenza associato a queste risorse da parte di un comitato indipendente e multidisciplinare composto da esperti di alto profilo può consegnare al decisore politico un elenco di quesiti e di raccomandazioni prioritarie che diventano altrettante linee strategiche di ricerca per il miglioramento della qualità della produzione scientifica, collegata al miglioramento delle capacità del sistema di assicurare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali all'altezza della complessità dei bisogni espressi dai pazienti neoplastici, intercettando le innovazioni scientifiche, tecnologiche e organizzative.

Il Comitato è costituito dai Direttori Scientifici degli IRCCS pubblici e privati della Regione Puglia, da un delegato dell'Università degli Studi di Bari, un delegato dell'Università degli Studi di Foggia, un rappresentante dell'AReS, nonché da rappresentanti degli enti di ricerca operanti in campo oncologico a livello regionale.

Obiettivo e compito del Comitato sarà di delineare le priorità della ricerca in campo oncologico a partire dalla revisione delle evidenze disponibili circa il quadro epidemiologico della popolazione pugliese, nonché dei dati di attività e di performance dei servizi sanitari.

La lista dei quesiti e delle raccomandazioni potrà essere tradotta in altrettante linee di finanziamento per la costruzione di un bando della ricerca finalizzata regionale in campo oncologico che promuova pertanto la produzione di conoscenze orientata alla risoluzione di specifiche criticità locali.

A valle del processo deve essere innescato, da parte del panel, un processo di valutazione dei prodotti della ricerca per valutarne la congruenza con gli obiettivi assegnati e facilitare il trasferimento dei risultati verso la pratica clinica, verso la definizione di modelli organizzativi adeguati, verso la individuazione degli investimenti tecnologici e infrastrutturali appropriati.

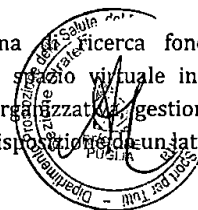
Il Comitato avrà anche il compito di elaborare linee guida per realizzare un percorso di sviluppo di capacità/formazione mirato ad acquisire le competenze necessarie alla progettazione, implementazione, e valutazione di iniziative di ricerca finalizzato ad incrementare le capacità di intercettare i finanziamenti disponibili.

Il Comitato opera affiancando sul piano scientifico l'Unità di Coordinamento della Rete nell'espletamento dei suoi compiti.

Al fine di evitare una dispersiva, non focalizzata e occasionale attività da parte del comitato si rende necessario che esso proceda in modo da:

- verificare le *Cochrane reviews* che identificano aree grigie, promuovendo trial adeguati;
- pianificare studi di ricerca qualitativa secondo i principi e le procedure dell'Evidence-based Practice (EBM,EBN,EBP);
- emanare raccomandazioni per la conduzione e la pianificazione dei progetti di ricerca secondo il metodo GRADE.

Parallelamente andrebbe sviluppata una infrastrutturazione del sistema di ricerca fondato sull'implementazione di una Piattaforma della Ricerca in Oncologia, uno spazio virtuale in cui incrociare i fabbisogni di ricerca (in termini di innovazione tecnologica, organizzativa, gestionale, assistenziale) come sopra identificati, con il mondo della ricerca mettendo a disposizione un



Rete Oncologica Pugliese

catalogo sistematizzato dei bandi (internazionali, europei, nazionali e regionali) dall'altro il catalogo dei risultati per favorirne la trasferibilità sia al SSR che sul mercato.

La piattaforma dovrebbe poi occupare anche uno spazio materiale, per assicurare assistenza tecnica ai ricercatori (che spesso non hanno familiarità con gli aspetti amministrativo-burocratici dei bandi).

La piattaforma costituisce uno strumento operativo per il Comitato, in quanto rappresenta il momento del confronto tra i quesiti/raccomandazioni e l'offerta di attività scientifica da parte dei ricercatori pugliesi, per promuovere una valutazione preventiva dei progetti da candidare alle diverse opportunità di finanziamento, in modo da aumentare la qualità della proposta e le chance di successo.

Le finalità principali della Piattaforma sono quindi:

- garantire il raccordo tra le attività di rappresentanza istituzionale della Regione Puglia in sede europea e le strategie di pianificazione della ricerca orientate sul fabbisogno di conoscenza definito attraverso le evidenze disponibili;
- garantire l'accesso tempestivo alle informazioni circa la pubblicazione dei bandi (nazionali o internazionali) di interesse;
- creare e animare reti collaborative di operatori;
- creare un'anagrafe della ricerca;
- promuovere i prodotti della ricerca e il loro trasferimento applicativo.

Tali azioni hanno l'obiettivo di promuovere una logica di sistema, mettendo insieme le migliori competenze e risorse oggi esistenti nella nostra Regione, attraverso un censimento delle iniziative in corso nel campo della ricerca sanitaria oncologica, dello sviluppo e dell'innovazione, per valorizzarne tempestivamente i risultati che corrispondono ai quesiti/raccomandazioni; incrementare la capacità di intercettare le fonti di finanziamento per il sostegno ai progetti di sviluppo ed innovazione orientati sui reali bisogni regionali; facilitare la costituzione di network tra impresa, università, centri di ricerca e istituzioni per rafforzare il sistema regione e potenziare la capacità di attrarre risorse; promuovere studi e ricerche, avvalendosi di rapporti coordinati e programmatici con Enti e Società Scientifiche di eccellenza e aggregando reti nazionali ed internazionali, per favorire-promuovere lo sviluppo e l'impiego di reciproche conoscenze e competenze tecnico-scientifiche.



Rete Oncologica Pugliese

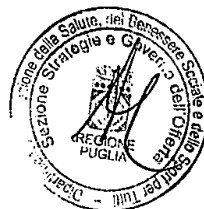
5.5 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Entro 60 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese l'Assessore Regionale alle Politiche per la Salute, su istruttoria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e del Dipartimento della Promozione della Salute, delibera la prima composizione della Consulta Oncologica Regionale, dell'Unità di Coordinamento di Rete e dei Dipartimenti Integrati di Oncologica.

Entro 90 giorni dall'approvazione della Rete Oncologica Pugliese l'Unità di Coordinamento di Rete, sentiti i Consigli dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, propone per l'approvazione da parte della Consulta Oncologica Regionale l'individuazione dei centri di riferimento della Rete Oncologica per sede tumorale e area territoriale, ai fini della razionalizzazione dell'offerta assistenziale e del perseguimento della qualità e dell'appropriatezza delle cure.

Il processo di individuazione dei centri di riferimento vedrà il coinvolgimento attivo dei GPI anche al fine della definizione dei criteri di funzionamento e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali dei centri ospedalieri di I e II livello, nonché delle articolazioni operative del distretto.

Il processo di implementazione della rete, il monitoraggio del rispetto dei tempi di attuazione, la conduzione degli audit clinici e organizzativi nonché la definizione del sistema di verifica, articolato su indicatori di processo e di esito, che tengano conto della capacità effettiva del sistema di garantire la presa in carico del paziente nonché dei risultati in termini di qualità, appropriatezza, sicurezza delle cure ed equità di accesso alle stesse sono affidati all'AReS, a supporto dell'UCoOR.



Rete Oncologica Pugliese

APPENDICE

Prestazioni PET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni PET 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Azienda Erogante	Asl Residenza						Auto consumo	Mob Attiva	Totale
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)			
ao cons. policlinico - bari (160907)	3.162	157	151	11	58	169	3.708	106	3.814
ao ospedali riuniti - foggia (160910)	31		31	478		1	541	15	556
br (160106)	104	1.056	4		990	133	2.287	13	2.300
bt (160113)	784	3	1.372	34	8	23	2.224	12	2.236
fg (160115)	1.088	163	233	1.232	207	152	3.075	341	3.416
ta (160112)	124	72	1	2	17	2.393	2.609	57	2.666
Totale	5.293	1.451	1.792	1.757	1.280	2.871	14.444	544	14.988

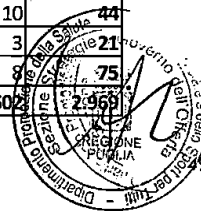
Prestazioni PET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni PET 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione Erogante	ASL Residenza						Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)	33	2	19	34	7	6	101
basilicata (170)	271	23	50	121	30	152	647
campania (150)	169	17	52	44	72	67	421
emilia romagna (80)	61	51	24	73	109	73	391
lazio (120)	36	30	21	27	78	29	221
liguria (70)	3		3	1	1		8
lombardia (30)	221	113	67	89	256	136	882
marche (110)	1		1	5	1	2	10
molise (140)	19	1	3	65	4	8	100
piemonte (10)	5	4	3	9	15	4	40
prov.aut. bolzano (41)	2						2
sicilia (190)	2					4	6
toscana (90)	16	5		2	11	10	44
umbria (100)	9	1	6	1	1	3	21
veneto (50)	16	8	1	4	38	8	75
Totale	864	255	250	475	623	502	2.969

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria

292



Rete Oncologica Pugliese

N. prestazioni PET per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	pet x 1000 abitanti
ba (160114)	5.293	864	6.157	1.266.379	4,9
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	4,3
bt (160113)	1.792	250	2.042	394.387	5,2
fg (160115)	1.757	475	2.232	633.839	3,5
le (160116)	1.280	623	1.903	806.412	2,4
ta (160112)	2.871	502	3.373	588.367	5,7
tot	14.444	2.969	17.413	4.090.105	4,3

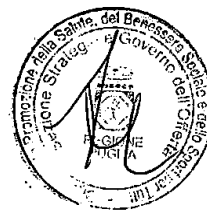
Indice di fuga per prestazioni PET

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga
ba (160114)	5.293	864	6.157	1.266.379	14,0
br (160106)	1.451	255	1.706	400.721	14,9
bt (160113)	1.792	250	2.042	394.387	12,2
fg (160115)	1.757	475	2.232	633.839	21,3
le (160116)	1.280	623	1.903	806.412	32,7
ta (160112)	2.871	502	3.373	588.367	14,9
tot	14.444	2.969	17.413	4.090.105	17,1

Indice di attrazione per prestazioni PET

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	5.293	106	1.266.379	2,0
br (160106)	1.451	13	400.721	0,9
bt (160113)	1.792	12	394.387	0,7
fg (160115)	1.757	356	633.839	16,8
le (160116)	1.280		806.412	0,0
ta (160112)	2.871	57	588.367	1,9
tot	14.444	544	4.090.105	3,6

le Asl BA e FG comprendono rispettivamente l'AO Policlinico e l'AO Ospedali Riuniti



Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni SPET erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni SPET 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Azienda Erogante	Asl Residenza							Auto consumo	Mob Attiva	Totale
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)				
ao cons. policlinico - bari (160907)	24		2				1	27		27
ao ospedali riuniti - foggia (160910)			2	18				20		20
ba (160114)	1.603	65	15	2	8	345		2.038	19	2.057
br (160106)	13	363			32	28		436	1	437
bt (160113)	699	48	971	28		100		1.846	6	1.852
fg (160115)	276	13	166	2.601	15	46		3.117	183	3.300
le (160116)	5	74			2.103	41		2.223	14	2.237
ta (160112)	11	10				457		478	5	483
Totale complessivo	2.631	573	1.156	2.649	2.158	1.018		10.185	228	10.413

Prestazioni SPET erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale pubblico

Prestazioni SPET 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione Erogante	ASL Residenza							Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)		
abruzzo (130)					4			4
basilicata (170)	308	2	17	30		78		435
campania (150)	6	2		29	6	8		51
emilia romagna (80)	2	17		6	14	11		50
friuli venezia giulia (60)						1		1
lazio (120)	15	5	7	12	14	22		75
liguria (70)	2							2
lombardia (30)	18	10	3	18	8	16		73
marche (110)				12				12
molise (140)				2				2
piemonte (10)	2	2		4	2			10
prov.aut. trento (42)					2			2
sicilia (190)	2							2
toscana (90)		2		4	2	11		19
veneto (50)	8			8	8	4		28
Totale	363	40	27	129	57	150		766



Rete Oncologica Pugliese

N. prestazioni SPET per mille abitanti residenti

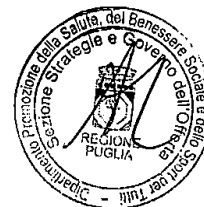
ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	spet x 1000 abitanti
ba (160114)	2.631	363	2.994	1.266.379	2,4
br (160106)	573	40	613	400.721	1,5
bt (160113)	1.156	27	1.183	394.387	3,0
fg (160115)	2.649	129	2.778	633.839	4,4
le (160116)	2.158	57	2.215	806.412	2,7
ta (160112)	1.018	150	1.168	588.367	2,0
tot	10.185	766	10.951	4.090.105	2,7

Indice di fuga per prestazioni SPET

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga
ba (160114)	2.631	363	2.994	1.266.379	12,1
br (160106)	573	40	613	400.721	6,5
bt (160113)	1.156	27	1.183	394.387	2,3
fg (160115)	2.649	129	2.778	633.839	4,6
le (160116)	2.158	57	2.215	806.412	2,6
ta (160112)	1.018	150	1.168	588.367	12,8
tot	10.185	766	10.951	4.090.105	7,0

Indice di attrazione per prestazioni SPET

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	2.631	19	1.266.379	0,7
br (160106)	573	1	400.721	0,2
bt (160113)	1.156	6	394.387	0,5
fg (160115)	2.649	183	633.839	6,5
le (160116)	2.158	14	806.412	0,6
ta (160112)	1.018	5	588.367	0,5
tot	10.185	228	4.090.105	2,2



Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale pubblico a cittadini residenti

Prestazioni
Categoria Erogatore

RTO 2013
ospedaliera

Struttura erogante	Asl Residenza						Auto consumo
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
ao cons. policlinico - bari (964621)	737	73	105	30	61	132	1.138
ao ospedali riuniti - foggia (964082)	2.089	12	2.006	22.180	170	36	26.493
ee cardinale panico - tricase (969332)		1			21		22
ee casa sollievo - san giovanni rotondo (969320)	10.617	329	2.232	14.585	144	513	28.420
ee ospedale miulli - acquaviva delle fonti (969304)	679	1	35			139	854
irccs oncologico - bari (965604)	24.035	241	484		103	310	25.173
irccs s. de bellis - castellana (964047)	390	199	15		32	150	786
ospedale barletta (969063)	16.178		15.469	359	91	146	32.243
ospedale bisceglie (trani) (969064)			4				4
ospedale castellaneta (967005)	18	1			8	209	236
ospedale civile - martina franca (964886)	52	20			5	463	540
ospedale della murgia fabio perinei - altamura (969336)	63					1	64
ospedale di venere - bari (triggiano) (969337)	1.373	53	94	5		28	1.553
ospedale francavilla fontana (966997)	4	135					139
ospedale l. bonomo - andria (canosa) (969060)			82				82
ospedale m. giannuzzi - manduria (964912)		3				12	15
ospedale monopoli (969339)	50	2					52
ospedale perrino - brindisi (mesagne-san pietro v.co) (966996)	5.057	20.116	14		957	1.743	27.887
ospedale putignano (969340)	29						29
ospedale san paolo - bari (corato-molfetta-terlizzi) (969338)	286						286
ospedale ss. annunziata - taranto (moscati) (967006)	3.175	581	53			28.625	32.434
ospedale teresa masselli - san severo (lucera) (969341)				148			148
ospedale vito fazzi - lecce (san cesario) (969346)	817	3.919	15		52.452	1.943	59.146
po canosa-minervino...(bat1) (969061)			1				1
po corato-ruvo di puglia*ba (969333)	13						13
po molfetta-terlizzi (ex bit.) (971225)	1						1
Totale complessivo	65.663	25.686	20.609	37.307	54.044	34.450	237.759



Rete Oncologica Pugliese

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 fuori Puglia in regime ambulatoriale a cittadini residenti

Prestazioni RTO 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione erogante	ASL Residenza						Mob Passiva
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)	94			53		1	148
bambin gesu' (per mobilita') (121)	10		11	6	12	1	40
basilicata (170)	1.142	61	3.499	1.413	11	2.095	8.221
campania (150)	52	16		1.376	46		1.490
emilia romagna (80)	279	78	46	109	195	154	861
friuli venezia giulia (60)	86		23	51	31	9	200
lazio (120)	1.582	466	912	586	1.455	1.247	6.248
liguria (70)	91	86	12	11	206	324	730
lombardia (30)	296	73	154	78	205	167	973
marche (110)			6	45	9	3	63
molise (140)	1.831		75	5.304		209	7.419
piemonte (10)	4	18	36	58	21	9	146
prov.aut. trento (42)	16				30	34	80
sardegna (200)				34		3	37
sicilia (190)				3			3
toscana (90)	451	19	96	219	29	77	891
umbria (100)	7	22	11	88	71		199
veneto (50)	27	144		18	33	12	234
Totale	5.968	983	4.881	9.452	2.354	4.345	27.983

N. prestazioni RTO per mille abitanti residenti

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	prest RTO x 1000 abitanti
ba (160114)	65.663	5.968	71.631	1.266.379	56,6
br (160106)	25.686	983	26.669	400.721	66,6
bt (160113)	20.609	4.881	25.490	394.387	64,6
fg (160115)	37.307	9.452	46.759	633.839	73,8
le (160116)	54.044	2.354	56.398	806.412	69,9
ta (160112)	34.450	4.345	38.795	588.367	65,9
tot	237.759	27.983	265.742	4.090.105	65,0



Rete Oncologica Pugliese

Indice di fuga per prestazioni RTO

ASL Residenza	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità passiva	prestazioni totali a residenti	pop residente	indice di fuga (%)
ba (160114)	65.663	5.968	71.631	1.266.379	8,3
br (160106)	25.686	983	26.669	400.721	3,7
bt (160113)	20.609	4.881	25.490	394.387	19,1
fg (160115)	37.307	9.452	46.759	633.839	20,2
le (160116)	54.044	2.354	56.398	806.412	4,2
ta (160112)	34.450	4.345	38.795	588.367	11,2
tot	237.759	27.983	265.742	4.090.105	10,5

Prestazioni di Radioterapia oncologica erogate nel 2013 in Puglia in regime ambulatoriale a cittadini non residenti

Prestazioni RTO 2013
 Categoria Erogatore ospedaliera

Regione di residenza	Azienda Erogante										Mob Attiva
	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	irccs de bellis - castellana (160902)	le (160116)	ta (160112)	
abruzzo (130)						106			32		138
basilicata (170)	17	125	70	45	73	320	293	20		1.303	2.266
calabria (180)	4	9	24			536	158	10	225	300	1.266
campania (150)	2	305				683					990
friuli venezia giulia (60)				1							1
lazio (120)		113	7	38		16					174
liguria (70)								23			23
lombardia (30)			2	45		42		26	12		127
marche (110)		18			20						38
molise (140)		61				139					200
non specificata (-2)		47	2		72	57	156				334
piemonte (10)		1						228			229
prov.aut. bolzano (41)				47							47
sconosciuta (-1)	5	303	17	16	9	130	135	5	35	218	873
sicilia (190)		18		1		40					59
toscana (90)	1					12					13
Totale	29	1.000	122	193	174	2.081	742	35	569	1.833	6.778

Indice di attrazione per prestazioni RTO

Provincia di erogazione	prestazioni in autoconsumo	prestazioni in mobilità attiva	pop residente	indice di attrazione (%)
ba (160114)	65.663	928	1.266.379	1,4
br (160106)	25.686	193	400.721	0,7
bt (160113)	20.609	174	394.387	0,8
fg (160115)	37.307	3.081	633.839	7,6
le (160116)	54.044	569	806.412	1,0
ta (160112)	34.450	1.833	588.367	5,1
tot	237.759	6.778	4.090.105	2,8

la Asl BA comprende l'AO Policlinico, l'IRCCS oncologico e l'IRCCS De Bellis; la Asl FG comprende l'AO Ospedali Riuniti

ARes Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria

298

IL PRESENTE ALLEGATO
 A COMPONE IN
 N. 298 (ALLEGATO)
 PAGINE

55
 Il Dirigente di Sezione
 Giovanni Campobasso

