



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

## ATTO DIRIGENZIALE

La presente determinazione, ai sensi del comma 3 art. 20 DPGR n. 443/2015, è pubblicata in data odierna all'Albo di questa Sezione dove resterà affissa per dieci giorni lavorativi.

BARI, 20-03-2018

Il Responsabile

N. 43 del 20/03/2018

del Registro delle Determinazioni

Codifica adempimenti L.R. 15/08 (trasparenza)	
Ufficio istruttore	<input checked="" type="checkbox"/> Servizi Accreditalenti e Qualità e Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera
Tipo materia	<input type="checkbox"/> PO FESR 2007-2013 <input checked="" type="checkbox"/> Altro
Privacy	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Pubblicazione integrale	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Codice CIFRA: 183\_DIR/2018/000 43

**OGGETTO: Conferma dell'autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale del Servizio Trasfusionale accreditato dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG), ai sensi dell'art. 6.3 del Regolamento Regionale n. 15/2013**

### IL DIRIGENTE

- Visti gli articoli 4 e 5 della L.R. n. 7/97;
- Vista la Deliberazione G.R. n. 3261 del 28/7/98;
- Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01;
- Visto l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo ufficiale con la pubblicazione sui siti informatici;
- Visto l'art. 18 del Dlgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in merito ai Principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici;
- Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 1426 del 4/10/2005;



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

---

- Vista la Determinazione del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione n. 9 del 20/04/2015, ad oggetto *"riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità"*;
- Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015 n. 443, ad oggetto *"Adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA". Approvazione Atto di Alto Organizzazione."*;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1176 del 29/07/2016, di conferimento dell'incarico di Dirigente della Sezione Strategie e governo dell'offerta.

In Bari presso la sede della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario Istruttore, dall'Alta Professionalità "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria – determinazione delle tariffe dei ricoveri ordinari e a ciclo diurno – nuovi modelli organizzativi" e dal Dirigente del Servizio Accreditamenti e Qualità, riceve la seguente relazione.

La Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 16 dicembre 2010 ha sancito l'accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 281/97, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, nonché sul modello per le visite di verifica (Rep. Atti n. 242/CSR).

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 132 del 31 gennaio 2011 è stato recepito l'Accordo Stato - Regioni (Rep. Atti n. 242/CSR) del 16 dicembre 2010 "Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica".

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2040 del 7 novembre 2013, avente ad oggetto "Razionalizzazione dei processi diagnostici di qualificazione biologica degli emocomponenti nelle Strutture Trasfusionali. Modifica deliberazione di Giunta regionale n. 1366 del 3 settembre 2004 e revoca Deliberazione di Giunta Regionale n. 1607 del 14 novembre 2001", è stato stabilito di



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

---

concentrare, a partire dal 1 ottobre 2013, l'attività di esecuzione del NAT test e dei test sierologici in tre sole Strutture Trasfusionali, secondo una organizzazione per Area Vasta:

- la Struttura Trasfusionale dell'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce per l'Area Salento;
- la Struttura Trasfusionale dell'Ospedale "S. Paolo" di Bari per l'Area Bari;
- la Struttura Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia per l'Area Puglia Nord.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1033 del 4 giugno 2013 è stato approvato, in via definitiva, il Regolamento Regionale n. 15 del 02/07/2013, pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regionale n. 96 del 12/07/2013, avente ad oggetto "Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie delle strutture di Medicina trasfusionale", con cui sono state anche esplicitate le modalità di verifica della sussistenza dei predetti requisiti e le procedure per il rilascio da parte del Servizio competente del relativo accreditamento istituzionale.

Tale Regolamento prevede al comma 6.3 che la Regione proceda con cadenza biennale alla verifica del mantenimento dei requisiti di ciascun Servizio Trasfusionale accreditato attivando le medesime procedure previste per l'accreditamento di cui alla L.R. n.8/2004 e ss.mm.ii.

Con Determina Dirigenziale n. 166 del 30/06/2015 veniva rilasciato, ai sensi degli artt. 3, comma 1, lettera c) e 24, comma 3 della L.R. n. 8/2004 e s.m.i. e del Regolamento Regionale n. 15/2013, l'accreditamento istituzionale del Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG).

In prossimità della scadenza biennale del suddetto accreditamento istituzionale, con nota prot. AOO\_183/29/06/2017 n. 1526 la Sezione Strategie e Governo dell'Offerta conferiva al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BT, unitamente al Dott. Giacomo Bellomo, quale valutatore inserito nell'Elenco nazionale dei Valutatori per il sistema trasfusionale, l'incarico di effettuare idoneo e tempestivo sopralluogo presso il Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG), finalizzato alla verifica del mantenimento dei requisiti strutturali,



organizzativi e tecnologici di cui al Regolamento Regionale n. 15/2013, con particolare riferimento alle attività già accreditate con la Determinazione Dirigenziale n. 166 del 30 giugno 2015.

L'incarico prevedeva, inoltre, la verifica contestuale delle soluzioni adottate dalla Struttura Trasfusionale in risposta alle criticità rilevate dalla Società Kedrion Corporate Group in occasione dell'audit del 19 ottobre 2016, nonché la compilazione di una check-list in cui fossero contrassegnate, alla luce delle risultanze della verifica nonché dei requisiti presenti, le attività che potessero essere adeguatamente svolte dal Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG), anche ai fini del rilascio del provvedimento di conferma di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento.

Con nota prot. n. 8271 del 06/02/2018 il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BT comunicava l'esito della visita ispettiva eseguita il 05/10/2017, dichiarando che la verifica risultava "... **POSITIVA sia per il superamento delle criticità rilevate dalla Società Kedrion Corporate Group nel corso dell'audit del 19 ottobre 2016, che per il mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici di cui al Regolamento Regionale n. 15/2013 per le attività del S.T. compatibili con le risultanze dell'attività di verifica...**"

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BT inviava congiuntamente al verbale d'ispezione la check-list delle attività ritenute compatibili con le risultanze della verifica ed i requisiti posseduti dal Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG), e di seguito elencate:

- ✓ **RACCOLTA**
- ✓ **GESTIONE DEI PROGRAMMI DI TRASFUSIONE**
- ✓ **ATTIVITA' DI CONSULENZA TRASFUSIONALE**
- ✓ **LABORATORIO DI IMMUNOEMATOLOGIA**
- ✓ **AMBULATORIO DI MEDICINA TRASFUSIONALE**
- ✓ **VISITA DI IDONEITA' E PRELIEVO PER TIPIZZAZIONE HLA**
- ✓ **LAVORAZIONE EMOCOMPONENTI**



Con nota prot. AOO/183/15/02/2018 n. 2197 la Sezione Strategie e Governo dell'Offerta inoltrava alla Struttura Regionale di Coordinamento la documentazione relativa agli esiti della visita di verifica effettuata dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BT, chiedendo di ricevere formale parere in merito al rilascio del provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento per il Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG).

Con nota mail del 13/03/2018 il Direttore della SRC esprimeva il proprio parere positivo in merito al rilascio in favore del Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) del provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento per le attività ritenute compatibili.

Per quanto sopra, si propone:

1. di confermare, ai sensi dell'art. 6.3 del Regolamento Regionale n. 15/2013, al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per le attività di:
  - ✓ **RACCOLTA**
  - ✓ **GESTIONE OEI PROGRAMMI DI TRASFUSIONE**
  - ✓ **ATTIVITA' OI CONSULENZA TRASFUSIONALE**
  - ✓ **LABORATORIO DI IMMUNOEMATOLOGIA**
  - ✓ **AMBULATORIO OI MEOICINA TRASFUSIONALE**
  - ✓ **VISITA DI IOONEITA' E PRELIEVO PER TIPIZZAZIONE HLA**
  - ✓ **LAVORAZIONE EMOCOMPONENTI**
  
2. di confermare, ai sensi dell'art. 6.3 del Regolamento Regionale n. 15/2013, al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per l'attività di:



✓ **VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI**

3. di confermare che la presente autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale s'intende valida esclusivamente per le attività riportate in elenco e potrà essere oggetto di modifica o revoca in conformità alla riorganizzazione della rete trasfusionale regionale prevista dal "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" approvato con Deliberazione n. 900 del 07 giugno 2017.
4. di confermare che la Regione procederà con cadenza biennale alla verifica del mantenimento dei requisiti del Servizio dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) ai sensi del comma 6.3 del R.R. n. 15/2013, attivando le medesime procedure previste per l'accreditamento di cui alla L.R. n.8/2004 e ss.mm.ii.

**VERIFICA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03  
Garanzie alla riservatezza**

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

**ADEMPIMENTI DI CUI ALLA L.R. 28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.**



**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa a carico del bilancio regionale.

**Il Dirigente della Sezione Strategie  
e Governo dell'Offerta  
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)**

**IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
DELL'ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE**

- Sulla base delle risultanze istruttorie innanzi illustrate, letta la proposta formulata dal Funzionario Istruttore, dall'Alta Professionalità "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria – determinazione delle tariffe dei ricoveri ordinari e a ciclo diurno – nuovi modelli organizzativi" e dal Dirigente del Servizio Accreditamenti e Qualità;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dall'A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria – determinazione delle tariffe dei ricoveri ordinari e a ciclo diurno – nuovi modelli organizzativi" e dal Dirigente del Servizio Accreditamenti e Qualità;

#### **D E T E R M I N A**

per quanto in premessa espresso che quivi si intende integralmente riportato,

1. di confermare, ai sensi dell'art. 6.3 del Regolamento Regionale n. 15/2013, al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per le attività di:

- ✓ **RACCOLTA**
- ✓ **GESTIONE DEI PROGRAMMI DI TRASFUSIONE**
- ✓ **ATTIVITA' DI CONSULENZA TRASFUSIONALE**
- ✓ **LABORATORI DI IMMUNOEMATOLOGIA**
- ✓ **AMBULATORI DI MEDICINA TRASFUSIONALE**
- ✓ **VISITA DI IDONEITA' E PRELIEVI PER TIPIZZAZIONE HLA**



✓ **LAVORAZIONE EMOCOMPONENTI**

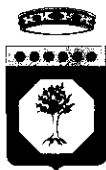
2. di confermare, ai sensi dell'art. 6.3 del Regolamento Regionale n. 15/2013, al Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) l'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per l'attività di:

✓ **VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI**

3. di confermare che la presente autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale s'intende valida esclusivamente per le attività riportate in elenco e potrà essere oggetto di modifica o revoca in conformità alla riorganizzazione della rete trasfusionale regionale prevista dal "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" approvato con Deliberazione n. 900 del 07 giugno 2017.
4. di confermare che la Regione procederà con cadenza biennale alla verifica del mantenimento dei requisiti del Servizio dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG) ai sensi del comma 6.3 del R.R. n. 15/2013, attivando le medesime procedure previste per l'accreditamento di cui alla L.R. n.8/2004 e ss.mm.ii.
5. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera, al Direttore Generale dell'ASL FG, al Direttore del Dipartimento di Medicina Trasfusionale dell'ASL FG, al Responsabile del Servizio Trasfusionale dell'Ospedale "San Camillo De Lellis" di Manfredonia (FG), alla Struttura Regionale di Coordinamento, all'Organismo di Coordinamento della SRC, al Comitato Direttivo della SRC e alle Associazioni e Federazioni dei Donatori di Sangue.

**Il Dirigente della Sezione Strategie  
e Governo dell'Offerta  
(dott. Giovanni CAMROBASSO)**





**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

Il provvedimento viene redatto in forma integrale nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D.lgs. 196/03 s.m.i. in materia di protezione dei dati personali.

Il presente provvedimento:

- a) sarà pubblicato all'albo on line nelle pagine del sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it);
- b) sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- c) sarà trasmesso in copia conforme all'originale alla Segreteria della Giunta Regionale;
- d) sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia: [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it);
- e) sarà trasmesso in copia all'Assessore alle Politiche della Salute;
- f) Il presente atto, composto da n°9 fasciate, è adottato in originale.

**Il Dirigente della Sezione Strategie  
e Governo dell'Offerta  
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)**

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Dirigente Responsabile di Sezione, è conforme alle risultanze istruttorie.

**Funzionario Istruttore: Santa VITUCCI**

**Responsabile A.P.: Antonella CAROLI**

**Dirigente del Servizio Accreditamenti e Qualità: Mauro NICASTRO**



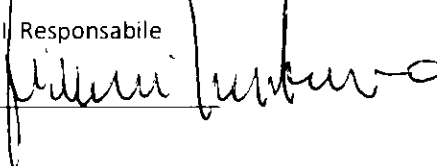
**REGIONE  
PUGLIA**

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

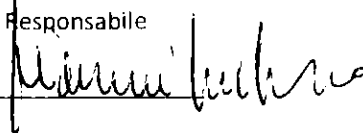
**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**SERVIZIO ACCREDITAMENTI E QUALITA'  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA  
OSPEDALIERA**

Il presente provvedimento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 16-comma 3- del D.P.G.R. n. 161 del 22/2/2008, viene pubblicato all'Albo della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta dal 20-07-2018 al 09-08-2018

Il Responsabile  


Si certifica l'avvenuta pubblicazione all'Albo telematico della Regione Puglia dal 20-07-2018 al 09-08-2018 per dieci giorni consecutivi.

Il Responsabile  


Regione Puglia Sezione xxxxxxxxxxx
Il presente atto originale, composto da n° <u>10</u> fasciate, è depositato presso la Sezione <u>SB-O</u> via _____ Bari <u>20-07-2018</u>
Il Responsabile 