

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 luglio 2019, n. 1195

**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.**

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 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 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. 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 patologia. 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”;

**Premesso che:**

- che l’art. 2, comma 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per l’anno 2010) e s.m.i. recepisce analogo disposizione dell’Intesa Stato-Regioni sul “Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevedendo che “gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;
- il nuovo “Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016”, di cui all’Accordo Stato - Regioni (Rep. atti n. 82/CSR) del 10/07/2014 ha definito che: *“In tale direzione va potenziato l’intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti forti e necessari per assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire l’equità e l’universalità del sistema, nonché i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme. Dovranno, altresì, essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l’efficienza nella gestione dei servizi stessi in un’ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con*

particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale";

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

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

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

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

- *la valutazione dei reali bisogni assistenziali della popolazione, secondo le metodologie;*
- *gli indicatori e gli standard dell'Allegato I del Dm 70/2015;*
- *l'individuazione delle strutture di degenza per singola disciplina e dei servizi sulla base degli standard indicati al punto 3 dell'Allegato 1 del Dm 70/15;*
- *i recuperi di efficienza in applicazione del modello delle reti assistenziali per intensità di cure; **l'utilizzo prioritario delle risorse per la riqualificazione dei servizi di continuità ospedale - territorio**;*

- Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI), istituito e coordinato da A.GE.NA.S. e composto da rappresentanti di A.GE.NA.S., del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome, che opera con il supporto del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) che a sua volta coordina i Gruppi di Lavoro di Rete Clinica delle singole reti cliniche, si è dotato di uno strumento condiviso con Ministero della salute e Regioni e validato dal CTS nella riunione del 30 giugno 2016, denominato "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche";

- lo standard nazionale, di cui al D.M. n. 70/2015, prevede all'art. 1, comma 2 del relativo Regolamento allegato, una programmazione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0.7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (inteso quale limite massimo).

In attuazione di quanto disposto dall'art. 1 c. 541 lett A) della Legge 208/2015 secondo cui:

- "541. *Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome:*

*a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. **Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1. comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro.***

Inoltre, al comma c) è stato altresì stabilito:

*“c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015”.*

In coerenza con le predette disposizioni normative, i provvedimenti di riordino della Rete Ospedaliera, di cui al Regolamento regionale n. 7/2017 e n. 3/2018, sono stati trasmessi ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) per la prevista valutazione, trattandosi oltretutto di un adempimento del Piano Operativo 2016-2018.

In particolare:

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 pi 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 le tabelle di sintesi del parere espresso dal Tavolo tecnico ministeriale.

## Dotazione di posti letto

Tabella o 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 pl territoriali residenziali equivalenti con i pl 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.. <i>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.</i>

Alla luce di quanto sopra esposto, atteso che:

- con il Regolamento regionale n. 7/2017 è stata ridefinita la rete ospedaliera delle strutture pubbliche;
- con il Regolamento regionale n. 3/2018 è stata ridefinita la rete ospedaliera delle strutture private accreditate (Enti Ecclesiastici, IRCCS e Case di Cura), previa sottoscrizione delle pre - intese.

Preso atto del parere favorevole espresso dal Ministero della Salute nonché delle predette osservazioni rese, di cui alla nota prot. n. 0011927 - P del 18/04/2019, occorre ribadire, in via prioritaria che gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese, ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016 - 2017, possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- **Individuazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere**, ai fini della ridefinizione della rete ospedaliera dei letti per acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina;
- **Dimensionamento dell'offerta ospedaliera** con riqualificazione dei processi assistenziali;
- **Ridefinizione del numero di posti letto ospedalieri per acuti**, al fine del raggiungimento dei parametri individuati dal citato D.M. in materia di standard di posti letto e conseguente ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri con effetti sul governo della dinamica dei costi operata attraverso una razionalizzazione delle strutture operative semplici e complesse;
- **Aumento del numero di posti letto ospedalieri per post-acuti** per l'adeguamento agli standard nazionali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche e la presa in carico globale;
- **Connotazione in modo specifico di ogni presidio della rete ospedaliera** per livelli di complessità crescente, avuto riguardo del contesto territoriale e della necessità di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche;
- **Efficientamento della rete di emergenza-urgenza** secondo livelli di diversa complessità assistenziale, delle terapie intensive e completamento del processo di messa in sicurezza dei punti nascita, secondo i livelli e gli standard di sicurezza stabiliti dagli indirizzi di programmazione regionali e nazionali;
- **Sviluppo e riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere avvalendosi del modello hub and spoke**, attraverso il collegamento tra un centro di riferimento e più centri periferici per attività che, in base alla loro complessità, vengono distribuite tra le varie sedi garantendo l'omogeneità dei modelli. Il modello delle reti cliniche dovrà essere sviluppato in tutti i settori, da quelli di più alta complessità a quelli che rappresentano priorità per la politica sociosanitaria regionale. È importante che le reti cliniche vengano sviluppate in ciascun settore con il coinvolgimento di tutte le discipline interessate e con una gestione del patrimonio informativo aziendale coerente tra i vari attori. In quest'ottica, l'ospedale costituisce una parte della rete, da un lato rispondendo ai bisogni specifici della collettività, dall'altro integrando le proprie funzioni con quelle che derivano dalla programmazione dell'offerta territoriale. Occorre far evolvere il sistema sanitario in una logica di "rete", rimodulando i servizi sanitari e socio-sanitari verso una maggiore razionalizzazione e innovazione organizzativa, oggi resa possibile e necessaria anche grazie ai progressi dell'ICT e della telemedicina. Questo è ancora più significativo per quelle aree che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, presentano elementi di criticità dovendo assicurare la risposta alle urgenze, tenuto conto anche dei tempi di percorrenza verso gli ospedali di riferimento;
- **Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura**, prevedendo anche che alcune specialità cliniche possano essere gestite con una unica struttura organizzativa, in funzione di una integrazione dei servizi ospedalieri che pongono il paziente al centro dei percorsi clinici; l'intensità di cura è un concetto che coinvolge, a seconda delle diverse declinazioni, la maggiore o minore stabilità clinica del paziente e il livello di complessità assistenziale. L'obiettivo è prioritariamente rivolto ai benefici che il paziente e i suoi familiari trarranno dal nuovo impianto in termini di appropriatezza della presa in carico, di sicurezza delle prestazioni, attraverso la ricomposizione attorno ai bisogni dell'individuo assistito dei contributi delle varie parti del sistema. Tra gli effetti attesi dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura c'è che lo specifico percorso sanitario scelto per i pazienti sia quello che massimizza i vantaggi sanitari a parità di risorse impiegate per realizzarlo.
- **Riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali** per l'integrazione con l'ospedale per una diversa allocazione delle risorse ridefinendo nel contempo forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio). La programmazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale obbliga a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni in grado di coniugare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari con la qualità e la sicurezza degli utenti e degli operatori; è su questi obiettivi che si dovranno concentrare i necessari investimenti, nella consapevolezza che il riassetto della rete ospedaliera non può consistere soltanto nel trasferimento di servizi al territorio, ma deve

privilegiare dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione delle competenze e la ricerca costante di qualità e di adeguati volumi di attività per garantirne il mantenimento;

- **Parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali**, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema, sotto gli aspetti strutturali, organizzativi e di *empowerment*.

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

Per quanto attiene, invece, **la rete del percorso nascita**, in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/ CU del 16/12/2010. "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", la Regione Puglia intende procedere alla razionalizzazione/riduzione dei Punti nascita che effettuano meno di 1.000 con la programmata disattivazione dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno, ad eccezione di quelli ritenuti anche territorialmente strategici e comunque sulla base anche della classificazione dell'Ospedale ove gli stessi insistono.

Per quanto attiene il ricorso al taglio cesareo, i Ministeri affiancanti dichiarano:

- *"la quota di parti cesarei primari, in flessione dal 2013, si discosta ancora dai valori ritenuti accettabili facendo registrare un 31,9% per le strutture con meno di 1.000 parti/anno e un 29,5% per le strutture con più di 1.000 parti/anno"*.

A tal proposito si ribadisce lo standard ministeriale:

- a) *Unità Operative con numero di parti fino a 1000/anno: percentuale cesarei primari su totale parti (esclusi parti cesarei ripetuti) = ≤ 15%;*
- b) *Unità Operative con numero di parti superiore a 1000/anno: percentuale cesarei primari su totale parti (esclusi parti cesarei ripetuti) = ≤ 25%;*

Pertanto, l'attività delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia verrà trimestralmente monitorata, per il tramite del Comitato Percorso Nascita Regionale, al fine di valutare eventuali azioni correttive, volte a ricondurre il numero dei parti cesarei primari entro lo standard ministeriale.

Per quanto attiene gli screening prenatali, si conferma, comunque, quanto espressamente previsto dalla 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;

Inoltre, in coerenza con gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese ed, in particolare, al fine di realizzare il riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali e dunque il progressivo potenziamento delle stesse sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- a] il Regolamento Regionale n.7/2019 relativo al "Modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza";
- b] la deliberazione di Giunta regionale n. 1977 del 06/11/2018 di approvazione dello schema di Regolamento Regionale relativo al "Modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità".

Per quanto attiene, invece, **le reti tempo - dipendenti** nel D.M. n. 70/2015 vengono fornite precise indicazioni per la strutturazione delle reti tempo- dipendenti ed in particolare:

*"8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti*

*Sulla base dell'impatto sanitario delle patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento*

alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

### **8.2.1 Rete per le emergenze cardiologiche**

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI). La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto. La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostica-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliero coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3). Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

### **8.2.2 Rete per il Trauma**

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: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

8.2.2.1 Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

8.2.2.2 Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma

- Area attrezzata di accettazione per il trauma (*shock room*), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatorio e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza. Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

**8.2.2.3 Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS):** ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiungono, 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). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. *Damage Control Surgery* Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

### **8.2.3 Rete per l'ictus**

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- fase pre-ospedaliera
- fase ospedaliera
- fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (*Stroke unit*) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

**8.2.3.1 Unità ospedaliera per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. *Stroke Unit (SU)* di I livello o area stroke**

*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)*
- *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 Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.*

*8.2.3.2 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d Stroke Unit di II livello La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:*

- *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 Fiat 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, endoarteriectomia (urgenza)*
- *Craniotomia decompressiva*
- *Clipping degli aneurismi"*

Con l'Accordo Stato Regioni del 24/01/2018 (Rep. Atti n. 14) sono state approvate le "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti".

Il documento è stato adottato ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al D.M. n. 70/2015 secondo cui: "all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" con specifico riferimento, tra l'altro, alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita.

Nel punto 1 dell'Allegato A all'Accordo del 24 gennaio, la Rete clinico-assistenziale viene definita come "... un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini".

Pertanto, facendo seguito alle predette linee guida, la Regione Puglia ha definito, su proposta dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale [A.Re.SS], il modello organizzativo delle reti tempo dipendenti, in coerenza con la rete ospedaliera delineata con i predetti Regolamenti regionali n. 7/2017 e n. 3/2018 e quindi con la classificazione degli ospedali ivi riportati.

Nell' Allegato B del presente schema di provvedimento, come da espressa richiesta ministeriale, sono riportate:

1. il modello organizzativo delle seguenti reti tempo - dipendenti:
  - a) Rete trauma;
  - b) Rete Cardiologica e STEMI - N-STEMI;
  - c) Rete Stroke
2. il modello organizzativo delle seguenti reti, già approvate con i precedenti provvedimenti giuntali:
  - a) Rete emergenza - urgenza;
  - b) Protocollo Operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN);
  - c) Rete Oncologica Pugliese [R.O.P];

Quindi, sulla base delle indicazioni ministeriali, nonché dei documenti già elaborati ed in alcuni casi già approvati dalla Giunta regionale, al fine di addivenire ad un provvedimento unico regionale in materia di rete ospedaliera, che unifichi quanto già definito con i Regolamenti regionali n.7/2017 e n.3/2018 nonché della deliberazione di Giunta regionale n. 1141 del 28/06/2018, si intende proporre un documento che:

1. contenga le disposizioni e la distribuzione dei posti letto senza variazioni sostanziali rispetto a quanto contenuto nei vigenti Regolamenti regionali n.7/2017 e n. 3/2018, soprattutto per quanto attiene la classificazione degli Ospedali, in quanto positivamente valutati dal Ministero della Salute,
2. abroghi gli articoli del Regolamento regionale di riordino ospedaliero riferiti all'assistenza territoriale, dal momento che la Giunta regionale, su indicazione del Ministero della Salute, ha predisposto un provvedimento specifico per il predetto livello assistenziale;
3. contenga tutte le reti cliniche o per patologia approvate nei mesi successivi alla pubblicazione dei Regolamenti regionali di riordino n. 7/2017 e n. 3/2018;
4. contenga un allegato riferito alla caratterizzazione degli Ospedali anche per singola rete. In particolare si terrà conto di: reti tempo dipendenti, rete percorso nascita, rete nefrologica - dialitica e rete oncologica;
5. tenga conto delle osservazioni ministeriali rese con apposito parere del Tavolo tecnico ex D.M. n. 70/2015, di cui alla nota prot. n. 0011927 - P del 18/04/2019 del Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute;
6. tenga conto del parere reso dal Comitato Percorso Nascita Nazionale rispetto a:
  - a) autorizzazione deroga per i Punti nascita di Gallipoli e Galatina. Per quanto riguarda il PN di Scorrano, ubicato in un Ospedale di I Livello, si rimanda al predetto monitoraggio annuale.
  - b) richiesta di disattivazione del Punto Nascita di Bisceglie.
7. tenga conto delle richieste pervenute dalle Case di Cura private accreditate e ritenute accoglibili, rispetto agli standard ministeriali ed in particolare:
  - a) nota prot. n. 231/19 della Casa di Cura Villa Verde di Taranto di richiesta di trasformazione di n. 5 posti letto autorizzati di oncologia nella disciplina di cardiologia (per pari numero), a modifica della D.G.R. n. 53/2018;
  - b) nota prot. n. 311 del 7/6/2019 della Casa di Cura CBH di Bari di richiesta di trasformazione di:
    - n. 4 posti letto di Terapia Intensiva in Lungodegenza;
    - n. 4 posti letto di Unità Coronarica in Lungodegenza.
8. istituisca 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.

Alla luce di quanto sopra esposto e a seguito della richiesta ministeriale, si propone di:

1. approvare il documento unico regionale avente ad oggetto: "Proposta di 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 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. di approvare 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 (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 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, tenendo comunque conto delle esigenze strutturali ed organizzative;

4. 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 schema di provvedimento;

5. 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;

6. 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);

7. di stabilire che a far data dall'1/1/2020 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;

8. di modificare l'allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 53/2018 per quanto attiene i posti letto autorizzati della Casa di Cura privata accreditata "Villa Verde" di Taranto, trasformando i 5 pl dalla disciplina di "Oncologia" in "Cardiologia". A tal proposito, con apposita determina dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" verranno aggiornate le tabelle riepilogative dei posti letto autorizzati per singola Casa di Cura privata accreditata, di cui alla D.G.R. n. 53/2018;

9. 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;

10. 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);

11. 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;1
12. 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 schema di provvedimento con particolare riferimento alle reti tempo dipendenti: Rete trauma, Rete Infarto Acuto Del Miocardio [Ima] e Rete Stroke;
13. di confermare quant'altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e ss.mm.ii;
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.

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

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

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

#### **LA GIUNTA**

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

1. di approvare il documento unico regionale avente ad oggetto: "Proposta di 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 trasmettere il presente atto per il tramite del Segretariato Generale della Giunta Regionale al Presidente del Consiglio Regionale per l'acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante nei modi e nei termini di cui all'art. 44 comma 2 della L.R. 7/2004, come modificato dall'art 3 della L.R. 44/2014;
3. di approvare 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;
  - 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.
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, tenendo comunque conto delle esigenze strutturali ed organizzative;
  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 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 per quanto attiene i posti letto autorizzati della Casa di Cura privata accreditata "Villa Verde" di Taranto, trasformando i 5 pl dalla disciplina di "Oncologia" in "Cardiologia". A tal proposito, con apposita determina dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" verranno aggiornate le tabelle riepilogative dei posti letto autorizzati per singola Casa di Cura privata accreditata, di cui alla D.G.R. n. 53/2018;
  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 ARe.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 schema di provvedimento con particolare riferimento alle reti tempo dipendenti: Rete trauma, Rete Infarto Acuto Del Miocardio [Ima] e Rete Stroke;
  14. di confermare quant'altro stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e ss.mm.ii;
  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 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 nel rispetto della normativa vigente in materia;

17. 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;

18. 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 Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici alle Associazioni di categoria dell'ospedalità privata. Alle Case di Cura private accreditate, verrà trasmesso per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

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

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
SILVIA PIEMONTE

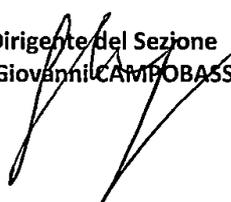
IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
ANTONIO NUNZIANTE

**REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**ALLEGATO A**

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



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

**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



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 delle



necessità di assicurare costante e capillare monitoraggio dei flussi di ricovero, per garantire l'ottemperanza agli standard qualitativi e quantitativi di cui al presente regolamento.

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

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

14. 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.

## Art. 2

### Classificazione delle strutture ospedaliere

1. Coerentemente con la classificazione di cui al Capitolo 2 dell'Allegato 1 del DM70/2015 la rete ospedaliera della Regione Puglia, in prima applicazione entro il 31/12/2017, si articola in:
  - a. 5 Ospedali di Secondo Livello
    - i. AOU Ospedali Riuniti - Foggia
    - ii. AOU Policlinico Consorziata – Bari con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII
    - iii. Ospedale Ss.ma Annunziata - Taranto (ASL Taranto) con il plesso oncologico Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Grottaglie
    - iv. Ospedale Antonio Perrino – Brindisi (ASL Brindisi), con il plesso riabilitativo di Ceglie Messapica
    - v. Ospedale Vito Fazzi – Lecce (ASL Lecce) con il plesso riabilitativo Ospedale Antonio Galateo di San Cesario di Lecce
  - b. 17 Ospedali di Primo Livello
    - i. Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (Ente Ecclesiastico)
    - ii. Ospedale Teresa Masselli Mascia – San Severo (ASL Foggia)
    - iii. Ospedale Giuseppe Tatarella – Cerignola (ASL Foggia)
    - iv. Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli – Barletta (ASL BT)
    - v. Ospedale Lorenzo Bonomo – Andria (ASL BT), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Canosa



- vi. Ospedale San Paolo – Bari (ASL Bari)
- vii. Ospedale Di Venere – Bari (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Triggiano
- viii. Ospedale della Murgia – Altamura (ASL Bari)
- ix. Ospedale Umberto I – Corato (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Terlizzi
- x. CdC CBH Mater Dei Hospital – Bari
- xi. Ospedale Generale Miulli – Acquaviva delle Fonti (Ente Ecclesiastico)
- xii. Ospedale Civile – Castellaneta (ASL Taranto)
- xiii. Ospedale Valle d'Itria – Martina Franca (ASL Taranto)
- xiv. Ospedale Dario Camberlingo – Francavilla Fontana (ASL Brindisi)
- xv. Ospedale Sacro Cuore – Gallipoli (ASL Lecce)
- xvi. Ospedale Veris Delli Ponti – Scorrano (ASL Lecce)
- xvii. Ospedale Card. Giovanni Panico – Tricase (Ente Ecclesiastico)
- c. 10 Ospedali di Base
  - i. Ospedale San Camillo de' Lellis – Manfredonia (ASL Foggia)
  - ii. Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie (ASL BT)
  - iii. Ospedale don Tonino Bello – Molfetta (ASL Bari)
  - iv. Ospedale San Giacomo – Monopoli (ASL Bari)
  - v. Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (ASL Bari)
  - vi. Ospedale Marianna Giannuzzi – Manduria (ASL Taranto)
  - vii. Ospedale Civile – Ostuni (ASL Brindisi)
  - viii. Ospedale San Giuseppe – Copertino (ASL Lecce)
  - ix. Ospedale Santa Caterina Novella – Galatina (ASL Lecce)
  - x. Ospedale Francesco Ferrari – Casarano (ASL Lecce)
- d. 1 Ospedale di Area Particolarmente Disagiata
  - i. Ospedale Francesco Lastaria – Lucera, collegato funzionalmente all'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
    - i. IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge
    - ii. IRCCS Eugenio Medea – Brindisi
  - c. 25 Case di Cura private accreditate"



- i. CCRR Villa Serena e Nuova San Francesco – Foggia
- ii. CdC “San Michele” Gestione Daunia Medica Spa - Manfredonia
- iii. CdC Santa Maria Bambina – Foggia
- iv. CdC Professor Brodetti - Villa Igea– Foggia
- v. CdC Leonardo De Luca srl - Castelnuovo della Daunia
- vi. CdC Congregazione Divina Provvidenza – Bisceglie
- vii. CdC Santa Maria s.p.a.– Bari
- viii. CdC Anthea Hospital – Bari
- ix. CdC Monte Imperatore – Noci
- x. CdC Medicol Villa Lucia – Conversano
- xi. CdC Villa Verde – Taranto
- xii. CdC Bernardini srl – Taranto
- xiii. CdC San Camillo srl – Taranto
- xiv. Centro Medico Riabilitazione Maugeri – Ginosola
- xv. CdC Centro Medico Riabilitativo Villa Bianca - Martina Franca
- xvi. CdC Arca Fondazione San Raffaele Cittadella della Carità – Taranto
- xvii. CdC D'Amore Hospital – Taranto
- xviii. CdC Santa Rita srl– Taranto
- xix. CdC Salus srl– Brindisi
- xx. CdC Città di Lecce Hospital – Lecce
- xxi. CdC Prof. Petrucciani srl– Lecce
- xxii. CdC Euroitalia – Casarano
- xxiii. CdC San Francesco – Galatina
- xxiv. CdC Villa Verde – Lecce
- xxv. CdC Villa Bianca – Leccè

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

- a. costituzione in ente ospedaliero autonomo con una capacità attrattiva extra-regionale del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXII di Bari, con separazione dall'AOU Policlinico, assorbimento delle discipline pediatriche di alta specialità insistenti negli ospedali limitrofi e delle altre province e istituzione di nuove ritenute strategiche;
- b. aggregazione funzionale delle UU.OO. di Chirurgia pediatrica, Pediatria e Oncoematologia pediatrica nel Polo Pediatrico del P.O. V. Fazzi;
- c. realizzazione di quattro nuovi ospedali come dettagliato nel successivo art. 4.

S



4. 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'.
5. Il trasferimento effettivo dell'Ospedale di Lucera dall'Azienda Ospedaliera all'A.O."OO.RR" di Foggia determinerà una rimodulazione dei posti letto degli Ospedali della Asl di Foggia. Con apposito atto di Giunta regionale si potrà procedere alla modifica delle tabelle relative alla distribuzione dei posti letto, allegate al presente Regolamento regionale.

### Art. 3

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

1. La presente riorganizzazione della rete ospedaliera viene predisposta con l'obiettivo di adeguare l'offerta ospedaliera regionale agli standard fissati con Legge n. 135/2012, relativamente ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione, che vengono conseguiti, oltre che con la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina, anche intervenendo sull'indice di occupazione dei posti letto, che deve attestarsi su valori tendenziali del 90% e sulla durata media di degenza, per ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico-assistenziali.
2. La riorganizzazione è stata realizzata attraverso un'analisi dell'attuale articolazione con particolare riferimento alla distribuzione delle unità operative per bacino di utenza, all'indice di occupazione, alle soglie minime di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito riportate al punto 4.6 dell'Allegato 1 del DM 70/2015, tenendo conto del profilo epidemiologico e delle caratteristiche logistiche dei territori.
3. La riorganizzazione è stata realizzata anche con criteri di sostenibile fattibilità operativa avendo come termine temporale di messa a regime della stessa la data del 31/12/2019. Per tale motivo, in molti casi, non si è potuto prescindere dalla capacità organizzativa, tecnologica e strutturale della situazione di partenza, intendendo il processo di riordino come percorso di qualificazione continua della rete di offerta agli standard presenti e futuri.
4. La non completa compatibilità tra tempi ravvicinati di prima messa a regime della rete e aderenza a tutti gli standard di disciplina clinica in rapporto ai bacini di popolazione e alla funzione di emergenza-urgenza comporta nella prima stesura di piano alcuni disallineamenti rispetto al prescritto per limiti tecnologici e strutturali nel breve termine.
5. Per il computo e la distribuzione delle strutture per bacino di cui al Capitolo 3 dell'Allegato 1 del DM70/2015 si è fatto riferimento esclusivamente alle "strutture organizzative complesse" per i posti letto pubblici e ai punti di erogazione comunque dimensionati per i posti letto privati, riservando una eventuale rivisitazione delle stesse a nuova e diversa indicazione da parte ministeriale.
6. Per mantenere e/o ricondurre il numero delle strutture per bacino nei limiti minimi e massimi prescritti dal DM70/2015 e dettagliati per la Puglia nella Tabella allegata al presente regolamento, si è provveduto a supportare il legame *hub&spoke* alla base della rete, l'istituzione e il mantenimento di



esercizio di "strutture organizzativamente complesse" verrà valutata compatibilmente con le determinazioni dell'atto aziendale da parte delle direzioni strategiche delle Aziende del SSR.

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

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

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

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

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

12. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, in base all'analisi dei dati sanitari pertinenti predisposta con il supporto di AReSS Puglia, sarà elaborata una relazione di verifica del rispetto del funzionamento della rete in relazione agli standard quali-quantitativi e di sicurezza dell'assistenza ospedaliera di cui ai punti precedenti. Tale relazione dovrà evidenziare eventuali esigenze di riconfigurazione ovvero condizioni e percorsi di intervento sulle strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che non hanno garantito il rispetto dei criteri come sopra identificati, affinché raggiungano gli standard fissati.

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



- a. Caduti in Guerra – Canosa di Puglia, plesso dell’Ospedale di Andria
  - b. Michele Sarcone – Terlizzi, plesso dell’Ospedale di Corato
  - c. Francesca Fallacara – Triggiano, plesso dell’Ospedale Di Venere di Bari
  - d. San Marco – Grottaglie, plesso dell’Ospedale SS. Annunziata di Taranto (al termine del completamento dei lavori per la costruzione del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto)
14. Ai plessi (ed alle relative unita operative) sono comunque attribuiti sottocodici identificativi in ragione della necessità di assicurare costante e capillare monitoraggio dei flussi di ricovero, per garantire l’ottemperanza agli standard qualitativi e quantitativi.

#### Art. 4

##### Reti cliniche

1. La definizione delle nuove ed ulteriori reti cliniche nonché l’eventuale rimodulazione con le previsioni del citato Regolamento del Ministero della Salute deve avvenire con apposita deliberazione di Giunta regionale, su proposta del Dipartimento “Promozione della Salute, del benessere sociale e dello Sport per tutti” con il supporto di AReSS Puglia, con l’obiettivo di assicurare tempestività e appropriatezza delle prestazioni sanitarie e al continuità dei 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 sistemi



(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;
- iiii. attività di consulenza trasfusionale;



- iv. aferesi terapeutica (Plasmaexchange, Eritroaferesi, Plasmatrattamento con filtri colonna, Eritroexchange)
- v. ambulatorio trasfusioni e terapia infusionale.
- vi. visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)
- vii. visite di idoneità e selezione di donatrici di sangue del cordone ombelicale
- viii. 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 le attività 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. 4 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, 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 dell'Ospedale del Nord barese, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertiti con il presente provvedimento;
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) in relazione alla maggiore dotazione finanziaria a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento."

11



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

#### Art. 7

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

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

a) "Unità Operative Ostetricia di I livello" quelle che assistono gravidanze e parti (500 – 1000 parti/anno), in età gestazionale  $\geq 34$  settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, tipiche del II 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.

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

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

2. 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 SPKE e, quindi, con le relative afferenze.

3. 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,

12



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.

PUNTI NASCITA	STAM	STEN	
	HUB/SPOKE	HUB/SPOKE	OSPEDALE HUB DI RIFERIMENTO
160047 - OSPEDALE CERIGNOLA 'G. TATARELLA'	SPOKE	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'
160062 - OSPEDALE GALATINA 'CATERINA NOVELLA'	SPOKE	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
160063 - OSPEDALE GALLIPOLI 'SACRO CUORE DI GESU'	SPOKE	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
160075 - OSPEDALE CIVILE MARTINA FRANCA	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160078 - OSPEDALE REGIONALE EE 'MIULLI'	Ospedale di I Livello con U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN QUANTO DOTATA DI TIN	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160080 - OSPEDALE REGIONALE EE 'G. PANICO'	Ospedale di I Livello con U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN QUANTO DOTATA DI TIN	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
160087 - CASA DI CURA SANTA MARIA	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160101 - CASA DI CURA 'SALUS' - BRINDISI	SPOKE	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
160147 - CASA DI CURA C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160157 - OSPEDALE DELLA MURGIA - PERINEI	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
16015801 - OSPEDALE SAN PAOLO-BARI	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
16015804 - OSPEDALE SAN PAOLO (PLESSO CORATO)	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160159 - OSPEDALE MONOPOLI	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160162 - OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA	SPOKE	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
16016301 - OSPEDALE SAN SEVERO	SPOKE	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'
160166 - OSPEDALE SCORRANO	SPOKE	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
160168 - OSPEDALE CASTELLANETA	SPOKE	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
16016901 - OSPEDALE DI VENERE - BARI	Ospedale di I Livello con U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN QUANTO DOTATA DI TIN	SPOKE	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
16017001 - OSPEDALE PERRINO BRINDISI	HUB	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'	HUB	HUB	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
16017201 - OSPEDALE SS ANNUNZIATA - TARANTO	HUB	SPOKE	16017101 - OSPEDALE LECCE 'V FAZZI'
16017401 - OSPEDALE ANDRIA	SPOKE	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'
160177 - OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	SPOKE	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'
16017801 - OSPEDALE BISCEGLIE	SPOKE	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'



			FOGGIA'
160905 - OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	Ospedale di I Livello con U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN QUANTO DOTATA DI TIN	SPOKE	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'
16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI	HUB	HUB	16090701 - CONSORZIALE POLICLINICO BARI
160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'	HUB	HUB	160910 - AO UNIV. 'OO RR FOGGIA'

4. 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

##### 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.



AG

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA A

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	10.394	11.447
	Per 1.000 ab.	2,52	2,78
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	1.487
	Per 1.000 ab.	0,29	0,36
Day Hospital	Numero	23	
	Per 1.000 ab.	0,01	

Posti letto Lungodegenz		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Numero		205	469
Per 1.000 ab.		0,05	0,11



15

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	2018	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 al 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 Vernotico	16
Cisternino	16
Campi Salentina	20
Nardò	15
Poggiardo	12
Maglie	12
Gagliano del Capo	12
<b>TOTALE</b>	<b>327</b>



TABELLA C

Admida	Codice Struttura	Codice Stabilimento	classificazione DM 70/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codici Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. n. dicembre 2008)	Progressivo divisione	EK ANTE Posti letto	EK ANTE Posti letto	EK ANTE Struttura Complesso Pubbliche	EK ANTE Struttura Dipartimentali Pubbliche	EK ANTE Struttura Complesso Pubbliche	EK POST Posti letto	EK POST Punt Erogazion e PRWATI	EK POST Strutture SS/SD Pubbliche	EK POST Strutture Complesso Pubbliche
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Cardiologia	8	11	8	12	1	1	12	0	0	1	1
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	9	12	5	0	0	0	0	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	10	13	5	0	0	0	0	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	28	13	15	24	1	1	24	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	26	14	4	0	1	1	0	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	29	11	10	0	1	1	0	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	32	11	10	15	1	1	15	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	34	11	0	0	1	1	0	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	37	11	22	0	1	1	24	0	0	0	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Ginecologia	38	11	16	0	1	1	24	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Otorinolaringoiatria	38	11	10	0	1	1	10	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Pediatria	39	11	12	0	1	1	12	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Psichiatria	40	11	15	0	1	1	15	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Urologia	43	11	4	0	0	0	70	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Terapia intensiva	49	11	4	0	1	1	4	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Terapia intensiva	50	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	51	11	4	0	1	1	4	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	54	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	54	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	11	0	8	0	0	8	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Lunghedegni	60	11	12	0	0	0	12	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neonatalologia	62	11	0	8	0	0	8	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Radiologia	64	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Radiologia	64	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Direzione Sanitaria di presidio			0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Farmacia ospedaliera			0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Laboratorio d'analisi			0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Service trasfettionale			0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Anatomia e istologia patologica	8	11	20	0	1	1	20	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	8	11	24	0	1	1	24	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	8	11	24	0	1	1	24	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Pediatrica	12	11	10	10	1	1	10	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	28	11	29	30	1	1	30	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neurologia	32	11	32	0	1	1	32	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Traumatologia	36	11	32	24	1	1	24	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Ginecologia	37	11	32	0	1	1	32	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Ginecologia	40	11	0	15	1	1	15	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Urologia	43	11	0	10	1	1	10	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Urologia	43	11	8	8	2	2	8	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Terapia intensiva	49	11	8	8	1	1	8	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Unita coronarica nell'ambito della Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	50	11	0	8	1	1	8	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	51	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	54	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	56	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neonatalologia	62	11	10	0	1	1	10	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Neonatalologia	64	11	10	0	1	1	10	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia (senza posti letto)	64	11	29	0	1	1	29	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Pneumologia	69	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Radiologia	69	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	97	01	0	16	0	0	16	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Direzione Sanitaria di presidio			0	0	2	2	0	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi			0	0	2	2	0	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Farmacia ospedaliera			0	0	2	2	0	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Laboratorio d'analisi			0	0	2	2	0	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Service trasfettionale			0	0	2	2	0	0	0	2	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Cardiologia	8	13	8	0	1	1	8	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Chirurgia Generale	9	13	24	16	1	1	16	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina Generale	26	13	30	36	1	1	36	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Traumatologia	26	13	30	18	1	1	18	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Urologia	43	11	15	0	1	1	15	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Terapia intensiva	49	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Medicina e Chirurgia d'eccezzioni	51	12	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	54	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	54	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Traumatologia	69	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Oncologia e Traumatologia	69	11	0	0	1	1	0	0	0	1	0
BA	160157	16015701	Ospedale di 1° Livello	Ospedale della Murgia - Altamura	Emodialisi	97	01	0	0	1	1	0	0	0	1	0













TABELLA C

Adrianda	Codice Struttura	Codice Stabilimento	classificazione DM 7/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 7/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	EX ANTE Punteggio fatto	EX ANTE Punteggio PRIVATI	EX ANTE Strutture Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Punteggio fatto	EX POST Punteggio PRIVATI	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Strutture Semplici Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
BR	160170	16017001	Opedele di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Microbiologia e virologia												
BR	160170	16017001	Opedele di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Neurologia												
BR	160170	16017001	Opedele di 2° Livello	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Servizio trasfusione												
BR	160170	16017002	ricovero PTA	Ospedale San Camillo de' Lellis - Mesi Medicina Generale		26	12	18	0								
BR	160170	16017002	ricovero PTA	Ospedale San Camillo de' Lellis - Mesi Radiologia		60	12	15	0								
BR	160170	16017002	ricovero PTA	Ospedale San Camillo de' Lellis - Mesi Direzione Sanitaria di presidio		69			0								
BR	160170	16017002	ricovero PTA	Ospedale San Camillo de' Lellis - Mesi Anatomia patologica					0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Geriatria		21	12	10	0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Medicina Generale		26	22	0	0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Patologia		40	12	13	0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Ematologia		54			0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Anatomia patologica		60	13	14	0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Anatomia patologica		68			0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Direzione Sanitaria di presidio		88	11	22	0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Direzione Sanitaria di presidio					0								
BR	160170	16017003	ricovero PTA	Ospedale Ninoletto Melli - San Pietro VI Laboratorio d'analisi					0								
BR	160170	16017004	Piasso Riabilitativo di	Ospedale San Raffaele - Casale Mesi Unità spinale		28	11		0								
BR	160170	16017004	Piasso Riabilitativo di	Ospedale San Raffaele - Casale Mesi Unità spinale	Recupero e Riabilitazione				0								
BR	160170	16017004	Piasso Riabilitativo di	Ospedale San Raffaele - Casale Mesi Unità spinale	Recupero e Riabilitazione	55	12	45	0								
BR	160170	16017004	Piasso Riabilitativo di	Ospedale San Raffaele - Casale Mesi Unità spinale	Recupero e Riabilitazione	75	50	70	0								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Chirurgia Generale	8	01	16	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Chirurgia Vascolare	14	02	10	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Medicina Generale	28	01	16	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Ortopedia e Traumatologia	36	01	16	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Osteiatria e Ginecologia	37	01	16	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Recupero e Riabilitazione	58	01	10	1								
BR	160101	160101	0	Cafè Salus - Brindisi	Rehabilitazione	65			0								
BR	160151	16015101	IRCCS PRIVATO	IRCCS Medica - Brindisi	Rehabilitazione	69			0								
BR	160151	16015101	IRCCS PRIVATO	IRCCS Medica - Brindisi	Neurofisiologia	75	01	30	1								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Anatomia e istologia patologica	3			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Cardiologia	8			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Chirurgia Generale	9			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Chirurgia Ortopedica	26			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Medicina Generale	26			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Neurologia	29			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Neurochirurgia	30			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Neurologia	32			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ortopedia e Traumatologia	54			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Osteiatria e Ginecologia	54			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Reumatologia	62			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Reumatologia	69			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia	89			0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia		11		0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								
BT	160174	16017401	Opedele di 1° Livello	Ospedale Lorenzo Bonanno - Andria	Ematologia				0								





TABELLA C

Admenda	Codice Struttura	Codice Stabilimento	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. n. 70/2015)	Progressivo divisione	EX ANTE Punt. Erogazione Privati	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Punt. Erogazione e PRIVATI	EX POST Strutture SSS/SD Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Urologia	60	12	8	0	0	0	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Oncologia (senza posti letto)	64		0	0	0	0	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Radiologia	69		0	0	1	1	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Direzione Sanitaria di presidio			0	1	0	0	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Farmacia ospedaliera			0	0	0	0	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Laboratorio d'analisi			0	0	1	0	0	0	0
FG	160163	16016307	Ospedale di Area Pari	Ospedale Francesco Letarista - Lucera	Medicina sportiva			0	0	0	0	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Cardiologia	Urologia	8	11	16	0	1	0	0	1	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	9	11	24	0	1	1	18	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Medicina Generale	Medicina Generale	26	11	24	0	1	1	24	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	36	11	26	0	0	1	16	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Ostetricia e Ginecologia	Ostetricia e Ginecologia	37	11	2	0	1	0	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Pediatria	Pediatria	39	11	10	0	1	1	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Psichiatria	Psichiatria	40	11	15	0	1	1	16	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Medicina e Chirurgia d'acutizz	Medicina e Chirurgia d'acutizz	51		0	0	0	1	0	1	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Ematologia	Ematologia	54		0	1	0	0	0	1	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Funzionale	Recupero e Riabilitazione			0	0	0	0	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Gastroenterologia	Gastroenterologia	56	11	15	0	0	1	10	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Lunodipendenti	Chirurgia Generale	60	11	12	0	0	0	14	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Radiologia	Radiologia	69		0	1	1	1	0	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Anestesia e Rianimazione	Anestesia e Rianimazione	98	01	0	0	1	1	0	0	1
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Direzione Sanitaria di presidio				1	0	0	0	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Farmacia ospedaliera				0	1	0	1	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Laboratorio d'analisi				0	1	0	1	0	0	0
FG	160164	16016401	Ospedale di Base	Ospedale San Camillo del Lella - Man. Servizio trasfusionale				0	0	0	0	0	0	0
FG	160102	160102	0 CdC Professor Brocchelli - Foglia	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	9	01	19	1	0	0	30	1	0
FG	160102	160102	0 CdC Professor Brocchelli - Foglia	Medicina Generale	Medicina Generale	26	01	16	1	0	0	0	0	0
FG	160102	160102	0 CdC Professor Brocchelli - Foglia	Neurologia	Neurologia	32	01	10	1	0	0	0	0	0
FG	160102	160102	0 CdC Professor Brocchelli - Foglia	Urologia	Urologia	43	01	8	1	0	0	0	0	0
FG	160105	160105	0 CdC Leonardo Da Luca - Castelnovo	Cardiologia	Cardiologia	9	01	18	1	0	0	0	0	0
FG	160105	160105	0 CdC Leonardo Da Luca - Castelnovo	Medicina Generale	Medicina Generale	26	01	20	1	0	0	30	1	0
FG	160105	160105	0 CdC Leonardo Da Luca - Castelnovo	Recupero e Riabilitazione	Recupero e Riabilitazione			0	0	0	0	21	1	0
FG	160105	160105	0 CdC Leonardo Da Luca - Castelnovo	Radiologia	Radiologia	69		0	0	0	0	1	0	0
FG	160105	160105	0 CdC San Michele - Manfredonia	Genetica	Genetica	21	05	31	1	0	0	31	1	0
FG	160105	160105	0 CdC San Michele - Manfredonia	Radiodiagnostica	Radiodiagnostica	69		0	0	0	0	0	0	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Cardiologia	Cardiologia	26	01	10	1	0	0	0	0	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Medicina Generale	Medicina Generale	26	01	10	1	0	0	30	1	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Neurologia	Neurologia	32	01	10	1	0	0	0	0	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Recupero e Riabilitazione	Recupero e Riabilitazione			0	0	0	0	40	1	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Urologia	Urologia	56	01	50	1	0	0	0	0	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Radiologia	Radiologia	69		0	0	0	0	0	0	0
FG	160125	160125	0 CdC Santa Maria Bambina - Foggia	Cardiologia	Cardiologia	69		10	1	0	0	0	0	0
FG	160181	16018100	0 CCRR Villa Serena e San Francesco	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	8	01	6	1	0	0	12	1	0
FG	160181	16018100	0 CCRR Villa Serena e San Francesco	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	9	03	16	1	0	0	15	1	0
FG	160181	16018100	0 CCRR Villa Serena e San Francesco	Medicina Generale	Medicina Generale	26	01	16	1	0	0	25	1	0
FG	160181	16018100	0 CCRR Villa Serena e San Francesco	Oftalmologia e Traumatologia	Oftalmologia e Traumatologia	36	03	30	1	0	0	36	1	0

26

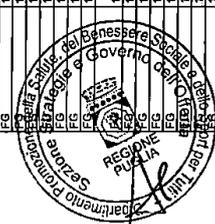


TABELLA C

Adrianda	Codice Struttura	Codice Stabilimento	classificazione DM 7/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 7/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2008)	Progressivo divisione	EX ANTE Punt. Erogazione	EX ANTE Punt. Erogazione letto	EX ANTE Strutture Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Complesse Pubbliche	EX POST Punt. Erogazione e PRIVATI	EX POST Strutture Pubbliche	EX POST Strutture SSI/SD Pubbliche
FG	160181	16018100	0	CCRR Villa Serena e San Francesco	Oncologia e Ginecologia Recupero e Riabilitazione	37	01	1	16				0	0	0
FG	160181	16018100	0	CCRR Villa Serena e San Francesco	Funzionale	56	01	1	15				1	0	0
FG	160181	16018100	0	CCRR Villa Serena e San Francesco	Radiologia	69		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Allergologia		1		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Anatomia e istologia patologica		3		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Angiologia		5		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Cardiologia		8	01	16	2				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia		8	01	70	26				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia Generale		8	01	70	26				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia Maxillo Facciale		10	01	6	14				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia Pediatrica		11	01	6	1				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia Toracica		13	01	10	20				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Chirurgia Vascolare		14	01	18	17				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Immunologia		18	01	38	32				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - di diab.	Medicina endocrina, nutrizione e	18	01	20	18				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Genetica		21	01	38	48				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina Generale		26	01	88	80				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neurologia		29	01	20	24				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neurochirurgia		30	01	34	32				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neurologia		32	01	34	38				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncologia		35	01	2	2				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncologia e Stomatologia		35	01	2	2				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oftalmologia		36	01	63	55				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Ostetricia e Ginecologia		37	01	74	60				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oftalmologia		38	01	32	16				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Otorinolaringoiatria		39	01	24	26				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Pediatria		42	01	40	42				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Fisiologia		43	01	12	16				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva		44	01	12	14				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva		48	02	12	14				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva		49	03	4	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva		49	04	2	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Unità coronarica nell'ambito delle		50	01	8	8				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina e Chirurgia d'urto/accid.		51	01	20	6				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Dermatologia		52	01	20	6				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Recupero e Riabilitazione		54		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Funzionale		56	01	20	20				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Funzionale		56	12	18	30				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Gastroenterologia		56	01	40	40				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Nutrizione		60	01	16	16				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncologia (con posti letto)		64	01	52	48				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Oncologia (con posti letto)		65	01	24	20				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Radiologia		69		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva		70	01	6	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva Neonatale		73	01	8	8				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva Neonatale		74	01	10	10				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Terapia Intensiva Neonatale		86	01	10	10				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Dietetica/Diabetologia		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Farmacia ospedaliera		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Fisica sanitaria		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Genetica medica		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina d'urto		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Medicina Nucleare (senza posti letto)		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Microbiologia e virologia		86		1	0				1	0	0
FG	160905	16090501	1	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - Neurologia		86		1	0				1	0	0
FG	160902	16090201	1	IRCCS Saverio de Bellis - Castelnuovo	Neurologia	3		1	0				1	0	0
FG	160902	16090201	1	IRCCS Saverio de Bellis - Castelnuovo	Anatomia e istologia patologica	3		1	0				1	0	0
FG	160902	16090201	1	IRCCS Saverio de Bellis - Castelnuovo	Chirurgia Generale	3	01	37	30				1	0	0
FG	160902	16090201	1	IRCCS Saverio de Bellis - Castelnuovo	Chirurgia Generale	3	01	37	30				1	0	0

EX

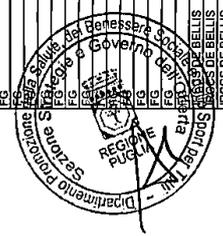










TABELLA C

Azienda	Codice Struttura	Codice Stabilimento	classificazione DM 7/2015	Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 7/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 D.M. 5 dicembre 2006)	EX ANTE Punt. Erogazione	EX ANTE Punt. Erogazione Privati	EX ANTE Strutture Semplici Pubbliche	EX ANTE Strutture Semplici Dipartimentali Pubbliche	EX POST Punt. Erogazione e PRIVATI	EX POST Strutture Semplici Pubbliche	EX POST Strutture Complesse Pubbliche
LE	160106	160106	0	0 Cdc Villa Verde - Lecce	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	0	0			0	0	0
LE	160106	160106	0	0 Cdc Villa Verde - Lecce	Neurologia	70	15	1			15	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Chirurgia Generale	01	15	1			15	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Medicina Generale	26	15	1			20	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Oculistica	34	2	1			2	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Otorinolaringoiatria	37	0	1			7	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Chirurgia Generale	38	6	1			4	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Neurologia	39	8	1			8	0	0
LE	160110	160110	0	0 Cdc San Francesco - Gallina	Chirurgia Generale	40	3	1			0	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Cardiologia	69	30	1			25	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Cardiologia	8	10	1			15	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Chirurgia Generale	9	10	1			10	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Chirurgia Maxillo Facciale	10	0	1			0	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Neurochirurgia	30	10	1			10	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Chirurgia Generale	34	16	1			16	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Chirurgia Generale	38	8	1			8	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Terapia Intensiva	49	8	1			8	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Unità coronarica nell'ambito delle	50	8	1			8	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Recupero e Riabilitazione funzionale	56	18	1			5	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Chirurgia (con posti letto)	64	2	1			2	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Radiologia (senza unità semplice nell'ambito della Cardiologia)	69	1	1			0	0	0
LE	160150	160150	0	0 Cdc Città di Lecce Hospital - Lecce	Recupero e Riabilitazione funzionale	66	66	1			66	0	0
LE	160152	160152	0	0 Cdc Emolitalia - Casarano	Radiologia	56	0	1			0	0	0
LE	160152	160152	0	0 Cdc Emolitalia - Casarano	Neurologia	69	1	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Allergologia	1	2	1			2	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Anatomia e istologia patologica	3	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Cardiologia	7	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Generale	8	18	1			42	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Generale	9	40	2			48	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Generale	34	28	1			34	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	8	3	1			3	1	1
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	11	10	1			10	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	12	5	1			3	1	1
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Pediatrica	13	10	1			12	1	1
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Toracica	15	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Chirurgia Toracica	16	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ematologia	18	15	1			18	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie endocrine, nutrizione e ricambi	19	10	1			10	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Genetica	21	20	1			18	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie infettive e Tropicali	24	8	1			8	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie infettive e Tropicali	25	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Malattie infettive e Tropicali	26	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Generale	27	32	1			32	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Medicina Generale	28	24	1			24	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Nefrologia	29	24	1			34	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Nefrologia	30	20	1			16	1	1
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurochirurgia	32	18	1			20	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	33	28	1			26	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	34	12	1			16	1	1
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	35	13	1			16	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	36	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	37	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	38	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Neurologia	39	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	40	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	41	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	42	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	43	30	1			30	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	44	32	1			32	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	45	32	1			30	2	2
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	46	16	1			16	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	47	2	1			2	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	48	3	1			3	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	49	15	1			15	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	50	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	51	30	1			30	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	52	43	1			43	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	53	47	1			47	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	54	48	1			48	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	55	16	1			16	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	56	14	1			14	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	57	49	1			49	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	58	30	1			30	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	59	0	1			0	0	0
GORR	160910	160910	0	0 Ospedale di 2° Livello AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Oncologia e Stomatologia	60	8	1			8	0	0

32

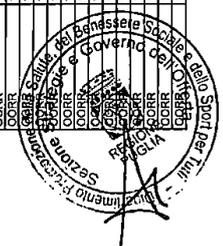










TABELLA C

Asiende	Coefica Strutura	Coefica Stabilimento	classificazione DM 70/2015	Denominazione Strutura/Stabilimento	Disciplina e specialita clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (M.M. 14 e 15) D.M. e dicimare (2006)	Progressivo d'isione	EX ANTE Alie Pista Inta	EX ANTE Strutura Scapitali Pubbliche	EX ANTE Strutura Simplicl Dipartimentali Pubbliche	EX ANTE Compleso Pubbliche	EX POST SSSIS Pubbliche	EX POST Compleso Pubbliche
TA	160111	160111		0 Cofc Bernartini - Taranto	Oftalmologia e Traumatologia	36	01	28	1			1	0
TA	160111	160111		0 Cofc Bernartini - Taranto	Oftalmologia e Ginecologia	37	01	16	1			1	0
TA	160111	160111		0 Cofc Bernartini - Taranto	Urologia	43	01					1	0
TA	160112	160112		0 Cofc Bernartini - Taranto	Chirurgia Generale	49	01	14	1			1	0
TA	160112	160112		0 Cofc Bernartini - Taranto	Chirurgia Generale	50	01	14	1			1	0
TA	160112	160112		0 Cofc Davarone Nicolini - Taranto	Oftalmologia e Traumatologia	38	01	14	1			1	0
TA	160112	160112		0 Cofc Davarone Nicolini - Taranto	Radiologia	69	01					0	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Chirurgia Generale	9	01	20	1			25	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Medicina Generale	26	01	24	1			14	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Oftalmologia e Traumatologia	38	01	28	1			1	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Neurologia	43	01	6	1			5	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Neurologia	44	01	5	1			5	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Psicopatologia	68	01	10	1			15	0
TA	160114	160114		0 Cofc San Camillo - Taranto	Radiologia	69	01					0	0
TA	160115	160115		0 Cofc Santa Rita - Taranto	Ginecologia	21	02	14	1			14	0
TA	160115	160115		0 Cofc Santa Rita - Taranto	Medicina Generale	26	01	16	1			16	0
TA	160115	160115		0 Cofc Santa Rita - Taranto	Radiologia	69	01					1	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Neurologia	7	01	13	1			1	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Neurologia e Riabilitazione	8	01	24	1			24	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Cardiologia	21	03	28	1			28	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Medicina Generale	26	01	20	1			20	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Terapia Intensiva	49	01	6	1			6	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Unita coronarica nell'ambito della	50	01	8	1			8	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Recupero e Riabilitazione	56	01	50	1			50	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Oncologia (con posti letto)	64	01	3	1			0	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Pneumologia	68	01	12	1			12	0
TA	160116	160116		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Radiologia	69	01					0	0
TA	160118	160118		0 Cofc Villa Verde - Taranto	Emodinamica (come unita semplice nell'ambito della Cardiologia)							0	0
TA	160141	160141		0 Cofc Villa Bianca - Manfreda Franca	Recupero e Riabilitazione	64	01	64	1			64	0
TA	160141	160141		0 Cofc Villa Bianca - Manfreda Franca	Neurologia	68	01					0	0
TA	160146	160146		0 Centro Medico Riabilitazione Mausoli	Recupero e Riabilitazione	68	01	57	1			57	0
TA	160146	160146		0 Centro Medico Riabilitazione Mausoli	Pneumologia	68	01	10	1			10	0
TA	160149	160149		0 Centro Medico Riabilitazione Mausoli	Radiologia	69	01	8	1			8	0
TA	160149	160149		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Cardiologia	8	01	8	1			8	0
TA	160149	160149		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Medicina Generale	26	01					30	0
TA	160149	160149		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Medicina Generale	26	01					1	0
TA	160149	160149		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Neurologia e Riabilitazione	56	01	46	1			20	0
TA	160078	160078		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Radiologia	69	01					0	0
TA	160078	160078		0 Cofc Cittadella della Carita - Taranto	Terapia del dolore	96	01	2	1			2	0
TA	160080	160080		0 Ospedale di 1° Livello Ospedale Generale Maulli - Acquaviva	Terapia del dolore	96	01					2	0
TA	160080	160080		0 Ospedale di 1° Livello Ospedale Cardinale Panico - Tricase	Terapia del dolore	96	01					2	0

32



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORNDO OSPEDALIERO

TABELLA C\_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		FOGGIA											OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORNDO 2019	
		160910	160182(01)	160647	160164	160163(01)	OFFERTA RETE PUBBLICA	160805	160189	160123	160102	160103			160106
COD	DENOMINAZIONE	AOU Ospedali Riuniti - Foggia*	Ospedale Teresa Maselli Maschio - San Severo	Ospedale Giuseppe Tarantola - Cerignola	Ospedale San Camillo de' Lellis - Manfredonia	Ospedale Francesco Lastaria - Lucera	Ospedale Casa Sottero Sofferanza - San Giovanni Rotondo**	CORR Vito Seneca - San Francesco - Foggia	CiC Santa Maria Bambina - Foggia**	CiC Professor Brodetti - Foggia*	CiC Leonardo Da Vinci - Castelnuovo Deguise	CiC San Michele - Manfredonia			
07	CARDIOCHIRURGIA	12					12	12						12	24
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA														
09	CANCROLOGIA	42	12	10	8		72	24	12					36	108
10	CHIRURGIA GENERALE	82	24	20	18	6	160	60	15		30			105	255
11	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE							14						14	14
12	CHIRURGIA PEDIATRICA	6					6							6	6
13	CHIRURGIA PLASTICA	12					12							12	12
14	CHIRURGIA TORACICA	16					16	20						20	36
15	CHIRURGIA VASCOLARE	12					12	17						17	29
16	DAY HOSPITAL														
17	DAY SURGERY														
18	DERMATOLOGIA	4					4	5						5	9
19	EMATOLOGIA	18					18	32						32	50
20	GASTROENTEROLOGIA	30			10		40	40						40	80
21	GERIATRIA	18					18	48					31	79	97
22	GRANDE USTIONATI	3					3							3	3
23	LUNGOSCOBERTI		20	12	14	20	66			10				10	76
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	10					10	18						18	28
25	MEDICINA GENERALE	32					32							32	32
26	NEFROLOGIA	64	24	24	24	20	176	80	25	30	30			195	371
27	NEFROLOGIA PEDIATRICA	20	12				32	24						24	56
28	NEURORADIOLOGIA														
29	NEUROLOGIA	20	6	4			30	18						18	48
30	NEUROLOGIA	20					20	32						32	52
31	NEUROLOGIA	42					42	36						36	78
32	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	16					16							16	16
33	NEUROREABILITAZIONE							20						20	20
34	ODONTOLOGIA	10		4			14	6						6	20
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA	2					2	2						2	4
36	ONCOLOGIA PEDIATRICA							20						20	20
37	ONCOLOGIA	10	4				14	48						48	62
38	ORTOPEDIA E TRALMATOLOGIA	32	20	16	16		84	55	38					97	175
39	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	24	16			100	60						60	160
40	OTORINOLARINGOIATRIA	12		10			22	16						16	38
41	PEDIATRIA	22	10	20			52	26						26	78
42	PNEUMOLOGIA	58	12				68							68	68
43	PSICHIATRIA	15	15		15		45							45	45
44	RADIOTERAPIA														
45	RECUPERO E RIABILITAZIONE	18	8	14	28		68	50	15	40		21		126	194
46	REUMATOLOGIA	12					12							12	12
47	TERAPIA INTENSIVA	20	8	8			36	30						30	66
48	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	15					15	8						8	23
49	UNITA' CARDIACCA	8	6	4			18	8						8	26
50	UNITA' SPINALE														
51	UROLOGIA	30		12			42	38						38	80
52	UROLOGIA PEDIATRICA														
53	TERAPIA DEL DOLORE	2					2	2						2	4
54	DIETETICI														
<b>TOTALE</b>		<b>823</b>	<b>205</b>	<b>174</b>	<b>133</b>	<b>48</b>	<b>1.379</b>	<b>867</b>	<b>103</b>	<b>80</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	<b>31</b>	<b>1.192</b>	<b>2.569</b>
di cui POSTI LETTO ACUTI		805	177	148	91	28	1.245	797	88	30	60	30	31	1.036	3.60
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		18	8	14	28		68	70	15	40		21		148	0,34
di cui POSTI LETTO LUNGOSCOBERTA			20	12	14	20	66			10				10	0,12

\*Infermeria della dotazione della medicina generale, 16 gli sono dedicati alla medicina d'urgenza  
 \*\*Infermeria COORR abilitata al trapianto (4 gli codici 45)  
 \*\*\* gli sono oggetto di pratica (allungato)  
 \*\*\*\*Infermeria di oncologia generale, 8 gli sono dedicati all'urgenza, nella costituzione di medicina generale 6 gli sono dedicati all'oncologia

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X			X			2	X							1	3
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X							X							1	2
ANESTESIA				X	X		2		X		X				2	4
ANGIOLOGIA								X							1	1
DAY HOSPITAL				X			1								1	1
DAY SURGERY						X	1								1	1
DIETETICO-DIETOLOGIA								X							1	1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X	X	6	11
EMOCIALISI	X	X		X	X		3	X							1	4
EMODIAMBICA	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
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X	X	X	X		5	X	X	X	X	X	X	X	6	11
LABORATORIO DIANALES	X						1								1	1
MEDICINA DEL LAVORO	X						1								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
NEFROLOGIA	X						1	X							1	2
ONCOLOGIA	X	X	X		X	X	3								1	3
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X		5	X	X	X	X	X	X	6	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		X				2	X							1	3



28

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C\_B3

COD	DENOMINAZIONE	BAT				OFFERTA RETE PUBBLICA	CJC Congregazione Divina Provvidenza - Bisceglie****	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA ROGIZIO 2019
		162177	162174(201)	162178	162174(21)				
07	CARDIOCHIRURGIA								
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA								
09	CARDIOLOGIA	12	16			28		28	
09	CHIRURGIA GENERALE	24	26	24		74		74	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE								
11	CHIRURGIA PEDIATRICA								
12	CHIRURGIA PLASTICA								
13	CHIRURGIA TORACICA								
14	CHIRURGIA VASCOLARE								
02	DAY HOSPITAL								
06	DAY SURGERY								
52	DERMATOLOGIA								
18	EMATOLOGIA	10				10		10	
58	GASTROENTEROLOGIA	15				15		15	
21	GECIATRIA			10		10		10	
47	GRANDI USTIONI				20	40	20	60	
60	LUNGOSSISTEMI				18	18		18	
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO								
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				20	20		20	
28	MEDICINA GENERALE	24	26	24		74	30	104	
29	NEFROLOGIA	20				20		20	
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA								
62	NEUMATOLOGIA	6	6			12		12	
30	NEUROCHIRURGIA			20		20		20	
32	NEUROLOGIA	16	16			32		32	
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4				4		4	
75	NEUROREABILITAZIONE								
34	ODONTOLOGIA	5				5		5	
35	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA								
63	ONCOLOGIA PEDIATRICA								
64	ONCOLOGIA	15				15		15	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	24	24		72		72	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32	32			64		64	
38	OTORINOLARINGOIATRIA	16				16		16	
39	PEDIATRIA	16	16	16		48		48	
68	PNEUMOLOGIA			12		12		12	
40	PSICHIATRIA	20				20		20	
70	RADIOTERAPIA								
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE				40	40	50	90	
71	REUMATOLOGIA								
49	TERAPIA INTENSIVA	6	8	6		20		20	
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE								
50	UNITA' CORONARICA	4	8			12		12	
28	UNITA' SPINALE								
43	URTOLOGIA			20		20		20	
78	URTOLOGIA PEDIATRICA								
86	TERAPIA DEL DOLORE								
87	DETENUTI								
<b>TOTALE</b>		<b>269</b>	<b>218</b>	<b>174</b>	<b>60</b>	<b>721</b>	<b>100</b>	<b>821</b>	
di cui POSTI LETTO ACUTI		269	218	154		641	30	1,70	
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE						40	50	0,23	
di cui POSTI LETTO LUNGOSSISTEMA				20	20	40	20	0,15	

\*verifiche logistiche successive dovranno il territorio di almeno 20 pl di neurorabilitazione.

\*\*Nella dotazione di chirurgia generale dell'Ospedale Bionico di Andria, 3 pl sono dedicati alla chirurgia plastica

\*\*\*nell'ambito della dotazione di pediatria dell'Os pediatrico di Bisceglie sono compresi 4 pl dedicati alla neonatologia

\*\*\*\*pl sono oggetto di pratica (allegato)

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA								
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA		X				f		1
ANESTESIA								
ANGIOLOGIA								
DAY HOSPITAL								
DAY SURGERY								
DIETETICA NUTRIZIONE								
DIPARTIMENTO SANITARIA DI PRESIDIO	X		X	X	3	X	f	4
EMODIALISI	X	X			2			2
EMODINAMICA		X			1			1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X		3			3
FISICA SANITARIA	X				1			1
GENETICA MEDICA								
GINECOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X			2			2
LABORATORIO DIAGNOSI	X	X	X		3	X	f	4
MEDICINA DEL LAVORO								
MEDICINA LEGALE								
MEDICINA NUCLEARE	X				1			1
MEDICINA SPORTIVA								
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA								
NEUROFISIOLOGIA								
ONCOLOGIA								
RADIOTERAPIA	X	X	X		3	X	f	4
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X				1			1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X			2			2
TERAPIA DEL DOLORE								
TOSSICOLOGIA								



REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORGNAMENTO OSPEDALIERO

TABELLA C\_85

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BARI														OFFERTA RETE PUBBLICA
COD	DENOMINAZIONE	160907(D1)	160109	160158	160157	160159	160907(D2)	160160	160907	160302						
		AOU Generale Politecnico - Bari	Ospedale Di Venero - Carbonara G - Bari	Ospedale San Paolo - Bari	Ospedale della Murgia - Altamura	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Polignano	IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	IRCCS Saverio da Sella - Castellana Grotte	Ospedale Umberto I - Corvino	Ospedale Don Tommaso Ballo - Mottola	Plesso Michele Saraceno - Tottuzi	Plesso Francesco Fabbricari - Triggiano		
07	PAEDIODIURURGIA	29													29	
08	CANCROLOGIA PEDIATRICA						10								10	
09	CHIRURGIA GENERALE	48	12	20	12	12	10	8			8				130	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	130	24	24	24	18		18	44	50	24	16			372	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	20					30								20	
12	CHIRURGIA PLASTICA	20		10					10						44	
13	CHIRURGIA TORACICA	20							16						36	
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20	16												36	
15	DAY HOSPITAL															
16	DAY SURGERY															
17	DERMATOLOGIA	20													20	
18	EMATOLOGIA	30							16						46	
19	GASTROENTEROLOGIA	30		10						40					80	
20	GIENIGIA	4						15							19	
21	ESANCIUSTONATI	16													16	
22	LINGODESSENTI				12			20					20		72	
23	MALATTIE ENDOCRINE DEL RINAMBO	20					10			10					40	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	25	12				30								67	
25	MEDICINA GENERALE	116	32	30	24	32		24		10	16	36			322	
26	NEFROLOGIA	25	10		10										45	
27	NEFROLOGIA PEDIATRICA						12								12	
28	NEONATOLOGIA	20	10	10	8	6									54	
29	NEUROLOGIA	30	15												45	
30	NEUROLOGIA	71	20		15	10	15								131	
31	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	20													20	
32	NEUROREABILITAZIONE	8													8	
33	OCULISTICA	20	10		4			4							38	
34	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA															
35	ONCOLOGIA PEDIATRICA	20													20	
36	ONCOLOGIA	20			4				44	6					74	
37	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	60	24	24	24	18	10	18			18	18			214	
38	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	30	32	24	24			14		20				224	
39	OTORINOLARINGOIATRIA	25	12		10	10			8						65	
40	PREMATRIA	8		16	12	12	32				12				92	
41	PREMATOLOGIA	48	15	20				10							93	
42	PSICHIATRIA	29		15	15			15							74	
43	RADIOTERAPIA															
44	RECUPERO E RIABILITAZIONE	20		4	8							40	40		112	
45	REUMATOLOGIA	20													20	
46	TERAPIA INTENSIVA	32	8	8	8	8	8		4	8	8				92	
47	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	8												20	
48	UNITA' D'ORDINAMICA	16	8	8	4										36	
49	UNITA' SIVALE	12													12	
50	UROLOGIA	45	10	10	10	10			10						95	
51	UROLOGIA PEDIATRICA						10								10	
52	TERAPIA DEL DOLORE	2													2	
53	DETENUTI			16											16	
<b>TOTALE</b>		<b>1.195</b>	<b>276</b>	<b>257</b>	<b>228</b>	<b>160</b>	<b>177</b>	<b>132</b>	<b>165</b>	<b>124</b>	<b>108</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>3.013</b>	
di cui POSTI LETTO ACUTI		1.155	276	253	209	160	177	112	165	124	108	70			2.809	
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		40		4	8								40	40	132	
di cui POSTI LETTO LINGODESSENZA					12			20					20	20	72	

\* la neurologia dell'ADU Politecnico di Bari è abilitata al tempo (4) (il codice 45)

\*\* il p di cura pediatrica dell'ADU Politecnico sono dedicati all'assistenza per fibrasi critica

\*\*\* nell'ambito della donazione di pediatra dell'Ospedale di Corvino sono compresi 4 posti dedicati alla neonatologia

**SERVIZI SENZA POSTI LETTO**

ALLERGIOLOGIA	X															1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X								X	X	X					3
ANESTESIA								X	X	X	X	X				5
ANGIOLOGIA			X													1
DAY HOSPITAL																
DAY SURGERY																
DIETETICA NUTRIZIONE																
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
EMODIALISI	X						X									2
EMODIUVICA	X		X													2
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
FISICA SANITARIA	X	X							X							3
GENETICA MEDICA	X	X								X						3
GIUNTOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X															1
LABORATORIO (ANALISI)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
MEDICINA DEL LAVORO	X															1
MEDICINA LEGALE	X															1
MEDICINA NUCLEARE	X	X														2
MEDICINA SPORTIVA	X															1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X									X						2
NEUROFISIOLOGIA	X	X														2
ONCOLOGIA			X		X											2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X								X							2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X	X	X				X			X	X			8
TERAPIA DEL DOLORE	X															1
TOSSICOLOGIA																



760

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C\_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		160078	160147	160208	160287	160340	160308	160098	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RORDINO 2019
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Generale Mottola - Acquafredda delle Fonti	CDC OSB Mater-Del-Hospital - Bari	Fondazione Salvatore Murgese - Cassano Murgese	CDC Santa Maria - Bari	CDC Andrea Hospital - Bari	CDC Monte Imperatore - NoCI	CDC Medico di Villa Lucchese - Conversano		
07	CARDIOCHIRURGIA		34		23	20			77	108
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									10
09	CANCROLOGIA	38	34		20	14		73	119	243
09	CHIRURGIA GENERALE	58	32		18			18	124	496
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	14	3		1			1	19	39
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									30
12	CHIRURGIA PLASTICA		5		2				7	51
13	CHIRURGIA TORACICA		10						10	46
14	CHIRURGIA VASCOLARE	18	16					73	47	83
02	DAY HOSPITAL									
86	DAY SURGERY		12						12	12
52	DERMATOLOGIA	10							10	30
18	EMATOLOGIA	10							10	56
58	GASTROENTEROLOGIA	16	10						26	106
21	GERIATRIA	50							50	69
07	GRANDI USTIONI									16
60	LUNGOCENTRI		14				28		42	114
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	10							10	50
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI									67
29	MEDICINA GENERALE	36	71						107	429
29	NEFROLOGIA	18	8						26	71
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									12
63	NEUMATOLOGIA	20	6						26	60
30	NEUROCHIRURGIA	16	10			15			41	86
32	NEUROLOGIA	26	10						36	167
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									20
75	NEUROREABILITAZIONE			20					20	28
34	ODONTOLOGIA	6	3		1			1	11	49
25	ODONTOLOGIA E STOMATOLOGIA									20
65	ONCOLOGIA 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
38	OTORINOLARINGOIATRIA	8	2						10	75
39	PEDIATRIA									92
68	PNEUMOLOGIA	18		8					26	119
40	PSICHIATRIA									74
70	RADIOTERAPIA									
55	RECUPERO E RIABILITAZIONE	22	76	188	10	20	61		376	483
71	REUMATOLOGIA									20
49	TERAPIA INTENSIVA	14	72		8	8			42	134
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8							8	28
50	UNITA' CORONARICA	8	8		8	8		4	32	68
28	UNITA' SPINALE			14					14	26
43	UROLOGIA	34	8		10				52	147
78	UROLOGIA PEDIATRICA									10
86	TERAPIA DEL DOLORE	2							2	4
87	DETENUTI									
<b>TOTALE</b>		<b>573</b>	<b>449</b>	<b>230</b>	<b>152</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>80</b>	<b>1.671</b>	<b>4.666</b>
di cui POSTI LETTO ACUTI		551	360	8	142	80		80	1.219	3.118
di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		22	75	222	10	20	61		410	0,43
di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA			14				28		42	0,09

\*I pl sono opposti di prelievo (all'aperto); la pediatria e l'odontoiatria vengono garantiti con servizio ambulatoriale

**SERVIZI SENZA POSTI LETTO**

ALLERGOLOGIA										1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X								1	4
ANESTESIA								X	1	6
ANGIOLOGIA										1
DAY HOSPITAL										
DAY SURGERY										
DIETETICA/NEUROLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	7	20
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X							2	4
EMODIALISI	X	X							5	7
EMODINAMICA	X	X		X	X			X	2	13
FARMACIA OSPEDALIERA	X		X						1	4
FISICA SANITARIA	X								1	4
GENETICA/MEDICA	X								1	4
IMMUNOLOGICA E CENTRO TRAPIANTI	X	X	X	X	X	X	X	X	7	17
LABORATORIO DIAGNOSI										1
MEDICINA DEL LAVORO										1
MEDICINA LEGALE										1
MEDICINA NUCLEARE	X		X						2	4
MEDICINA SPORTIVA										1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X								1	3
NEUROFISIOLOGIA										2
ONCOLOGIA										2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	7	18
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X	X							2	4
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X								1	9
TERAPIA DEL DOLORE										1
TOSSICOLOGIA										



61  
266

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RORINDO OSPEDALIERO

TABELLA C\_BIS

COD	DENOMINAZIONE	TARANTO														OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RORINDO 2019	
		160172[1]	160168	160175	160172[2]	160174		OFFERTA RETE PUBBLICA	CdC Vela Verde - Taranto	CdC Bernardini - Taranto	CdC San Camillo - Taranto	Centro Medico Riabilitazione e Assistenza - Ginoasa	CdC Villa Bianca - Martone - Franco	CdC Ospedale della Città - Taranto	CdC D'Amore Hospital - Taranto			CdC Santa Rita - Taranto
07	CARDIOCHIRURGIA							18									18	18
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
09	CARDIOLOGIA	18	12	12		8		50	24					10			34	84
09	CHIRURGIA GENERALE	28	24	18	10	18		98		15	25					23	63	161
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE																	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA																	
12	CHIRURGIA PLASTICA				6			6										6
13	CHIRURGIA TORACICA				5			5										5
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20						20										20
02	DAY HOSPITAL																	
08	DAY SURGERY																	
32	DERMATOLOGIA																	
18	EMATOLOGIA				22			22										22
58	GASTROENTEROLOGIA	10						10			5						5	15
21	GERIATRIA	75						15	28							14	40	59
47	GRANDI LISTONATI																	
60	LUNGOSEGUENTI		10	8		8	32	58										58
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO				2			2										2
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				25			25										25
26	MEDICINA GENERALE	50	32	32		32		146	20	25	14			30		16	105	251
29	NEFROLOGIA	20		8				28										28
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
67	NEONATOLOGIA							16										16
30	NEUROCHIRURGIA	20						20		12								32
32	NEUROLOGIA	24	12					36										36
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
75	NEUROREABILITAZIONE																	
34	OCULISTICA	6						6		2								8
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA																	
65	ONCOLOGIA PEDIATRICA	5						5										5
66	ONCOLOGIA		10		20	5		35										35
38	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	28	18		18		100		28	28			17			73	173
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	54	32	24	6			116		6							6	122
33	OTORINOLARINGOIATRIA		6		5			11										11
39	PEDIATRICA	20		12				32										32
68	PNEUMOLOGIA				20	10		30	12		15	10						67
40	PSICHIATRIA	15	15					30										30
70	RADIOTERAPIA																	
58	RECUPERO E RIABILITAZIONE	8	8					40	56	50			57	64	20			191
71	REUMATOLOGIA	6						6										6
49	TERAPIA INTENSIVA	20	8	8	4	6		44	8									50
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10						10										10
50	UNITA' CARDIACA	14	4	4				22	8									30
28	UNITA' SPINALE																	
43	UROLOGIA	12		12	4			28		8	6							42
78	UROLOGIA PEDIATRICA																	
96	TERAPIA DEL DOLORE	2						2										2
97	DETEMUTI																	
<b>TOTALE</b>		<b>421</b>	<b>201</b>	<b>162</b>	<b>129</b>	<b>105</b>	<b>72</b>	<b>1.088</b>	<b>164</b>	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>67</b>	<b>84</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>614</b>	<b>1.702</b>
di cui POSTI LETTO ACUTI		421	183	145	129	97		974	114	95	93	10		40	40	30	423	2.37
di cui POSTI LETTO LUNGOSEGUENZA			8	8				40	50					57	64	20	191	0,42
			10	8		8	32	58									610	0,10

\*Oncologia e pediatria funzionerà in spoke con ADU Policlinico di Bari, mentre le discipline chirurgiche dei Moscati funzioneranno in spoke con IRCCS Giovanni Paolo II di Bari.

\*\*L'ospedale di Grottole è presso del SS. Annunziata e sarà convertito in presidio per la post-acute e il completamento dei lavori per la costruzione del nuovo Ospedale di Taranto.

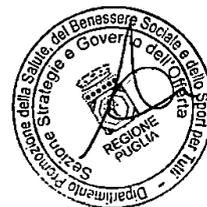
\*\*\*nell'ambito della creazione di pedana dell'Ospedale di Marina Franca sono compresi 4 pi dedicati alla neonatologia.

\*\*\*\*il pi del codice 37 dei Moscati sono dedicati esclusivamente ad attività ginecologiche e non ostetriche.

\*\*\*\*\*nell'ambito della dotazione di chirurgia per di Castellana Grotte 4 pi dedicati all'urologia.

**SERVIZI SENZA POSTI LETTO**

ALLERGIOLOGIA	X							1											1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X							1											1
ANESTESIA									X	X	X								4
ANGIOLOGIA																			
DAY HOSPITAL																			
DAY SURGERY																			
DIETETICO-NUTRIZIONE																			
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8
EMODIALISI		X						1											1
EMODINAMICA	X							1	X										2
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X			X		4											4
FISICA SANITARIA	X							1											1
GENETICA MEDICA	X							1											1
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																			
LABORATORIO DIAGNOSI	X	X	X			X		4	X	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																			
NEFROLOGIA	X							1											1
ONCOLOGIA			X																1
RADIOLOGIA	X	X	X			X		4	X	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																			



42

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORNIO OSPEDALIERO

TABELLA C\_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BRINDISI							OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORNIO 2019
COD	DENOMINAZIONE	160170 Ospedale Antinale - Brindisi	160162 Ospedale Carlo Gambiello - Francavilla Fontana	16A Plesso San Raffaele - Ceglie Messapica	160167 Ospedale Civile - Ostuni	OFFERTA RETE PUBBLICA	160161 Città Salute - Brindisi	160161 IRCCS - Brindisi		
07	CARDIOCHIRURGIA									
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									
09	CHIRURGIA GENERALE	30	12			42			42	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	32	24		16	72	7		79	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									
12	CHIRURGIA PLASTICA	20				20			20	
13	CHIRURGIA TORACICA									
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20				20	10	10	30	
22	DAY HOSPITAL									
96	DAY SURGERY									
52	DERMATOLOGIA	4				4			4	
18	EMATOLOGIA	20				20			20	
58	GASTROENTEROLOGIA	10				10			10	
21	GERIATRIA	30				30			30	
47	GIENIGIENISTI	8				8			8	
62	LUNGOGGENTI	20			20	40			40	
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RGNABRO	8				8			8	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	15				15			15	
26	MEDICINA GENERALE	60	32			124	16	16	140	
29	NEFROLOGIA	20				20			20	
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
63	NEUMATOLOGIA	16	6			22			22	
30	NEUROCHIRURGIA	18				18			18	
32	NEUROLOGIA	32				32			32	
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									
75	NEUROREABILITAZIONE			40		40	30	30	70	
34	OGGIUSTICA	10				10			10	
35	OGDONTIATRIA E STOMATOLOGIA									
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									
64	ONCOLOGIA	20	12			32			32	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	24		18	74	8	8	82	
37	GSTETTRICA E GINECOLOGIA	50	32			82	19	19	101	
38	OTORINOLARINGOIATRIA	16				16			16	
39	PEDIATRIA	20	16			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	
30	UNITA' COORDINATA	12	8			18			18	
25	UNITA' SPINALE			20		20			20	
43	UROLOGIA	24				24			24	
76	UROLOGIA PEDIATRICA									
86	TERAPIA DEL DOLORE	2				2			2	
87	DETEZUTI									
TOTALE		610	188	105	105	1.007	60	30	90	1.097
# es POSTI LETTO ACUTI		590	188		86	862	60		30	2.30
# es POSTI LETTO RIABILITAZIONE				105		105		30	30	0,34
# es POSTI LETTO LUNGOGGENZA		20			20	40				0,10

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 E NUTRIZIONE	X					1				1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X		4	X	X	2	6
EMODIALISI	X	X		X		3				3
EMODINAMICA	X					1				1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X		X		3				3
FISICA SANITARIA	X					1				1
GENETICA MEDICA										
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI										
LABORATORIO DIAGNOSI	X	X		X		3	X	X	2	5
MEDICINA DEL LAVORO										
MEDICINA LEGALE	X	X				2				2
MEDICINA NUCLEARE	X					1				1
MEDICINA SPORTIVA										
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X					1				1
NEFROLOGIA										
ONCOLOGIA										
RADIOLOGIA	X	X		X		3	X	X	2	5
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X					1				1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X				2				2
TERAPIA DEL DOLORE	X					1				1
TOSSICOLOGIA	X					1				1



43

64

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RORINDO OSPEDALIERO

TABELLA C\_8/5

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		LEGGE														TOTALE		
COD	DENOMINAZIONE	16077 (R1)	160083	160188	160787	160082	150165	16077 (R2)	OFFERTA RETE PUBBLICA	160090	160150	160107	160152	160110	160108	160108	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RORINDO 2019
		Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Ospedale Villa degli Pizzi - Scorrano	Ospedale Francesca Ferrarini - Casarano	Ospedale Santa Caterina Novella - Grottole	Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	Ospedale Antonio Galvano - San Casadio di Lecce		Ospedale Cardinale Panko - Tricase	CiC CRS di Lecce Hospital - Lecce	CiC Prof. Pennacchini - Lecce	CiC Eurofalle - Casarano	CiC San Francesco - Galiano	CiC Villa Verde - Lecce	CiC Villa Bianca - Lecce		
07	CARDIOCHIRURGIA	30							30		25						25	55
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
09	CARDIOLOGIA	40	12	12	6		12		82	18	15						33	115
10	CHIRURGIA GENERALE	40	24	24	18	4	24		134	30	10			19			73	207
11	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10							10	4							4	14
12	CHIRURGIA PEDIATRICA	20							20									20
13	CHIRURGIA PLASTICA	8							8									8
14	CHIRURGIA TORACICA	20							20									20
15	CHIRURGIA VASCOLARE	12							12	14		8					22	34
16	DAY HOSPITAL																	
17	DAY SURGERY																	
18	DERMATOLOGIA	4							4									4
19	EMATOLOGIA	24							24	18							18	42
20	GASTROENTEROLOGIA	20		16					36									36
21	GERIATRIA	10			24			30	64									64
22	GERIATRIA																	
23	GERIATRIA																	
24	GERIATRIA																	
25	GERIATRIA																	
26	GERIATRIA																	
27	GERIATRIA																	
28	GERIATRIA																	
29	GERIATRIA																	
30	GERIATRIA																	
31	GERIATRIA																	
32	GERIATRIA																	
33	GERIATRIA																	
34	GERIATRIA																	
35	GERIATRIA																	
36	GERIATRIA																	
37	GERIATRIA																	
38	GERIATRIA																	
39	GERIATRIA																	
40	GERIATRIA																	
41	GERIATRIA																	
42	GERIATRIA																	
43	GERIATRIA																	
44	GERIATRIA																	
45	GERIATRIA																	
46	GERIATRIA																	
47	GERIATRIA																	
48	GERIATRIA																	
49	GERIATRIA																	
50	GERIATRIA																	
51	GERIATRIA																	
52	GERIATRIA																	
53	GERIATRIA																	
54	GERIATRIA																	
55	GERIATRIA																	
56	GERIATRIA																	
57	GERIATRIA																	
58	GERIATRIA																	
59	GERIATRIA																	
60	GERIATRIA																	
61	GERIATRIA																	
62	GERIATRIA																	
63	GERIATRIA																	
64	GERIATRIA																	
65	GERIATRIA																	
66	GERIATRIA																	
67	GERIATRIA																	
68	GERIATRIA																	
69	GERIATRIA																	
70	GERIATRIA																	
71	GERIATRIA																	
72	GERIATRIA																	
73	GERIATRIA																	
74	GERIATRIA																	
75	GERIATRIA																	
76	GERIATRIA																	
77	GERIATRIA																	
78	GERIATRIA																	
79	GERIATRIA																	
80	GERIATRIA																	
81	GERIATRIA																	
82	GERIATRIA																	
83	GERIATRIA																	
84	GERIATRIA																	
85	GERIATRIA																	
86	GERIATRIA																	
87	GERIATRIA																	
88	GERIATRIA																	
89	GERIATRIA																	
90	GERIATRIA																	
91	GERIATRIA																	
92	GERIATRIA																	
93	GERIATRIA																	
94	GERIATRIA																	
95	GERIATRIA																	
96	GERIATRIA																	
97	GERIATRIA																	
98	GERIATRIA																	
99	GERIATRIA																	
100	GERIATRIA																	
101	GERIATRIA																	
102	GERIATRIA																	
103	GERIATRIA																	
104	GERIATRIA																	
105	GERIATRIA																	
106	GERIATRIA																	
107	GERIATRIA																	
108	GERIATRIA																	
109	GERIATRIA																	
110	GERIATRIA																	
111	GERIATRIA																	
112	GERIATRIA																	
113	GERIATRIA																	
114	GERIATRIA																	
115	GERIATRIA																	
116	GERIATRIA																	
117	GERIATRIA																	
118	GERIATRIA																	
119	GERIATRIA																	
120	GERIATRIA																	
121	GERIATRIA																	
122	GERIATRIA																	
123	GERIATRIA																	
124	GERIATRIA																	
125	GERIATRIA																	
126	GERIATRIA																	
127	GERIATRIA																	
128	GERIATRIA																	
129	GERIATRIA																	
130	GERIATRIA																	
131	GERIATRIA																	
132	GERIATRIA																	
133	GERIATRIA																	
134	GERIATRIA																	

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

TABELLA C\_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		TOTALE PUGLIA		
COD	DENOMINAZIONE	OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2018
07	CARDIOCHIRURGIA	71	132	203
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	10		10
09	CANCIOLOGIA	404	222	626
09	CHIRURGIA GENERALE	500	372	1.272
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	30	37	67
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	56		56
12	CHIRURGIA PLASTICA	50	7	57
13	CHIRURGIA TORACICA	77	30	107
14	CHIRURGIA VASCOLARE	100	85	185
52	DAY HOSPITAL			
88	DAY SURGERY		12	12
53	DERMATOLOGIA	32	15	47
18	EMATOLOGIA	140	60	200
56	GASTROENTEROLOGIA	191	71	262
21	GERIATRIA	155	169	324
27	GIARDINI LUSIGNANI	27		27
50	LUNGODEGENTI	371	98	469
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	88	28	116
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	203		203
26	MEDICINA GENERALE	1.064	521	1.585
29	NEFROLOGIA	181	60	241
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	12		12
02	NEURINATOLOGIA	150	52	202
30	NEUROCHIRURGIA	155	103	258
32	NEUROLOGIA	317	102	419
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	40		40
75	NEUROREABILITAZIONE	48	90	138
34	OCULISTICA	83	32	115
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	2	2	4
63	ONCOLOGIA PEDIATRICA	25	20	45
64	ONCOLOGIA	230	76	306
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	674	393	1.067
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	732	243	975
38	OTORINOLARINGOIATRIA	158	44	202
39	PEDIATRIA	322	38	360
68	PNEUMOLOGIA	285	83	368
40	PSICHIATRIA	261	16	277
70	RADIOTERAPIA			
55	RECUPERO E RIABILITAZIONE	445	852	1.297
71	REUMATOLOGIA	42		42
48	TERAPIA INTENSIVA	254	113	367
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	65	22	87
50	UNITA' ORONASALE	134	66	200
28	UNITA' OPERIALE	38	14	52
43	URIOLOGIA	249	148	397
78	URIOLOGIA PEDIATRICA	10		10
96	TERAPIA DEL DOLORE	10	6	16
87	DETEMATI	16		16
	<b>TOTALE</b>	<b>8.958</b>	<b>4.445</b>	<b>13.403</b>
	di cui POSTI LETTO ACUTI	8.056	3.391	2.80
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	531	950	0,38
	di cui POSTI LETTO LUNGO DEGENZA	371	98	0,11

## SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	7	2	9
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	9	3	12
ANESTESIA	11	12	23
ANGIOLOGIA	2	2	4
DAY HOSPITAL	1		1
DAY SURGERY	1		1
DIETETICA/NEFROLOGIA	2	1	3
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	39	31	69
EMODIALISI	16	4	20
EMODINAMICA	8	9	17
FARMACIA OSPEDALIERA	31	4	35
FISICA SANITARIA	8	2	10
GENETICA MEDICA	6	3	9
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	3		3
LASORATORIO DIAGNOSI	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
NEURORADIOLOGIA	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	3	1	4



65

96



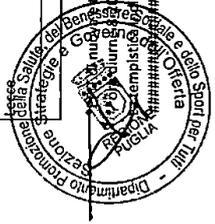
TABELLA D

Provincia	Denominazione	Centrale Operativa 118 di afferenza	N° Accessi Totali Anno	N° Accessi Medi Die	CRONOPROGRAMMA DI RICONVERSIONE						
					ENTRO						
					31/05/2017 equipe strutturata ore diurne** ed	31/05/2017 riconversione completa con	30/09/2017 equipe strutturata	30/09/2017 riconversione e completa	31/12/2017 riconversione completa con	31/12/2018 riconversione prevista con postazione medicalizzata	
Foggia	PPIT Vico del Gargano	16003	7.124	20	X		X			X	
	PPIT Vieste	16003	6.916	19	X		X			X	
	PPIT Torremaggiore	16003	6.785	19	X		X			X	
	PPIT San Marco in Lamis	16003	4.228	12		X				X	
	PPIT Trani*	16001	9.997	27			X			X	
	PPIT Canosa di Puglia*	16001	7.360	20			X			X	
	PPIT Minervino Murge	16001	1.504	4		X				X	
	PPIT Spinazzola	16001	1.382	4		X				X	
	PPIT Triggiano*	16001	10.975	30		X				X	
	PPIT Terlizzi*	16001	10.805	30		X				X	
BAT	PPIT Bitonto	16001	5.825	16	X			X		X	
	PPIT Conversano	16001	3.575	10		X				X	
	PPIT Gioia del Colle	16001	2.373	7		X				X	
	PPIT Casamassima	16001	2.226	6		X				X	
	PPIT Santeramo	16001	2.196	6		X				X	
	PPIT Giovinazzo	16001	2.171	6		X				X	
	PPIT Rutigliano	16001	2.101	6		X				X	
	PPIT Polignano a Mare	16001	2.089	6		X				X	
	PPIT Castellana Grotte	16001	1.923	5		X				X	
	PPIT NoCI	16001	1.644	5		X				X	
Bari	PPIT Grumo Appulia	16001	1.544	4		X				X	
	PPIT Ruvo di Puglia	16001	1.508	4		X				X	
	PPIT Locorotondo	16001	1.507	4		X				X	
	PPIT Mola di Bari	16001	1.472	4		X				X	
	PPIT Alberobello	16001	1.427	4		X				X	
	PPIT Mottola	16001	1.427	4		X				X	
	PPIT Mottola	16004	26.290	72			X		X	X	
	PPIT Grottole*	16004	18.977	52			X		X	X	
	PPIT Massafra	16004	10.056	28		X			X	X	
	PPIT Mottola	16004	3.615	10		X			X	X	
Taranto	PPIT Ginosa	16004	2.628	7		X			X	X	
	PPIT Mesagne	16005	8.501	23		X			X	X	
	PPIT Fasano*	16005	8.482	23		X			X	X	
	PPIT San Pietro Vernotico*	16005	6.978	19		X			X	X	
	PPIT Ceglie Messapica	16005	6.547	18		X			X	X	
	PPIT Cisternino	16005	1.965	5		X			X	X	
	PPIT Campi Salentina	16002	3.324	9		X			X	X	
	PPIT Nardò	16002	3.816	10		X			X	X	
	PPIT Poggiardo	16002	2.376	6		X			X	X	
	<b>COMPLESSIVO:</b>			<b>204.162</b>	<b>15</b>						

transitoria Istituzione a seguito di riconversione di preesistente presidio ospedaliero dotato di pronto soccorso. Gli accessi sono esclusivamente i codici bianchi e verdi dell'anno 2015.

ore notturne 20-8.

la categoria puo essere anticipata a discrezione della direzione strategica della ASL se carenze d'organico e esigenze assistenziali salvavita lo richiedono.



52  
 Il Dirigente di Sezione  
 Giovanni Campobasso  
 PRESENTE AVEGATO A  
 SI CONFO NE DA UT  
 PALLONE

**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**

**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 Hub  
delle Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) e Direttori delle Centrali Operative 118.



**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 e monitorare 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 oppure 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 struttura 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 II livello ostetrico-neonatalogico, 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 II 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 della Regione 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 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  $\geq$  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 sono a uno dei Centri Hub ad elevata specializzazione sec. la valutazione del centro più adatto eseguita da ostetrico e neonatologo 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;
- PPROM (rottura delle membrane pretermine) prima della 34ma settimana;
- Sindrome ipertensive 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.

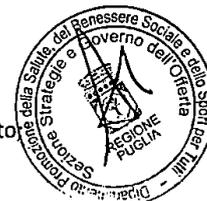
Particolare attenzione deve essere posta nella gestione della patologie nelle età gestazionali estremamente basse, come da indicazioni fornite dal Ministero della Salute.

#### 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 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 l'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 il 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.....

Ricoverata dal:..... Ore:..... Trasferita ore:.....

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

**MOTIVO DEL TRASFERIMENTO**.....

**ANAMNESI**.....

**CONDIZIONI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO**

**VISITA**

**OSTETRICA:**.....

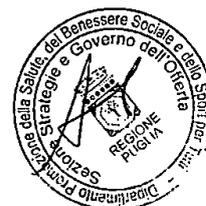
P.A.....

**CARDIOTOLOGRAFIA:** esclusa | non esclusa |

**ECOGRAFIA:** esclusa | non esclusa |

**INDAGINI DI LABORATORIO:** esclusi | non esclusi |

Hb	Glic.	Proteinemia	HIV
Ht	Azot	Proteinuria	HEsAG
Pit	Uric.	FCE	HCV
TP	GDT	RD	RW
TTP	GPT	ECG	
Riann.	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

Profilassi 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.....

Reparto 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 prematurità) CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

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



**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 II 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**

peso alla nascita g	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	
	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 <sub>2</sub> mmHg/sat O <sub>2</sub> %	<23/<50		>23/>50		
	2		0		
anomalie congenite	si		no		
	6		0		
<b>Totale MINT</b>					

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 medico (eventualmente può essere presente il medico in formazione, oltre lo strutturato) e infermiere del 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. Madonnina 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>													
Dati anagrafici della madre		Indirizzo													
Dati anagrafici del padre		recapiti telefonici													
<b>ANAMNESI OSTETRICA</b>															
Gruppo sanguigno		test di Coombs		numero precedenti gravidanze											
				esito											
<b>Travaglio</b>															
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"/>		Liquido amniotico		Limpido <input type="checkbox"/>		Timo di meconio <input type="checkbox"/>		Fetido <input type="checkbox"/>					
						Timo di sangue <input type="checkbox"/>		Oligodramnios <input type="checkbox"/>		Polidramnios <input type="checkbox"/>					
						TV x GBS		data		esito		Pos <input type="checkbox"/>		Neg <input type="checkbox"/>	
								profilassi intraparto		Completa <input type="checkbox"/>		Incompleta <input type="checkbox"/>		Non eseguita <input type="checkbox"/>	
				Sterilezza materna						(in particolare, HBs Ag ultimo trimestre)					
<b>PROFILASSI</b>		betametassone I dose		II dose											
<b>Parto</b>															
				Moneamniotici <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:													
		Singolo <input type="checkbox"/>		Multiplo <input type="checkbox"/>		Gemello n. _____		su tot feti _____		Monocoriali <input type="checkbox"/>		Bicoriali <input type="checkbox"/>			
Situazione		Longitudinale <input type="checkbox"/>		Traversa <input type="checkbox"/>		Obliqua <input type="checkbox"/>		Presentazione:		Vertice <input type="checkbox"/>					
										Bregma <input type="checkbox"/>					
										Fronte <input type="checkbox"/>					
										Faccia <input type="checkbox"/>					
										Podice <input type="checkbox"/>					
										Spalla <input type="checkbox"/>					
farmaci in travaglio		Oritotici <input type="checkbox"/>													
		Tocolitici <input type="checkbox"/>													
		Spasmolitici <input type="checkbox"/>													
		Analgesici <input type="checkbox"/>													
		Antibiotici <input type="checkbox"/>													
		Altri <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**

**Indicazioni allo STEN**

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con	Distress respiratorio, anche lieve	<input type="checkbox"/>	Cardiopatie congenite cianotiche o d'orto-dipendenti	<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 a .....il.....
La sottoscritta.....
nata a .....il.....
genitori di..... nato a .....il.....
ricoverato dal .....
presso.....
dichiariamo 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 esauritive 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:			
chiamata dal centro trasferente	giorno	mesa	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mesa	anno	ora	min.	
Targa mezzo:						identificativo incubatrice:						
medico:			infermiere:			autista:			barelliere:			
partenza per il centro trasferente	giorno	mesa	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mesa	anno	ora	min.	
sanitario presente al centro trasferente:		pediatra		<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"/>						
		altro		<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	FiO <sub>2</sub>	ventilazione manuale	nCPAP	intubazione O.T./N.T.	ventilazione meccanica	bronco- aspirazione	caterterismo v.o.	acc. vasc. v. periferica	infusione s.g. <input type="checkbox"/> s.f. <input type="checkbox"/>	drenaggio FNO
al Centro trasferente										
durante il trasporto										

terapie effettuate dallo STEN	surfattante	NaHCO <sub>3</sub>	bolo sol. glucosata	PGI1	fenobarbitale	adrenalina
orario di somministrazione dosaggio						

parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettile	glicemia	P.A.	pit'	PO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	CS	HCO <sub>3</sub>
all'arrivo al CT										
dopo stabilizzazione										
all'arrivo al CR.										

parametri rilevati	PC	FR spontanea	SoO <sub>2</sub>	Ti/Te	PIP	CPAP/PEEP	Flusso	Frequenza respiratore	Indagini strumentali
all'arrivo al CT									
dopo stabilizzazione									
all'arrivo al CR									

26



**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	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mese	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)				PAs mmHg			
< 36.1 o > 37.6	8			PAs < 20	26		
36.1 – 36.5 oppure 37.2 – 37.6	1			PAs 20 – 40	16		
36.6 – 37,1	0			PAs > 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, pianto assente	6		
Normale (Fr < 60 e/o SatO2 > 85%)	0			Risposta vigorosa, pianto	0		
				<b>TOTALE TRIPS</b>			

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**

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

28



## 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 Emergenza Urgenza come declinato nell'art. 1, comma 3 dello s.d.l. In particolare, **rimangono restanti quanto**

30



3

**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 da 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 Assettazioni (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

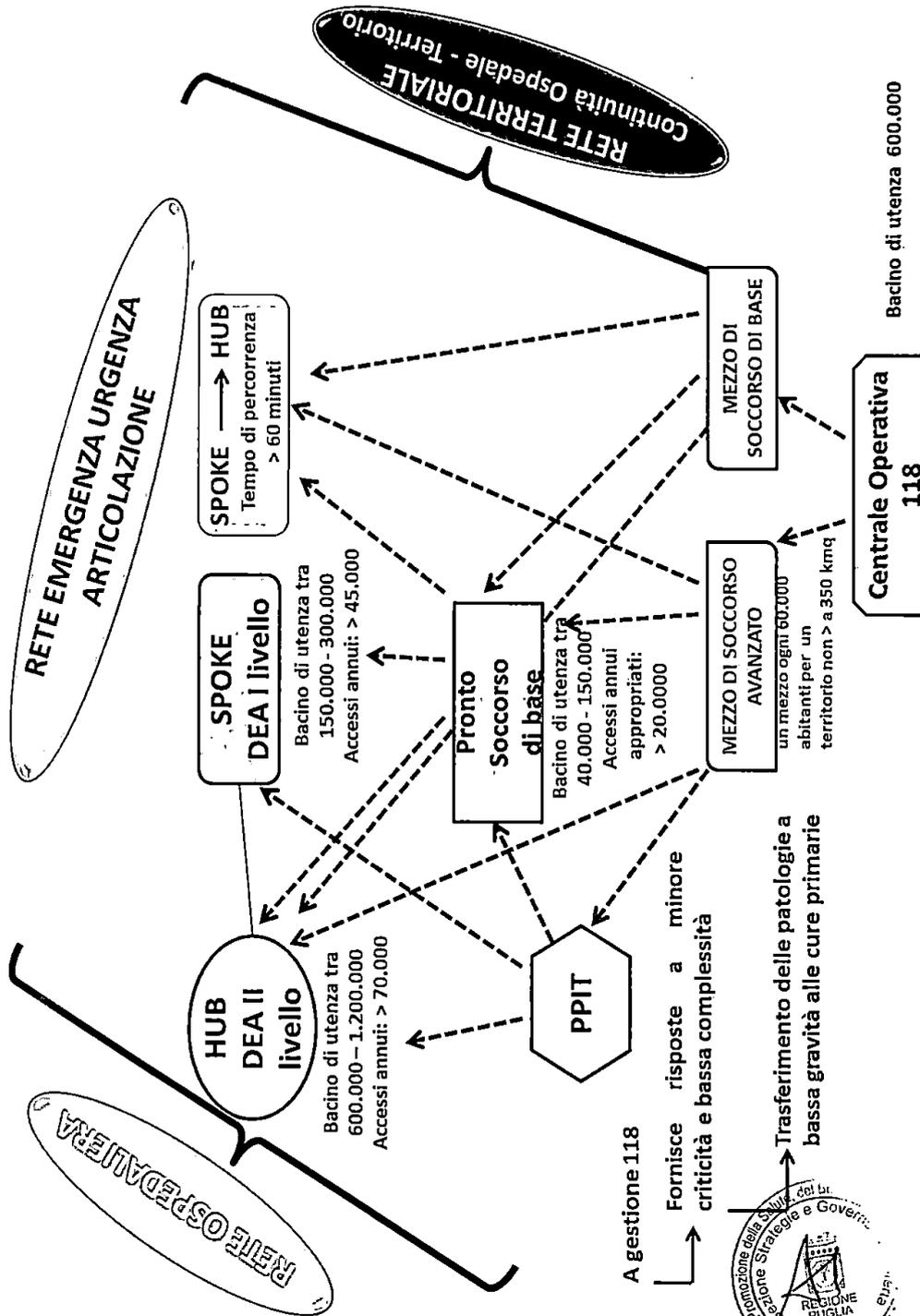
La rete di Emergenza – Urgenza assume una valenza strategica in quanto ponte fra territorio ed ospedale, un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione 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.

### **Criteri 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.**



33



34



## 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 della 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**

37



<b>PERSONALE MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE ED URGENZA</b>			
STRUTTURA	COEFF. MEDICI	COEFF. INFERMIERI	COEFF. SUPPORTO
PRONTO SOCCORSO	0,20	0,32	0,16
D.E.A.	0,26	0,40	0,20
<b>MODALITA' DI CALCOLO</b>			
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		

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

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

<b>MEDICINA D'URGENZA / SEMINTENSIVA</b>			
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 le 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.

3P



## 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;



40

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.

### ELISOCCORSO

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).

42



**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
<b>DEA II Livello HUB</b>	N. 1 • Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari	N. 1 • Azienda Osp. - Unvers. OO. Riuniti, Foggia	N. 0	N. 1 • Osp. SS. Annunziata, Taranto	N. 1 • Osp. Perrino, Brindisi	N. 1 • Osp. V. Fazzi, Lecce
<b>DEA I Livello SPOKE</b>	N. 6 • Osp. S. Paolo, Bari; • Osp. Di Venere, Bari; • E.E. "Miuilf", Acquaviva delle Fonti • Casa di Cura privata accreditata CBH • Osp. della Murgia F. Perinei, Altamura • Osp. Umberto I, Corato	N. 3 • Osp. G. Tatarella, Cerignola • Osp. T. Masselli, Macchia, S. Severo • IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo	N. 2 • Osp. Mons. Dimiccoli, Barletta • Osp. Bonomo, Andria	N. 2 • Presidio osp. Occid., Castellaneta • Presidio Osp. Valle d'Itria, Martina Franca	N. 1 • Osp. D. Camberlingo – Francavilla Fontana	N. 3 • Osp. S. Cuore di Gesù, Gallipoli • Pia Fondazione C. Panico, Tricase • Osp. Veris dellì Ponti, Scorrano



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

\*In ottemperanza a quanto previsto al punto 9.2.2 "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" dell'Allegato al D.M. n. 70/2015

Centrale Operativa 118	N. 1	N. 1	N. 0	N. 1	N. 1	N. 1
Postazioni medicalizzate 118	N. 17	N. 7	N. 4	N. 3	N. 5	N. 3

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

**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

46





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



u7



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.



48



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 specifica 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



49



Regione Puglia



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

- 8) Cardiochirurgia
- 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, cardiochirurghi, 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 coinvolti<sup>1</sup> nella "Rete cardiologica regionale", e da componenti delle più

<sup>1</sup> 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, Cardiochirurgia.





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.



51

6



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 coinvolti<sup>2</sup> 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

<sup>2</sup> 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 ri-perfusione, wire crossing, percentuale di pazienti ri-perfusi, 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 prescrizione diretta in Pronto soccorso);

SB





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.



SH



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 ri-perfusione 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 i propri



SS



Regione Puglia



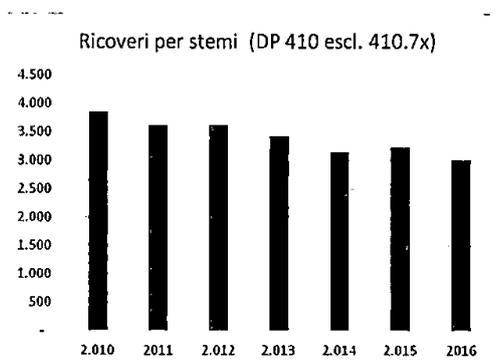
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

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.



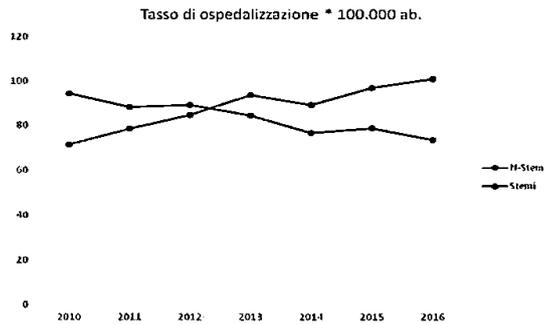
56



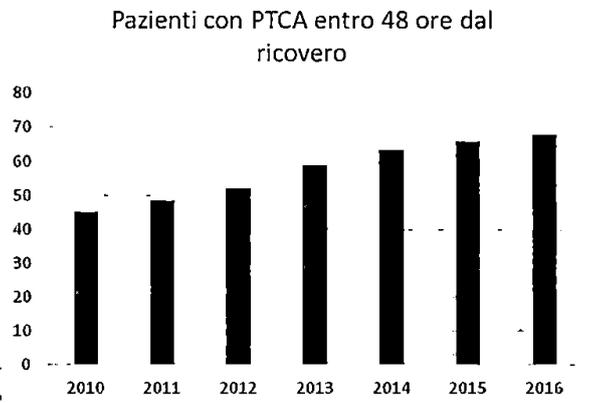
Regione Puglia



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	2016

57





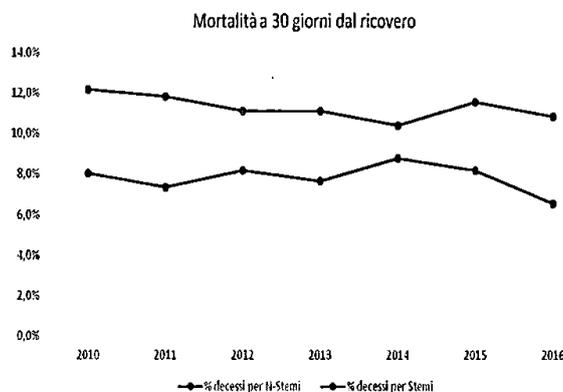
Regione Puglia



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

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

SB





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 cardiocirurgia; 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

59





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.

60





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

61





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 rientrano i centri *spoke*

62





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

63





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 rivascularizzazione 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.

Gh





Regione Puglia



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

### 7. Cardiocirurgia:

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 cardiocirurgie 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.

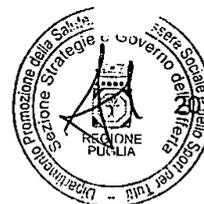
Il trasferimento dall'Ospedale per acuti alle unità operative di cardiologia riabilitativa deve avvenire, nei casi individuati dal PDTA, il più precocemente possibile scegliendo il setting riabilitativo più appropriato.

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 dei centri SPOKE, dei cardiologi territoriali e dei MMG per una adeguata presa in carico.

65





Regione Puglia

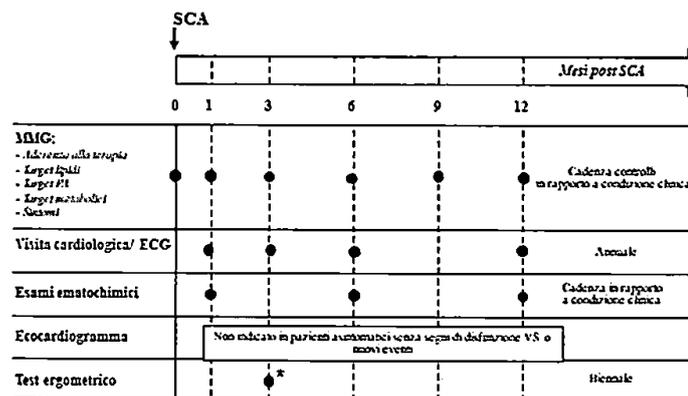


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

Risulta fondamentale definire all'interno del PDTA di gestione dei pazienti con SCA il ruolo degli ambulatori territoriali per le patologia 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 AMIG



\* 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 avvio, si farà riferimento ad un set di indicatori (destinato ad essere successivamente implementato) in

66





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 rinvii 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%

63

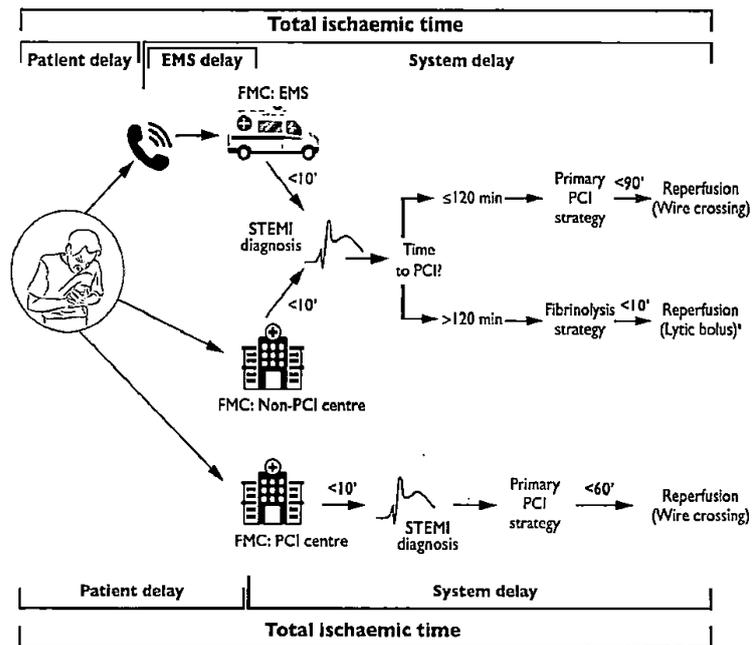




Regione Puglia



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



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

68

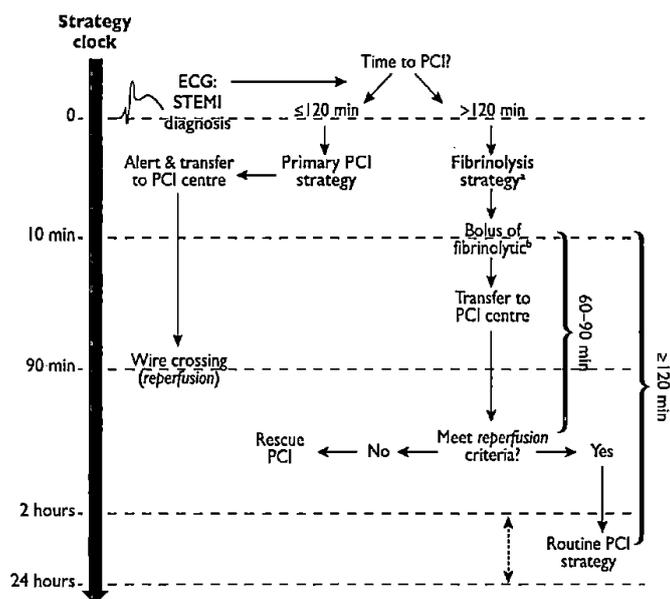




Regione Puglia



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 trasporto secondario (da centri Spoke ad Hub e viceversa).*

69





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)
Città di Lecce* (CCH) 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
Osp. Perrino	Francavilla Fontana (U)	Ostuni
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
Perrino Ceglie Messapica		

70





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 con <i>UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri SPOKE con posti letto	Presidi ospedalieri SPOKE senza posti letto
<i>Villa Verde*</i> (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 con <i>UTIC ed Emodinamica H24</i>	Presidi ospedalieri SPOKE con posti letto	Presidi ospedalieri SPOKE senza posti letto
<i>San Paolo</i>  <i>Di Venere</i> Miulli° Anthea* (CCH) Santa Maria* (CCH) CBH * (CCH) Medicol Conversano	Putignano (CB) ▫ Monopoli (CB) ▫ Corato (CB) ▫ Altamura (U) ▫	Molfetta (CB)
Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate		
San Paolo – Terlizzi – Triggiano - IRCCS Fondazione Maugeri* CBH Mater Dei*		





Regione Puglia



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

**Provincia Barletta-Andria-Trani**

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

**Provincia di Foggia**

<b>HUB = Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia</b>		
<b>Presidi con UTIC ed Emodinamica H24</b>	<b>Presidi ospedalieri SPOKE con posti letto</b>	<b>Presidi ospedalieri SPOKE senza posti letto</b>
S. Severo  San Giovanni Rotondo ° (CCH)	Cerignola (U) Manfredonia (CB)	Lucera
<b>Cardiologia Riabilitative Pubbliche e Private Accreditate</b>		
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



72



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

73





Regione Puglia

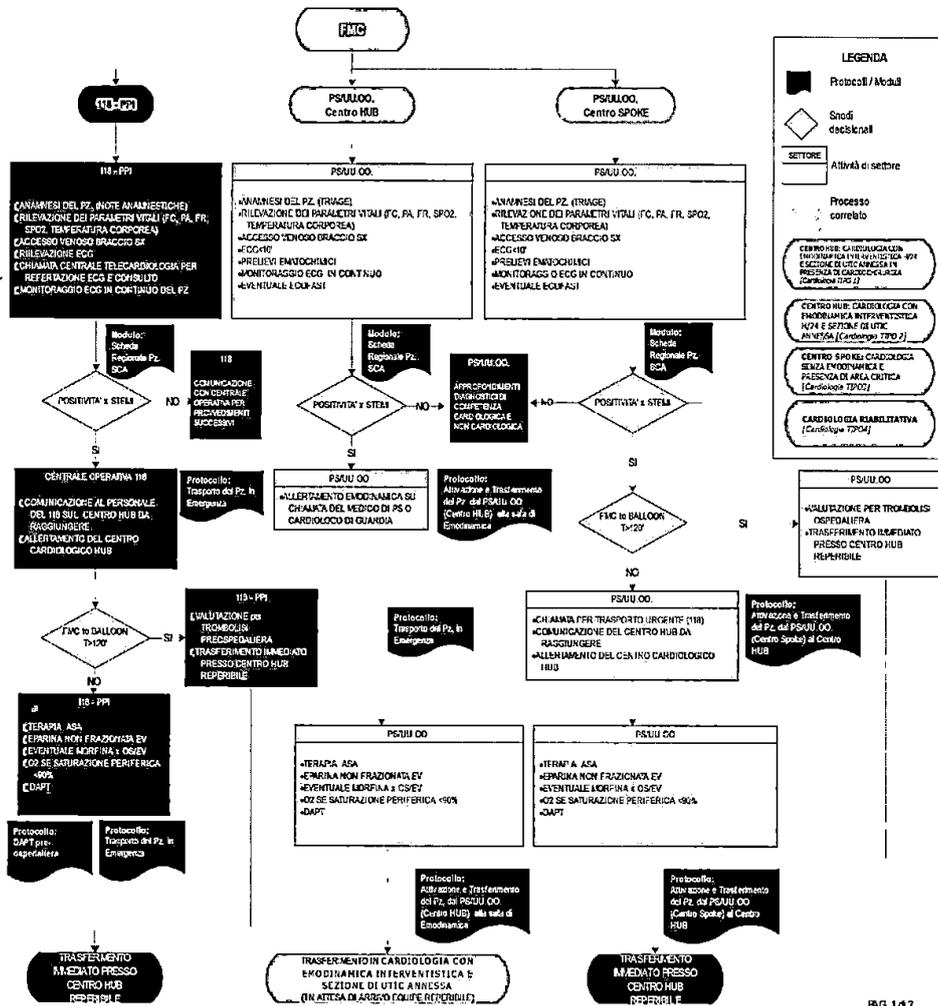


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

ESC ed internazionali) è il seguente:

RETE IMA SCA STEMI (16/07/2018)

con il patrocinio di AReSPUGLIA



RG 1 d 2







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 seriato delle troponine) e talora l'esecuzione dell'ecocardiogramma o di altre metodiche di imaging.



76 31



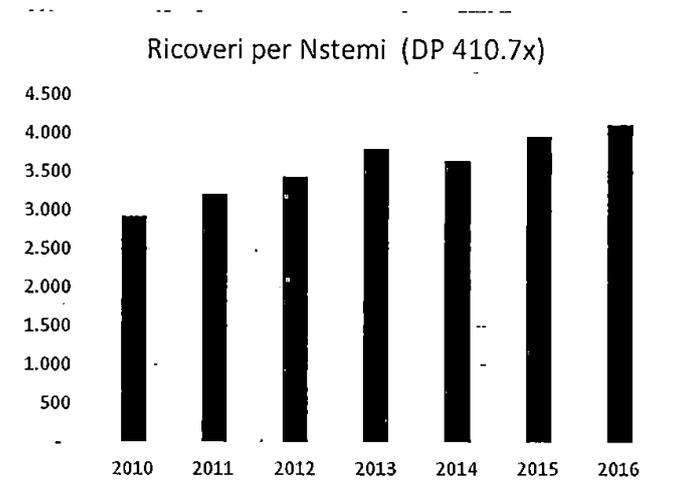
Regione Puglia



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.



47

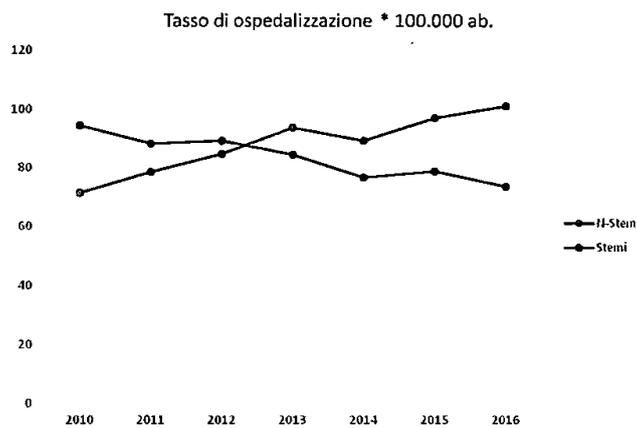
32



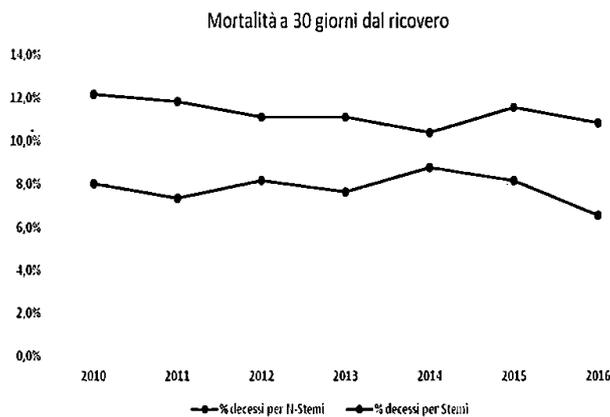
Regione Puglia



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 rivascularizzazioni 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



19

24



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 linee guida nella



80 36



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*



82  
/



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 m<sup>2</sup>)





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

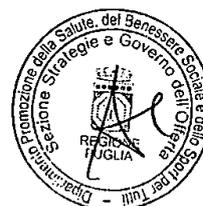


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

- 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:



85

48



Regione Puglia

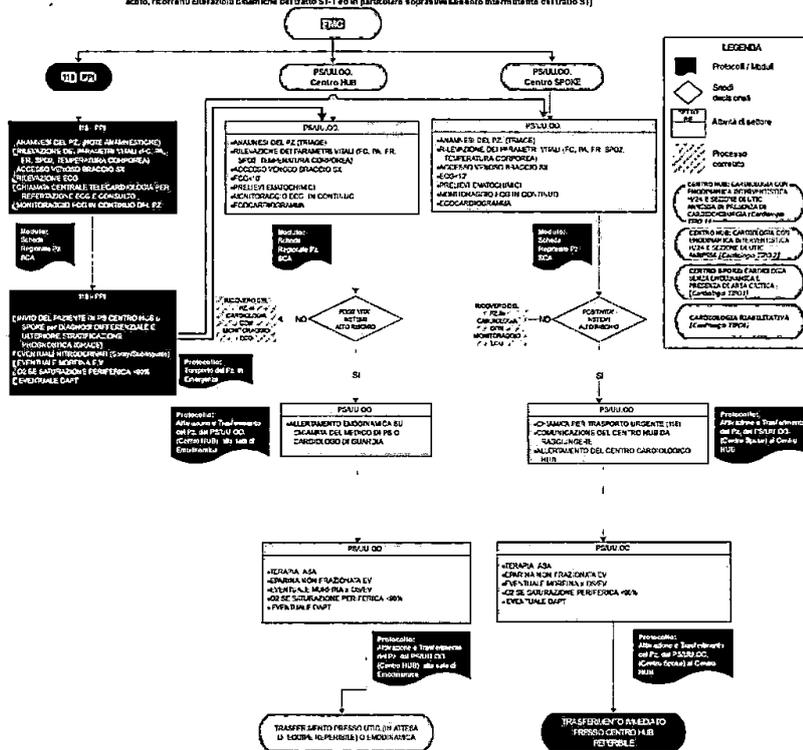


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

RETE IMA SCANSTEMI (Rischio Molto Alto) (16/07/2018)

Presenza di uno dei seguenti elementi: tachicardia sinusale o fibrillazione atriale, dolore toracico per almeno 20 o ricorrente refrattario alla terapia medica, arresto con pericolo di vita o arresto cardiaco, complicanze meccaniche dell'infarto miocardico, a con perno cardiaco acuto, ricorrendo alla valutazione clinica del tratto ST-T ed in particolare sopra il basento intermittente del tratto ST

con il supporto di ARcS PUGLIA



86

41





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.





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 on 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 sopraslivellamento 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, Lokhnygina 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 ACUITY (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.



46



## 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



32

A



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,

A  
95



Regione Puglia



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



7/96



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



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.

98  
L. 10/11/19



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.



93



Regione Puglia



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

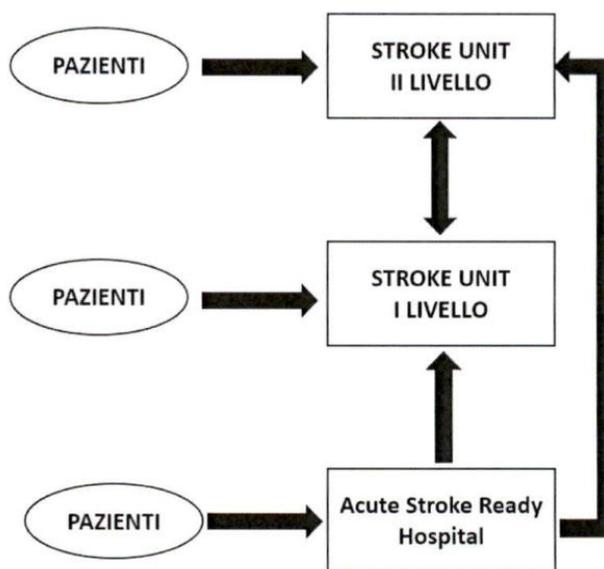




della disponibilità di strutture, persone, mezzi e della situazione geografica. Tali modelli territoriali debbono essere coordinati e condivisi e prevedere piani diagnostico terapeutici di vario livello: locali, intraospedalieri, di area vasta.

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

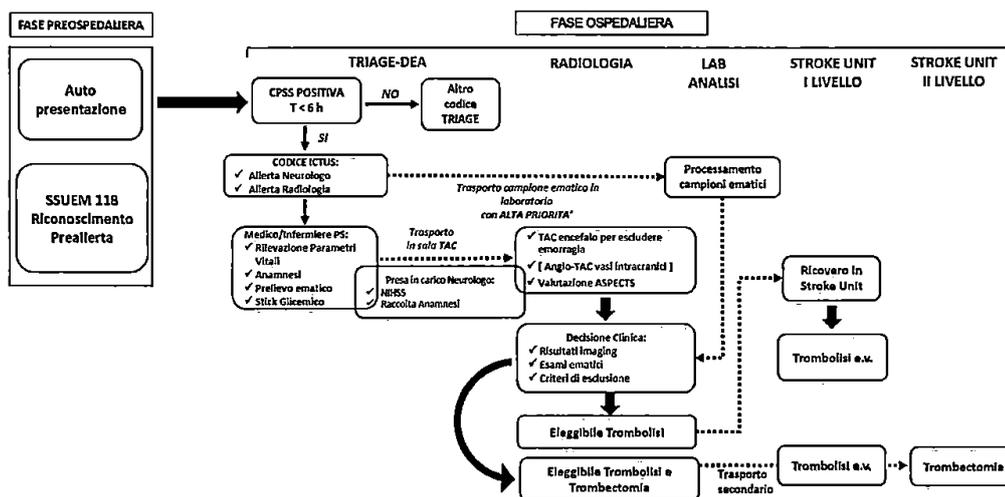


101



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.

**FLOW-CHART DEL PERCORSO ICTUS**

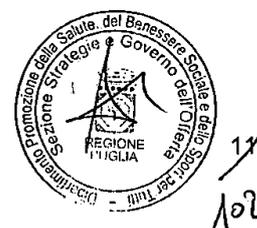


In base a quanto premesso, gli attori principali del "sistema stroke" sono:

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)

12  
103



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 perfusionale. 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 mostrano 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
<b>TOT AREA VASTA FG - BAT</b>	<b>1.020.000</b>
<b>AREA VASTA BARI</b>	<b>1.200.000</b>
TARANTO	583.000
BRINDISI	400.000
<b>TOT AREA VASTA TA - BR</b>	<b>983.000</b>
<b>AREA VASTA LECCE</b>	<b>802.000</b>
<b>TOTALE ABITANTI</b>	<b>4.005.000</b>



106/18



Regione Puglia



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

16  
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. TRICASE	PANICO	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.



108



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 (elitransporto, 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 trombectomie, 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





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

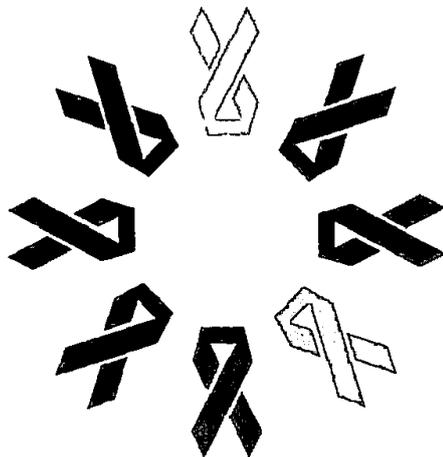


20



**REGIONE  
PUGLIA**

**AReS PUGLIA**  
**Agenzia Regionale Sanitaria**



**RETE  
ONCOLOGICA  
PUGLIESE**



112

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



Rete Oncologica Pugliese

## 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)	2852	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	☺
Lecca (2003-2008)	2261	445.5	☺	Lecca (2003-2008)	1769	306.1	☺
Taranto (2006-2011)	1803	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%) e dalla vescica (14%) del colon-



Rete Oncologica Pugliese

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.

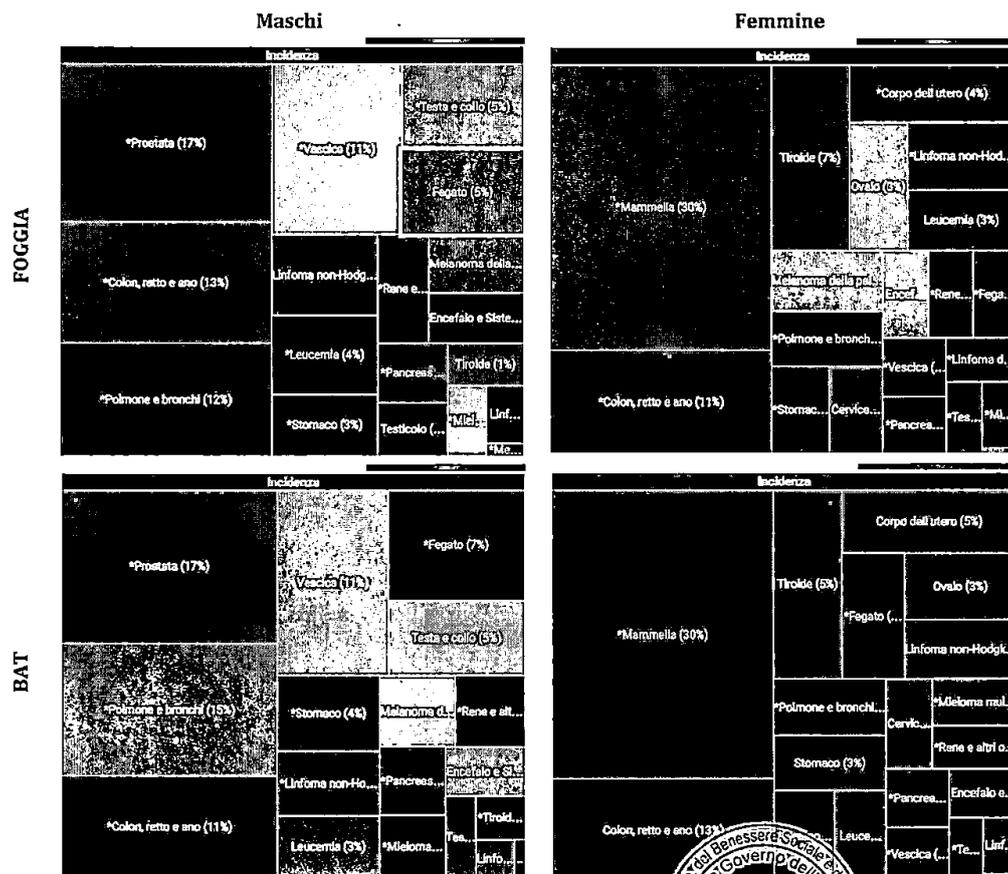
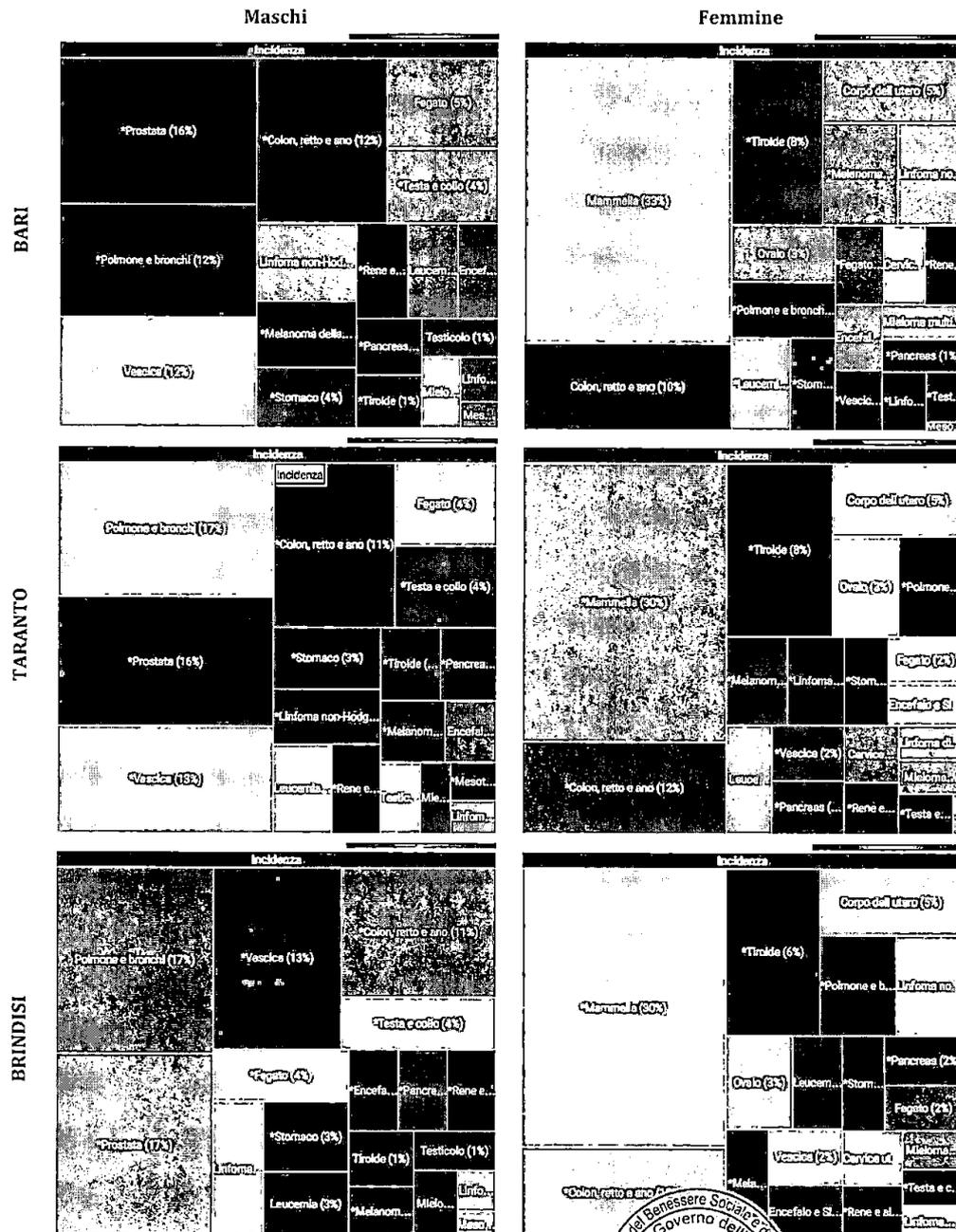
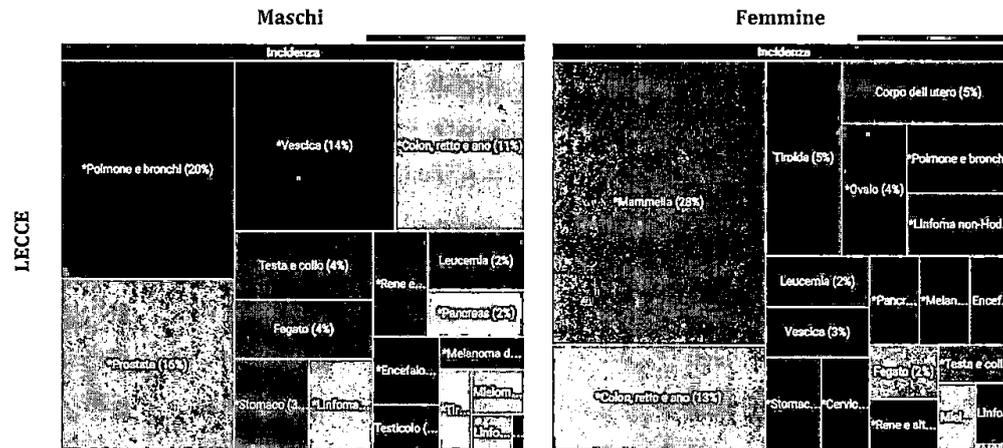


Grafico 1 – Tree Map della frequenza per provincia dei nuovi casi, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015  
 Il colore digradante di ciascun box, dal verde al rosso, segnala rispettivamente un valore più basso e più alto rispetto all'Italia e le sedi precedute da un asterisco (\*) hanno un tasso 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 degradante 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 si dovranno 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.

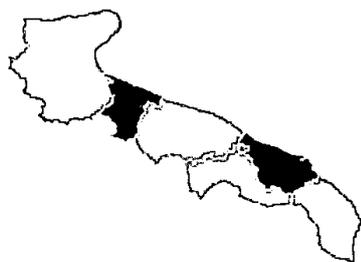
Per il tumore del fegato si registrano in entrambi i sessi nel territorio della BT valori di incidenza e di mortalità di gran lunga superiori rispetto a tutte le aree territoriali di confronto. Elevato, anche se in misura molto meno pronunciata, anche il dato di incidenza nel sesso maschile a Taranto città.



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 2 – Incidenza Puglia per tumore del fegato, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015

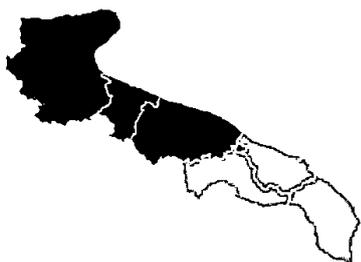
## Maschi



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 3B)*	-	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 3B)*	-	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%).

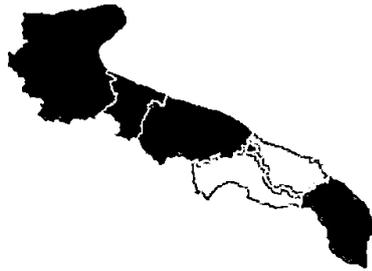
A livello provinciale, per il tumore del polmone nel sesso maschile, i dati di incidenza e mortalità significativamente più elevati si registrano a Lecce, trascinando in alto anche il valore del pool Puglia.



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	62.1	☺
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	-

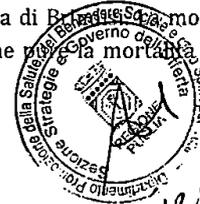
\*Fonte ItaCan (2006-2009)

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%).



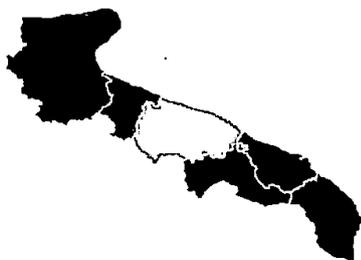
Rete Oncologica Pugliese

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)

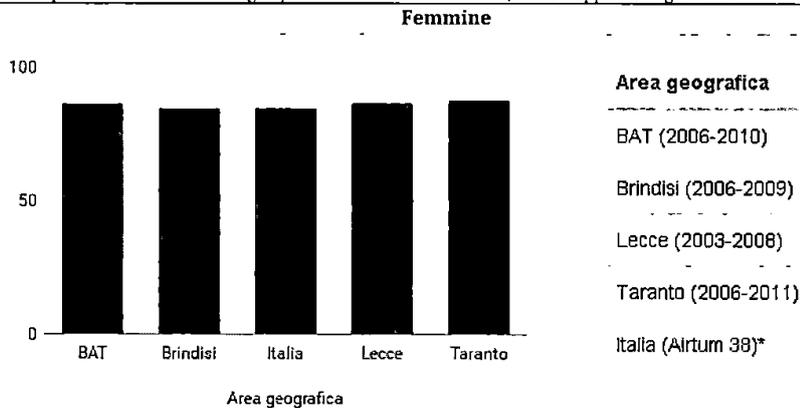
Esaminando i dati provinciali, le città di Lecce e Taranto mostrano valori di incidenza superiori al dato nazionale; il trend di incidenza mostra oscillazioni a BT dove, dopo un iniziale incremento rispetto ai valori 2006, vi è un ritorno ai valori di partenza nel 2010; un andamento al contrario è leggibile 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.



122

Grafico 5 – Sopravvivenza a 5 anni Puglia per tumore della mammella, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



**Area geografica**

- BAT (2006-2010)
- Brindisi (2006-2009)
- Lecce (2003-2008)
- Taranto (2006-2011)
- Italia (Airtum 38)\*

\*Fonte ItaCan (2005-2007)

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

**Maschi**



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	347	57.6	⊕
BAT (2006-2010)	110	48.6	⊖
Brindisi (2006-2009)	126	48.0	⊖
Foggia (2006-2008)	169	54.5	⊖
Lecce (2003-2008)	266	51.4	⊖
Taranto (2006-2011)	190	48.7	⊖
Italia (Airtum 38)*	-	-	-

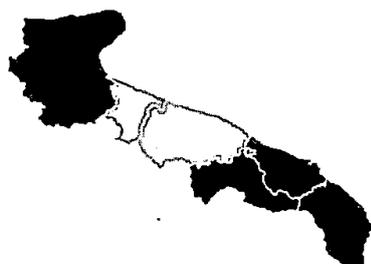
\*Fonte ItaCan (2006-2009)

**Femmine**



Rete Oncologica Pugliese

Grafico 6 – Incidenza Puglia per tumore del colon-retto, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	252	39.9	☉
BAT (2006-2010)	102	37.6	☉
Brindisi (2006-2009)	117	34.2	☉
Foggia (2006-2008)	123	37.9	☉
Lecce (2003-2008)	243	36.0	☉
Taranto (2006-2011)	166	34.7	☉
Italia (Airtum 38)*	-	40.3	-

\*Fonte ItaCan (2006-2009)

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%).

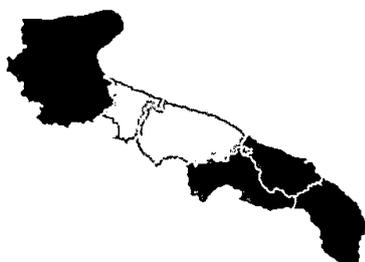
Il tumore del rene e delle vie urinarie mostra nei maschi valori in linea con il dato del pool sud e inferiori a quello nazionale, con i tassi più alti in provincia di Lecce; il dato di sopravvivenza a 5 anni, 63%, è più basso di quello nazionale (67%). Nelle donne i dati pugliesi sono più bassi di quelli 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

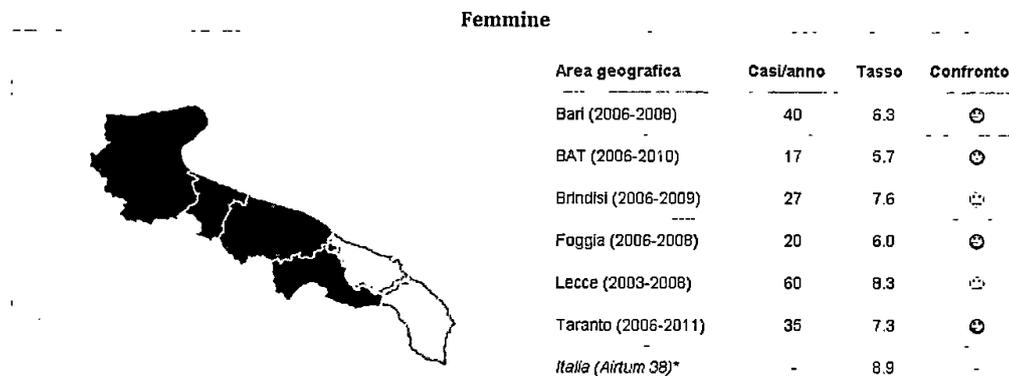


Area geografica	Casi/anno	Tasso	Confronto
Bari (2006-2008)	352	58.4	☉
BAT (2006-2010)	103	44.5	☉
Brindisi (2006-2009)	145	55.6	●
Foggia (2006-2008)	147	47.4	☉
Lecce (2003-2008)	330	63.2	●
Taranto (2006-2011)	219		●
Italia (Airtum 38)*			

\*Fonte ItaCan (2006-2009)

Rete Oncologica Pugliese

Grafico 7 – Incidenza Puglia per tumore della vescica, fonte Rapporto Registro Tumori Puglia 2015



\*Fonte ItaCan (2006-2009)

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



14

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



126

Rete Oncologica Pugliese

Grafico 8 – Tassi grezzi di prevalenza dei tumori per provincia rispetto alla media regionale, fonte BDA AReS Puglia

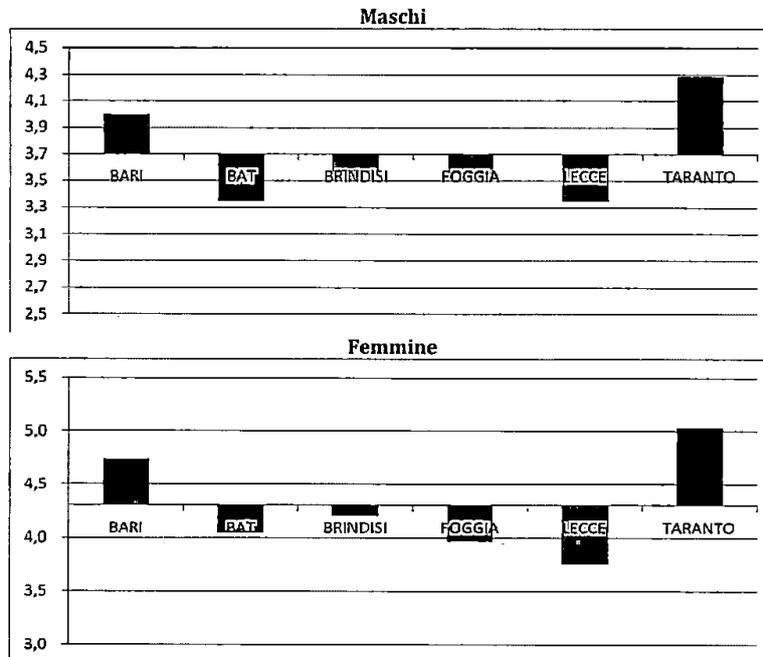


Grafico 9 – Distribuzione di frequenza per comune del dato di prevalenza di tumore, fonte BDA AReS Puglia



Pop Puglia oncologica - Tassi standardizzati x 100000 ab - Mappa per comuni 2015

□ 2 - 3138	□ 3145 - 3436
□ 3447 - 3691	□ 3688 - 3884
■ 3886 - 4109	■ 4111 - 4331
■ 4352 - 4595	■ 4641 - 5546



127

Rete Oncologica Pugliese

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

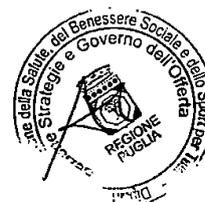
	2015																
	RICOVERI TOTALI RESIDENTI	Definiti		Day Hospital		Medici		Chirurgici		RICOVERI TOTALI IN REGIONE	Di cui in Ospedia Azia	% AA	Ondeve	% Del	Day Hospital	Medici	Chirurgici
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRA, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	581	433	148	284	297	620	39	6%	469	76%	151	302	318	61%			
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	7.771	7.012	759	4.470	3.301	8.208	432	6%	7.436	81%	772	4.715	3.433	43%			
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI INTRATORACICI (160-169)	3.448	3.001	447	2.505	939	3.626	478	6%	3.170	87%	456	2.622	979	28%			
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTE E DELLA MAMMELLA (170-179)	7.353	5.500	1.903	1.305	6.258	7.079	306	4%	5.879	76%	2.050	1.361	6.500	83%			
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITOURINARI (179-189)	5.100	7.008	1.293	2.441	6.552	9.001	500	6%	8.352	86%	1.373	2.551	7.125	74%			
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SEDI (190-199)	5.742	5.300	447	3.758	1.949	6.243	496	8%	5.782	87%	451	4.155	3.003	33%			
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMOLINFOPLETICO (200-209)	4.686	3.248	1.429	3.427	1.259	5.158	472	9%	3.628	70%	1.532	3.725	1.435	28%			
<b>TOTALE</b>	<b>38.896</b>	<b>37.207</b>	<b>6.314</b>	<b>18.741</b>	<b>70.051</b>	<b>41.410</b>	<b>7.514</b>	<b>6%</b>	<b>34.677</b>	<b>84%</b>	<b>6.732</b>	<b>19.444</b>	<b>71.362</b>	<b>67%</b>			

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%).



123

Tabella 5 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi per sotto sede tumorale, Anno 2015 fonte Edotto- elab. ARoS Puglia

		2015																
		RICOVERI TOTALI (RICOVERITI)		Ordinari		Day Hospital		Medici		Chirurgici		RICOVERI TOTALI (RICOVERITI)		Di cui in Terapia		% DIA		
TUMORI MALIGNI DELLE LABBRAS, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)	140- Tumori maligni della labbra	34	26	8	3	31	34	0%	26	76%	8	3	31	0%	26	76%	8	
	141- Tumori maligni della lingua	173	56	27	42	81	115	12	9%	103	25%	27	43	32	43	32	68%	
	142- Tumori maligni della faringe ed altri organi della cavità orale	77	56	7	22	51	75	3	4%	63	81%	7	23	53	20%	53	20%	
	143- Tumori maligni della cavità orale	26	22	4	14	10	26	2	7%	23	25%	3	19	10	36%	19	10	67%
	144- Tumori maligni dell'ipofaringe	23	15	8	13	10	25	2	8%	17	28%	8	14	11	47%	14	11	67%
	145- Tumori maligni di altre e non specificate parti della cavità orale	81	49	26	36	43	92	8	9%	53	61%	26	33	54	29%	54	29%	
	146- Tumori maligni dell'orofaringe	102	75	27	56	45	104	2	2%	77	72%	27	67	47	47%	47	47%	
	147- Tumori maligni dell'ipofaringe	54	26	18	44	10	60	6	10%	41	25%	10	50	10	17%	50	17%	
	148- Tumori maligni dell'ipofaringe	35	20	6	28	8	43	4	10%	34	62%	6	32	3	20%	32	20%	
	149- Tumori maligni di altre e non specificate parti della cavità orale e della faringe	26	18	8	24	2	26	-	0%	19	65%	8	24	2	8%	24	2	8%
<b>TUMORI MALIGNI DELLE LABBRAS, DELLA CAVITÀ ORALE, DELLA FARINGE (140-149)</b>		<b>581</b>	<b>433</b>	<b>148</b>	<b>284</b>	<b>297</b>	<b>620</b>	<b>38</b>	<b>6%</b>	<b>463</b>	<b>76%</b>	<b>151</b>	<b>202</b>	<b>338</b>	<b>61%</b>			
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)	150- Tumori maligni dell'esofago	154	115	8	133	21	163	8	5%	153	67%	9	142	21	34%	142	34%	
	151- Tumori maligni dello stomaco	898	632	65	613	265	854	56	6%	805	52%	53	637	417	41%	637	41%	
	152- Tumori maligni del duodeno, del pancreas e del colon	84	56	8	42	52	59	6	7%	51	24%	9	44	55	20%	44	20%	
	153- Tumori maligni del colon	2.447	2.228	219	2.177	1.610	2.556	109	4%	2.333	61%	223	381	1.673	62%	1.673	62%	
	154- Tumori maligni del retto, della sigmoidoscopia e del colon	1.297	1.214	81	673	719	1.382	95	6%	1.259	64%	64	676	89%	35%	89%	35%	
	155- Tumori maligni del fegato e dei ducti biliari intrapancreatici	1.481	1.218	263	1.277	204	1.562	81	5%	1.254	83%	263	1.342	220	34%	220	34%	
	156- Tumori maligni della colecisti e del ducto biliare extraepatico	422	306	36	300	122	434	12	3%	356	67%	36	305	128	23%	128	23%	
	157- Tumori maligni del pancreas	820	736	64	677	143	805	65	7%	741	67%	64	676	209	23%	209	23%	
	158- Tumori maligni dell'intestino tenue e del reticolo	321	112	9	87	24	136	15	11%	127	82%	9	78	58	41%	58	41%	
	159- Tumori maligni di altre e non specificate parti dell'apparato digerente e del peritoneo	37	34	3	26	12	38	1	2%	33	62%	3	25	12	24%	12	24%	
<b>TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL PERITONEO (150-159)</b>		<b>7.711</b>	<b>7.012</b>	<b>759</b>	<b>6.470</b>	<b>3.381</b>	<b>8.204</b>	<b>437</b>	<b>5%</b>	<b>7.436</b>	<b>81%</b>	<b>772</b>	<b>4.115</b>	<b>3.423</b>	<b>42%</b>			
TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI ENTORACICI (160-169)	160- Tumori maligni della cavità nasale, del rinofaringe e del cavo paranasale	44	38	6	27	17	45	1	2%	39	87%	6	23	17	34%	17	34%	
	161- Tumori maligni della laringe	356	320	35	123	232	317	21	6%	310	69%	37	130	247	65%	247	65%	
	162- Tumori maligni della trachea, dei bronchi e del polmone	2.807	2.418	388	2.219	589	2.948	141	5%	2.532	57%	388	2.222	626	21%	626	21%	
	163- Tumori maligni della cavità toracica	142	126	8	57	45	150	8	5%	144	65%	6	100	50	33%	100	33%	
	164- Tumori maligni del seno, del rivestimento del mediastino, dell'arteria polmonare e dell'arteria sistemica	95	54	21	48	55	101	6	6%	90	69%	11	42	53	56%	42	56%	
165- Tumori maligni di altre e non specificate parti dell'apparato respiratorio e degli organi entoracici	4	4	1	4	1	5	1	20%	4	100%	-	5	1	0%	1	0%		
<b>TUMORI MALIGNI DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEGLI ORGANI ENTORACICI (160-169)</b>		<b>3.448</b>	<b>3.091</b>	<b>447</b>	<b>2.593</b>	<b>633</b>	<b>3.428</b>	<b>178</b>	<b>6%</b>	<b>3.110</b>	<b>87%</b>	<b>495</b>	<b>2.627</b>	<b>999</b>	<b>23%</b>			
TUMORI MALIGNI DELLE OSSA DEL TESSUTO CONNETTIVO DELLA CUTI E DELLA MANIBELLA (170-179)	170- Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari	87	73	14	52	35	53	6	6%	79	87%	15	66	37	67%	66	67%	
	171- Tumori maligni del tessuto connettivo e di altri tessuti molli	213	195	18	147	65	224	11	5%	176	79%	43	156	63	30%	156	30%	
	172- Melanomi maligni della cute	321	316	186	123	318	524	13	2%	374	70%	153	128	406	76%	128	76%	
	173- Altri tumori maligni della cute	2.973	1.351	1.222	112	2.819	3.848	73	2%	1.793	50%	1.213	116	2.498	54%	2.498	54%	
	174- Tumori maligni della mammella, della ghiandola mammaria e del seno	3.664	2.151	513	835	2.834	3.852	188	5%	3.320	80%	222	343	2.999	78%	2.999	78%	
	175- Tumori maligni della ghiandola endocrina	61	41	10	12	25	52	2	3%	49	81%	10	12	41	79%	12	79%	
176- Sarcomi di Kaposi	54	34	20	26	25	57	3	5%	35	61%	22	32	26	41%	26	41%		
<b>TUMORI MALIGNI DELLE OSSA, DEL TESSUTO CONNETTIVO, DELLA CUTI E DELLA MANIBELLA (170-179)</b>		<b>7.563</b>	<b>5.500</b>	<b>1.583</b>	<b>1.303</b>	<b>6.258</b>	<b>7.893</b>	<b>396</b>	<b>6%</b>	<b>5.870</b>	<b>74%</b>	<b>2.033</b>	<b>1.361</b>	<b>6.508</b>	<b>82%</b>			
TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITORIALI (180-189)	179- Tumori maligni dell'utero, delle ovaie e degli altri organi genitali femminili	145	135	9	55	80	155	19	6%	145	100%	9	66	99	61%	66	61%	
	180- Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina)	229	193	36	106	133	263	24	9%	215	69%	48	119	121	55%	119	55%	
	181- Tumori maligni della prostata	1	1	-	-	-	1	-	0%	1	100%	-	-	-	-	-	-	100%
	182- Tumori maligni del corpo del testicolo	522	459	63	102	220	543	27	5%	459	89%	63	106	143	81%	106	81%	
	183- Tumori maligni dell'ovaio e degli altri organi genitali femminili	457	420	27	197	258	482	25	5%	445	82%	37	209	273	37%	209	37%	
	184- Tumori maligni di altri e non specificati organi genitali femminili	118	104	14	32	66	129	11	9%	114	88%	15	24	95	74%	24	74%	
	185- Tumori maligni della prostata	1.796	1.162	634	683	913	1.953	119	6%	1.768	65%	667	523	1.627	51%	1.627	51%	
	186- Tumori maligni del testicolo	232	195	37	58	174	243	11	5%	205	85%	37	58	185	74%	58	74%	
	187- Tumori maligni del pene e degli altri organi genitali maschili	74	64	10	13	61	76	2	3%	55	67%	10	19	63	81%	19	81%	
	188- Tumori maligni della vesciva	4.709	3.310	393	725	3.951	4.939	210	5%	4.626	92%	403	737	4.202	63%	4.202	63%	
189- Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi genitali	807	784	43	274	633	874	67	8%	830	95%	44	231	593	65%	231	65%		
<b>TUMORI MALIGNI DEGLI ORGANI GENITORIALI (180-189)</b>		<b>9.180</b>	<b>7.880</b>	<b>1.232</b>	<b>2.442</b>	<b>6.632</b>	<b>9.084</b>	<b>588</b>	<b>6%</b>	<b>8.353</b>	<b>89%</b>	<b>1.333</b>	<b>2.361</b>	<b>7.125</b>	<b>74%</b>			
TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SECONDO (190-199)	190- Tumori maligni dell'occhio	50	47	3	17	33	58	8	16%	55	15%	3	23	33	36%	23	36%	
	191- Tumori maligni dell'orecchio	652	620	32	487	185	706	54	8%	670	25%	36	629	157	24%	629	24%	
	192- Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso	47	44	3	36	11	52	5	10%	43	74%	3	41	11	21%	41	21%	
	193- Tumori maligni della ghiandola tiroidea	527	507	20	49	237	570	43	8%	548	95%	21	43	625	81%	43	81%	
	194- Tumori maligni delle ghiandole endocrine e del sistema endocrino	46	41	5	27	19	50	4	8%	45	60%	6	30	23	40%	30	40%	
	195- Tumori maligni di altre e non specificate sedi	72	55	17	49	23	78	6	8%	61	78%	17	54	24	31%	24	31%	
	196- Tumori maligni secondari di altri organi e tessuti	643	552	61	231	405	690	47	7%	635	29%	54	251	421	61%	421	61%	
	197- Tumori maligni secondari degli organi respiratori e circolatori	2.353	2.213	152	1.849	517	2.567	262	10%	2.412	64%	155	2.016	662	23%	662	23%	
	198- Tumori maligni secondari di altri sedi e non specificate	1.130	982	148	1.237	167	1.065	93%	1.065	93%	151	993	231	21%	231	21%		
	199- Tumori maligni senza indicazione della sede	215	199	15	220	6	235	22	9%	213	52%	16	227	8	8%	227	8%	
<b>TUMORI MALIGNI DI ALTRE E NON SPECIFICATE SECONDO (190-199)</b>		<b>5.747</b>	<b>5.300</b>	<b>447</b>	<b>3.798</b>	<b>6.345</b>	<b>6.243</b>	<b>496</b>	<b>8%</b>	<b>5.782</b>	<b>82%</b>	<b>461</b>	<b>4.155</b>	<b>2.628</b>	<b>27%</b>			
TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMATOPOIETICO (200-209)	200- Linfomi e leucemie linfocitarie	255	215	70	151	97	310	25	8%	255	77%	72	199	111	36%	199	36%	
	201- Mieloma multiplo	230	169	61	134	86	275	45	16%	206	25%	69	167	103	41%	167	41%	
	202- Altre neoplasie maligne del tessuto linfatico ed ematopoietico	1.482	1.052	420	839	643	1.622	140	9%	1.185	73%	437	514	708	41%	514	41%	
	203- Leucemia mieloide e neoplasie mielomonocitarie	1.120	714	403	844	275	1.206	68	7%	772	61%	434	853	321	27%	321	27%	
	204- Leucemia linfocitaria	363	304	179	155	99	462	89	19%	468	10%	196	540	124	28%	124	28%	
	205- Leucemia mieloide	949	658	297	304	41	1.023	78	7%	715	70%	310	974	64	6%	64	6%	
	206- Leucemia monocitica	28	21	7	21	1	28	-	0%	21	75%	7	28	-	0%	28	0%	
	207- Altre leucemie mielocitiche	8	7	1	7	1	8	-	0%	7	88%	1	7	1	17%	1	17%	
	208- Leucemie a base cellulare non mielocitiche	21	17	4	21	-	22	1										

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	9.053	1.188	10.241	24,7%	62.306	16,4%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	208	20	228	0,6%	1.490	15,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	23		23	0,1%	3.833	0,6%
CHIRURGIA PLASTICA	1.566	482	2.048	4,9%	5.959	34,4%
CHIRURGIA TORACICA	1.434	210	1.644	4,0%	4.432	37,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	61		61	0,1%	5.732	1,1%
DAY HOSPITAL	-	121	121	0,3%	899	13,6%
DAY SURGERY	-	27	27	0,1%	114	23,7%
DERMATOLOGIA	494	443	937	2,3%	3.814	24,6%
EMATOLOGIA	2.550	1.161	3.711	9,0%	7.926	46,8%
GASTROENTEROLOGIA	908	52	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	3,6%
MEDICINA GENERALE	2.984	367	3.351	8,1%	69.843	5,6%
NEFROLOGIA	84	2	86	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	53	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	89	1.348	3,3%	70.433	1,9%
OTORINOLARINGOIATRIA	856	122	1.018	2,5%	12.835	7,9%
PEDIATRIA	71	15	86	0,2%	36.395	0,2%
PNEUMOLOGIA	487		487	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	82	10	92	0,2%	5.894	1,6%
UNITA' CORONARICA	7		7	0,0%	5.850	0,1%
UROLOGIA	6.208	827	7.035	17,0%	23.775	29,6%
<b>Totale</b>	<b>34.677</b>	<b>6.733</b>	<b>41.410</b>		<b>556.537</b>	<b>7%</b>

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 hospital, come risulta dal flusso SDA: tale flusso, essendo stato attivato nel 2015, non rappresenta ancora l'intero flusso completo l'attività espletata, ma - riportando le informazioni sulle diagnosi - si riferisce 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
EE CASA SOLIEVO - SG. ROTONDO	6.175	88%	868	7.043	17%	108	7.151
AO CONS. POLICLINICO - BARI	3.845	83%	806	4.751	11%	147	4.898
ST. V. FAZZI - LECCE	2.835	75%	892	3.527	9%		3.527
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	2.389	78%	861	3.048	7%	127	3.173
EE MULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	2.194	90%	243	2.437	6%		2.986
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	1.539	81%	351	1.890	5%	293	2.183
ST. SS. ANNUNZIATA - TARANTO	1.704	91%	181	1.885	5%	1.145	3.010
FOCCS ONCOLOGICO - BARI	1.278	83%	264	1.540	4%	27	1.567
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	1.451	95%	78	1.529	4%	54	1.983
ST. F. FERRARI - CASARANO	508	42%	696	1.204	3%	1	1.205
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	910	95%	48	958	2%	27	983
OSPEDALE CIVILE BARILETTA - (BA)	670	82%	151	821	2%	31	852
OSPEDALE S. CROCE DI GESU' GALLIPOLI	612	76%	195	807	2%		807
ODC MATER DEI (OCC) - BARI	775	97%	27	802	2%	45	847
ST. S. GIUSEPPE DA COPERTINO - COPERTINO	433	81%	279	712	2%		712
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	579	100%	2	581	2%		581
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	365	82%	227	592	1%		592
FOCCS DEBELLIS - CASTELLANA	488	98%	11	499	1%	12	511
OSPEDALE S. CATERINA NOVELLA - GALATINA	288	86%	151	439	1%	90	529
OSPEDALE "G. TATARIELLA"	308	73%	114	422	1%	1	423
ODC D'AMORE - TARANTO	388	100%	388	388	1%	25	413
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	368	100%	368	368	1%	6	374
OSP. DISTRETUALE - ANDRIA	364	99%	3	367	1%	22	389
OSPEDALE CIVILE MOLFETTA - (BA)	298	100%	298	298	1%	804	1.102
ST. L. VERIS - SCORFANO	255	87%	36	293	1%		293
ODC PROF. BRICCIOTTI - FOGGIA	268	100%	268	268	1%	9	277
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	182	83%	94	258	1%		258
STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	187	80%	50	247	1%	8	253
ST. UMBERTO I - ALTAMURA	233	96%	0	242	1%	68	310
ODC S. MARIA - BARI	228	100%	228	228	1%	2	228
ODC CASA BIANCA - CASSANO	218	100%	218	218	1%	9	227
ODC VILLA VERDE - TARANTO	214	100%	214	214	1%	6	220
STABIL. D. CAMBERLINI - FRANCAVILLA FONT.	145	75%	49	194	0%	56	250
ODC CITTÀ DI LECCE - LECCE	184	100%	184	184	0%		184
ODC S. CAMILLO - TARANTO	160	100%	160	160	0%		160
OSPEDALE M. GIANNUZZI - MANDURIA	130	82%	29	159	0%	124	283
ST. S. CAMILLO DE LELLIS - MANFREDONIA	81	53%	73	154	0%		154
OSPEDALE CIVILE V. EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	148	100%	148	148	0%	10	158
ST. T. MASSELLI M. - SAN SEVERO	110	79%	29	139	0%		139
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" - TRANI - (BA)	65	47%	72	137	0%		137
OSPEDALE "M. SARCONI" - TERLIZZI - (BA)	117	97%	4	121	0%	221	342
ODC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	115	100%	115	115	0%		115
OSPEDALE FLASTARIA - LUCERA	92	81%	22	114	0%		114
STABILIM. SANM. LAURETO - PUTIGNANO	99	94%	6	105	0%	13	118
ODC SALUS - BRINDISI	103	100%	103	103	0%	9	112
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA - TRIGGIANO	87	100%	87	87	0%	7	94
OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	95	88%	28	81	0%	7	88
ODC BERNARDINI - TARANTO	71	100%	71	71	0%	9	80
STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	67	98%	3	70	0%	22	92
ODC S. FRANCESCO - GALATINA	66	100%	66	66	0%		66
OSP. DISTRETT. NORD - CANOSA	85	100%	85	85	0%		85
STABILIMENTO "MELLI" - S. PIETRO VERNOTICO	43	100%	43	43	0%		43
ODC VILLA SERENA - ODC S. FRANCESCO - FOGGIA	27	100%	27	27	0%	2	29
ODC S. RITA - TARANTO	27	100%	27	27	0%		27
ST. GIOVANNI XXII - BARI	23	100%	23	23	0%		23
STABILIMENTO "S. CAMILLO" - MESAGNE	17	85%	3	20	0%		20
ODC DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE	11	100%	11	11	0%	1	12
OSP. DISTRETT. SUD - CORATO	10	100%	10	10	0%		10
ODC S. MICHELE - MANFREDONIA	9	100%	9	9	0%		9
ODC ANTHEA - BARI	8	100%	8	8	0%		8
ODC VILLA LUCIA GIOIA DEL CILE	7	100%	7	7	0%		7
ST. A. GALATEO - SAN CESARIO	2	100%	2	2	0%		2
ODC C. MEDICO RIAB. GINOSA	1	100%	1	1	0%		1
ODC S. MARIA - FOGGIA	1	100%	1	1	0%		1
CASA DI CURA PROF. PETRUCCIANI	-	-	-	-	0%	13	13
POLIAMBULATORIO - TRIGGIANO	-	-	-	-	0%	13	13
CASA DI CURA S. FRANCESCO S.R.L.	-	-	-	-	0%	2	2
OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE - SAN PIETRO V.CO)	-	-	-	-	0%	2	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>34877</b>	<b>84%</b>	<b>6733</b>	<b>41410</b>		<b>4125</b>	<b>45535</b>





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 EXTRAREC	%
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	68	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	178	20%	42	5%
AC POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	797	142	18%	40	5%
OSPEDALE BARLETTA	779	124	16%	13	2%
AC OSPEDALI RILINITI - FOGGIA	610	96	16%	25	4%
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	397	2	1%	4	1%
DDC VILLA VERDE - TARANTO	132	8	6%	6	5%
DDC CBH MATER DEI - BARI	21	5	24%	2	10%
DDC CITTA' DI LECCE - LECCE	1	1	100%	-	0%
<b>Totale</b>	<b>13808</b>	<b>2030</b>	<b>15%</b>	<b>845</b>	<b>6%</b>

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	Per. medio	Costo Prop.	Costo Medio													
ONCOLOGIA	LECCE	180171 LECCE V. FAZZI - SAN CESARIO - CAMPISANA	6411	684	1,20	75	11,08	12	68	61%	9%	272	3%	61%	5%	2%	106	100%		
ONCOLOGIA	AD Ospedal - Consorzio Policlino	180307 AD POLICLINICO - GIOVANNI XXIII	6401	315	1,19	13,24	124	6	64	59%	8%	298	30%	60%	5%	2%	105	100%		
ONCOLOGIA	TARANTO	180116 DDC VILLA VERDE - TARANTO	6401	128	1,17	0,5	8,10	2	71	6%	3%	258	2%	6%	2%	2%	184	100%		
ONCOLOGIA	FOGGIA	180305 EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	6401	2,428	1,17	5,08	6,51	22	69	6%	7%	234	30%	62%	7%	2%	184	100%		
ONCOLOGIA	BARI	180170 OSPEDALI RILINITI - FOGGIA	6401	411	1,13	13,65	10,19	4	64	6%	3%	258	30%	62%	7%	2%	184	100%		
ONCOLOGIA	TARANTO	180172 TARANTO SS. ANNUNZIATA - MOSCATI	6411	736	1,13	13,65	10,19	4	64	6%	3%	258	30%	62%	7%	2%	184	100%		
ONCOLOGIA	LECCE	180306 EE GARDIGLIANO PANICO - TRICASE	6401	355	1,10	7,71	6,7	2	70	6%	3%	244	30%	62%	7%	2%	184	100%		
ONCOLOGIA	BARI	180147 DDC MATER DEI (CBH) - BARI	6402	21	1,10	3,51	5,62	0	69	5%	3%	124	3%	5%	0%	0%	0,97			
ONCOLOGIA	LECCE	180304 OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU - GALLIPOLI	6401	627	1,05	3,83	6,92	3	65	6%	3%	219	30%	59%	2%	0%	0,93			
ONCOLOGIA	IPCCS Oncologia - Bari	180301 RCCS ONCOLOGICO - BARI	6402	595	1,03	7,44	10,61	0	62	4%	2%	225	41%	35%	3%	0%	0,92			
ONCOLOGIA	BRINDISI	180170 BRINDISI MESAGNE-SAN PIETRO VICO CEGLIEM	6411	498	0,94	3,21	7,24	4	61	4%	2%	202	66%	0%	3%	0%	0,84			
ONCOLOGIA	AD Ospedali Riuniti - Foggia	180170 AD OSPEDALI RILINITI - FOGGIA	6401	6	0,60	NUL	1	0	69	100%	NUL	14	100%	0%	0%	0%	0,53			
ONCOLOGIA	LECCE	180190 DDC CITTA' DI LECCE - LECCE	6401	1	-	NUL	3	0	69	100%	NUL	1	100%	0%	0%	0%	0			

Tabella 11 – Indicatori di performance dei reparti di oncologia pediatrica (cod. 65) – ricoveri ordinari acuti Anno 2015 fonte Edotto- elaborazione ARoS Puglia

Disciplina	Azienda sanitaria	Istituto	Reparto	Ricoveri	Per. medio	Costo Prop.	Costo Medio														
ONCOLOGIA ONCOLOGIA PEDIATRICA	FOGGIA	180305 EE CASA SOLLIEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO	6511	261	1,97	4,38	5,63	118	8	69	6%	18%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	1,08
ONCOLOGIA ONCOLOGIA PEDIATRICA	BARI	180171 LECCE V. FAZZI - SAN CESARIO - CAMPISANA	6511	276	0,87	4	5,2	6	11	6%	11	6%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0,81

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 140-209, ricoverati in reparti di età 0-14 anni per reparto e istituto di cura (escludendo gli ospedali con ricoveri in reparti di età 0-14 anni nella dicitura altri istituti, in numero di 7).

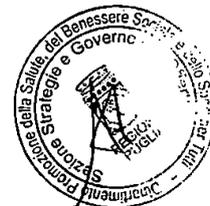


133

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	
	PEDIATRIA		2	2	
S. CARDINALE PANICO - TRICASE	UROLOGIA	1	1	2	
		2	5	7	
	OTORINOLARINGOIATRIA		1	1	
	PEDIATRIA	2	4	6	
CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO		33	240	273	67%
	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1	1	
	CHIRURGIA TORACICA		2	2	
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	32	231	263	
ST F. FERRARI - CASARANO	PEDIATRIA	1	6	7	
			3	3	1%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		2	2	
ST GIOVANNI XXIII - BARI	PEDIATRIA		1	1	
			21	21	5%
	CHIRURGIA PEDIATRICA		18	18	
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		2	2	
		2	9	11	3%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
ST. "V. FAZZI" - LECCE	PEDIATRIA		2	2	
		8	10	18	4%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	10	18	
S. ILIAMENTO "PERRINO" - BRINDISI			4	4	1%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
Altri Istituti		4	7	11	3%
<b>Totale</b>		<b>57</b>	<b>349</b>	<b>406</b>	



136

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 ARoS 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	
	UROLOGIA	1	1	2	
EE CARDINALE PANICO - TRICASE		20	24	44	3%
	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			1	1	
	PEDIATRIA	1	26	27	2%
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO			19	19	
	CHIRURGIA PEDIATRICA		1	1	
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1	1	
	NEUROLOGIA		4	4	
	PEDIATRIA	1	1	2	
	TERAPIA INTENSIVA		1	1	
ST "V.FAZZI" - LECCE		2	9	11	1%
	EMATOLOGIA	2	6	8	
	NEUROLOGIA		1	1	
	PEDIATRIA		2	2	
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI		157	87	244	16%
	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	157	86	243	
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1	1	
Altri istituti			4	4	0%
	CHIRURGIA PLASTICA		1	1	
	EMATOLOGIA		2	2	
	PEDIATRIA		1	1	
<b>Totale</b>		<b>501</b>	<b>1062</b>	<b>1563</b>	

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	Cefalo	Esofago	Fegato	Laringe	Mammella	Pancreas	Polmone	Prostata	Rene	Retto	Stomaco	Tiroide	Utero	Vasche	Totale
A.O.SSN Policlinico-Bari	12	234	8	94	7	258	25	72	110	104	65	66	98	172	44	1.432
Casa Sollievo della Sofferenza	5	114	1	18	25	341	22	53	104	35	39	45	59	44	45	950
Osp. C. Miulli-Accunzio Odele Forti	8	118	2	17	21	53	5		284	91	9	27	83	60	59	845
A.O.U.U. di Foggia-Foggia	1	92	1	19	10	160	7	92	138	47	32	29	11	21	27	872
Osp. V. Fazzi-Lecce	3	67		4	17	113		137	24	8	2	10	68	76	3	532
Osp. S. Paolo-Bari	1	22				288		164					2	1	6	484
Osp. C. G. Panico-Lecce	2	89	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		1	3	14	24	12		434
CCA C.G.H. Water Dei-Bari	1	38		4		144	1	68	4	3	7	12	5	82	2	370
CCA D'Amico-SRL-Taranto		10		2	2	251				1	8	2	85	1		361
Osp. Perrino-Brindisi	3	40			9	182			6	14	4	5	52	14	2	341
IRCCSpub. Saverio da Bellea-Castellana Grotte	8	125	2	14			18				45	40		2		254
Osp. S.S. Annunziata/Mascoli-Taranto		43		2	3	92	1		7	5	13	7	3	52	9	243
CCA Città di Lecce-Lecce		7		2		159						2	7			177
Osp. Mons. R. Ebnitoli-Barletta		31			24	103					11	2	3			174
Osp. di Martina Franca-Martina Franca	1	37		2		17			68	9	12	4		4	15	158
CCA S. Maria-Bari	1	28				67	1		20	2	15	3		4	10	145
CCA Casa Bianca-Cassano Della Murge	3	24		2		59	2		6	14	11	6	7	6	8	148
Osp. di Copertino-Copertino	1	51	2	9		7	6		1	3	11	13	2	18	1	123
Osp. Sacro Cuore di Gesu-Gallipoli		30				63					13	4		5		118
Osp. di Monopoli-Monopoli		8			1	58			24	10				7	3	111
Osp. Di Venere-Bari		11			34	6			36	2				4	6	108
Osp. di Casarano-Casarano	2	17		10		2	1		24	21	1	5	2	5	5	93
CCA Prof. Petruccioli-SRL-Lecce		13				59			2	3				4		81
Osp. L. Borromeo-Andria		31		2		1			10	3	6	3	3	16	3	78
Osp. S. Paolo-Vulturno		13				29			20	4	2	5			4	77
Osp. di Manduria-Manduria		32		1		9					5	5				52
Osp. di Francavilla Fontana		18		1		21					3	1		8		50
Osp. di Scorrano-Scorrano		23		2		3				1	10	5	1		2	47
CCA Bernardini-Taranto		20	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. Tararella-Cantogno		14							14	7	2	2				43
CCA Prof. Brodetti-Foggia		4		1		5			5	1	11	7	5			39
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4								2				37
Osp. C. Novella-Gallipoli		14		2		7					3			6	1	33
Osp. di Pulignano-Pulignano	1	17		1		11					1		1			32
Osp. di Castellaneta-Castellaneta		9				4			5	1	4	1			4	28
CCA S. Francesco-Gallipoli	1	7				8			4		1					21
Osp. di Ostuni-Ostuni		12									2	1				15
Osp. Teresa Massali-San Severo		5				2						1		7		15
CCA S. Canale-Taranto		6				1			4		1	1				13
CCA Salus-Brindisi		7				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 Anthes-Bari		3		2												5
CCA Medicol SRL-Comersano				1		3				1						5
A.O.SSN Giovanni XXIII-Bari										2						2
Osp. S. Paolo-Corato														2		2
<b>Totale complessivo</b>	<b>55</b>	<b>1544</b>	<b>22</b>	<b>233</b>	<b>172</b>	<b>3019</b>	<b>98</b>	<b>593</b>	<b>1026</b>	<b>478</b>	<b>413</b>	<b>347</b>	<b>535</b>	<b>662</b>	<b>327</b>	<b>9523</b>

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.



136 25

## Rete Oncologica Pugliese

Tabella 15 - Numero di prestazioni di chemioterapia per Azienda sanitaria e struttura, Anno 2015 fonte Edotto - elab. AReS Puglia

AZIENDA	STABILIMENTO	PREST. AMB	RICOVERO	TOTALE
AO Ospedale Consorziale 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 MURCIA FABIO PERINEI - ALTAMURA	1.607	11	1.618
	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	386	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	1.468	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	8.036	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

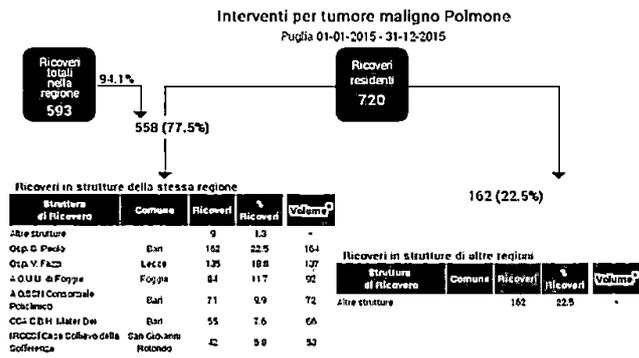
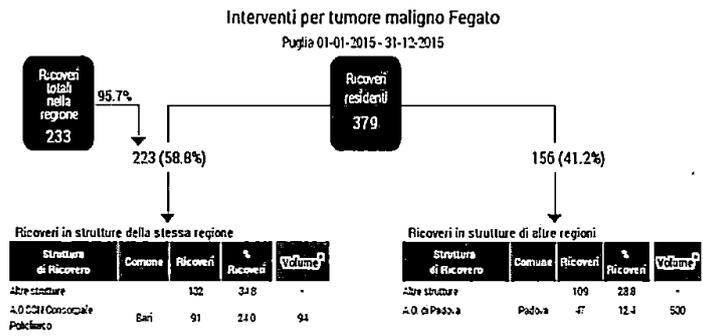
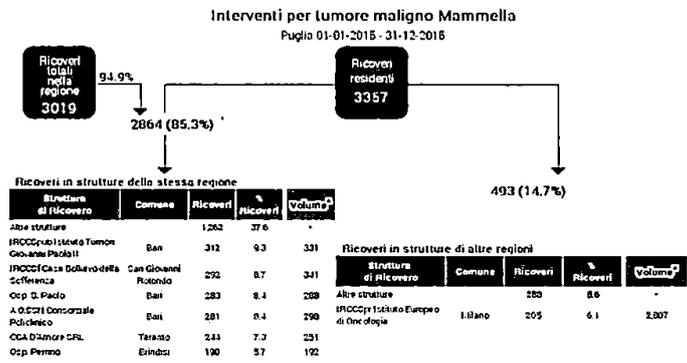
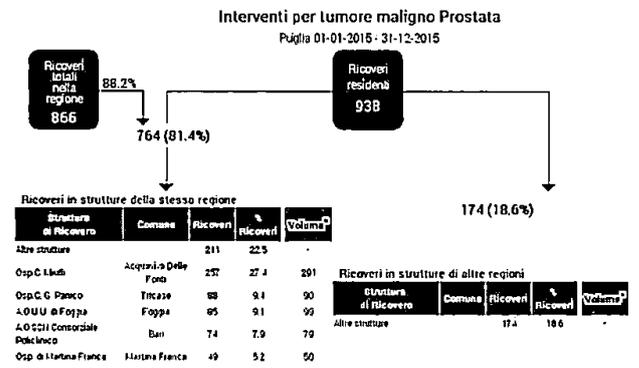
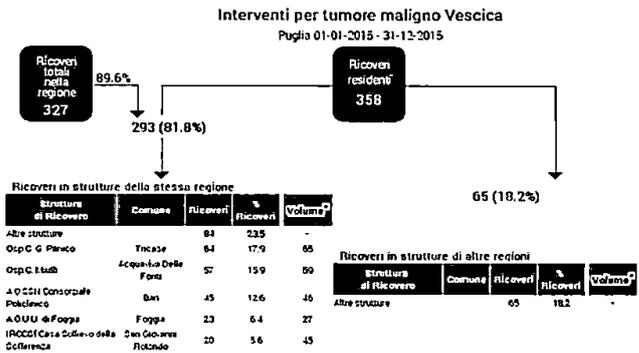


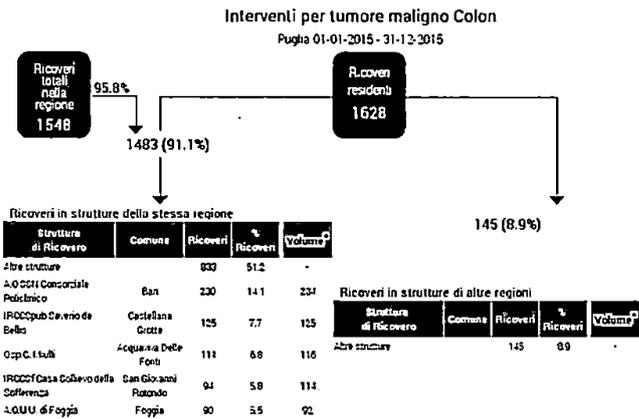
Grafico 10 – Numero di ricoveri in regione e fuori regioni per sedi tumorali, Anno 2015 fonte PNE



\* 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

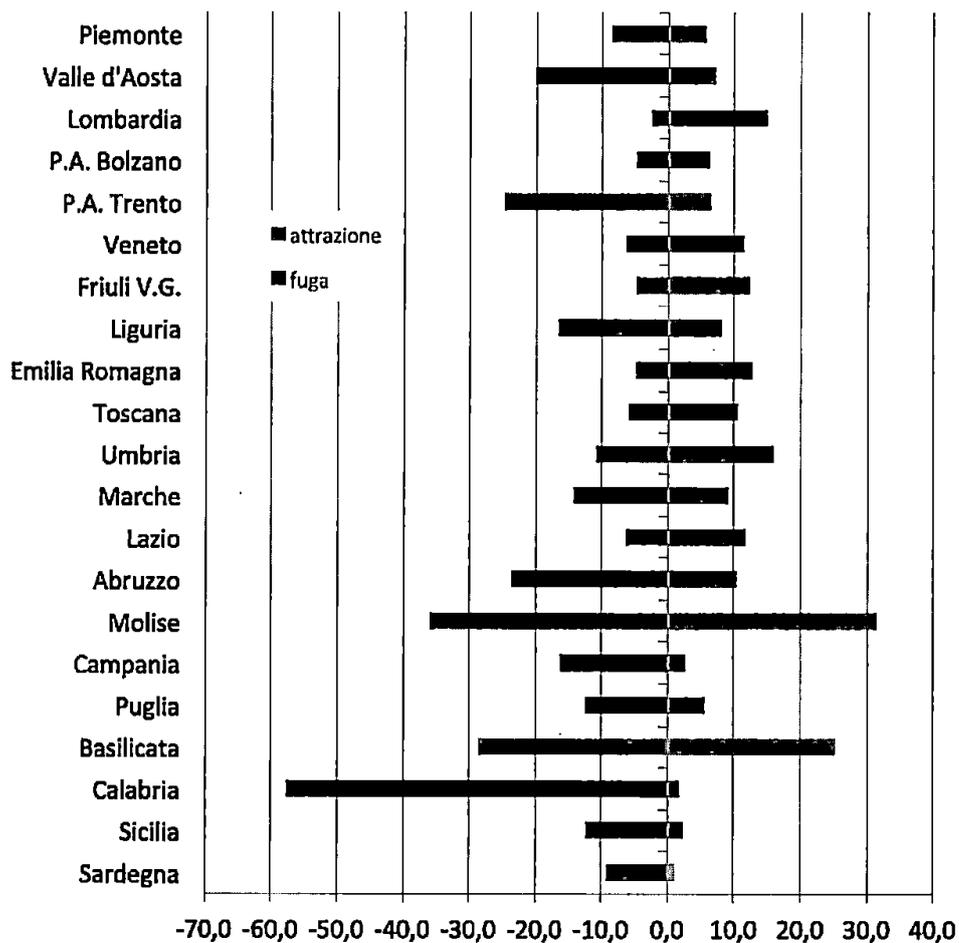


139

Refe 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%.



140

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

Num 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
<b>Totale</b>	<b>8.586</b>	<b>11.694</b>	<b>6.280</b>	<b>4.099</b>	<b>10.249</b>	<b>3.552</b>	<b>44.460</b>
% 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%
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

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	15%
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%
<b>TOTALI</b>	<b>1.117</b>	<b>100%</b>	<b>1.086</b>	<b>100%</b>	<b>922</b>	<b>100%</b>	<b>565</b>	<b>100%</b>	<b>1.392</b>	<b>100%</b>	<b>482</b>	<b>100%</b>	<b>5.564</b>	<b>100%</b>



141

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. 'OO 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
	<b>totale</b>			<b>10</b>

**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
	<b>totale</b>			<b>7</b>

**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.



## 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	2
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 IE	ASL IE	OSPEDALE LECCE 'V. FAZZI'	Z11010102-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA MEDIA E MULTIPLA	1
			Z11010103-ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	1
<b>totale</b>				<b>20</b>

## 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 e omogenea in tutto il 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 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:

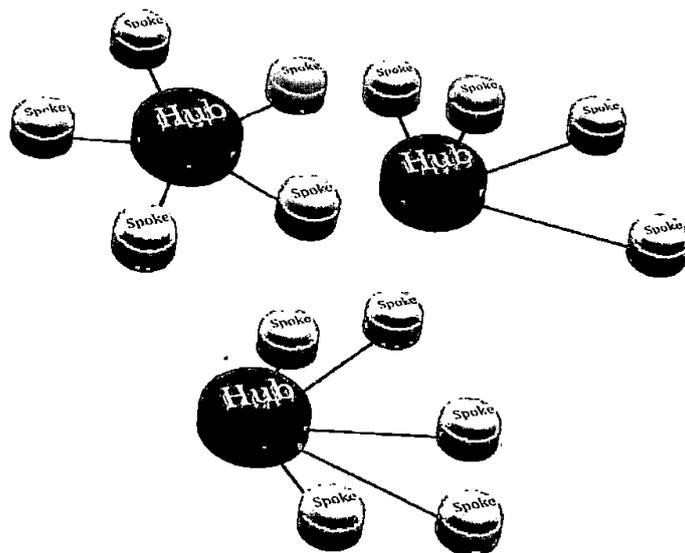
- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia oncologica, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un *disease management team* formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come 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*.



144

Figura 1 - Il modello di rete Hub &amp; 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 all'assistenza;
- 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 attraverso 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*.

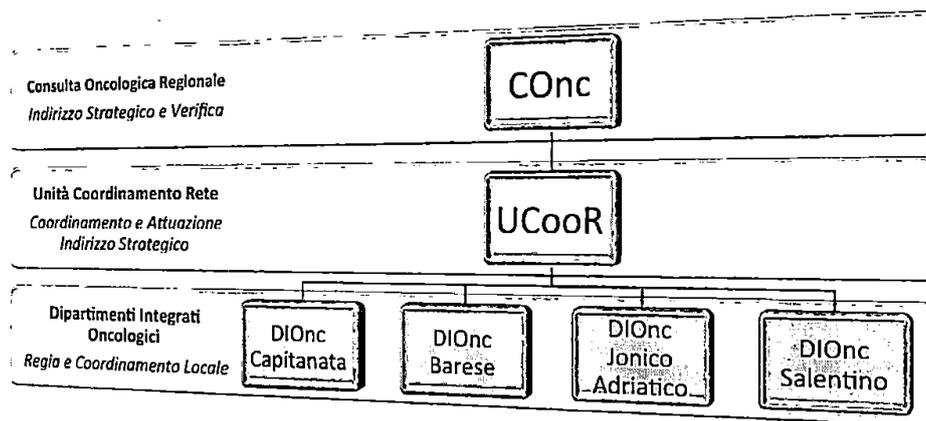
## 5.2 L'ARTICOLAZIONE DELLA RETE E IL MODELLO DI FUNZIONAMENTO

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.



146

Figura 2 - L'articolazione di Rete



**CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE con compiti di indirizzo strategico e di verifica,**  
costituita da:

- o Assessore regionale per le politiche della Salute che la presiede;
- o un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria;
- o un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia;
- o il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute;
- o il Direttore Generale dell'AReS Puglia;
- o Il Rettore dell'Università degli Studi di Bari;
- o Il Rettore dell'Università degli Studi di Foggia;
- o un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia;
- o un rappresentante dei medici di famiglia (MMG) e un rappresentante dei pediatri di famiglia (PLS);
- o un referente per i distretti socio-sanitari;
- o 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:

- o Iscrizione al registro regionale delle associazioni di volontariato

AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria



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 costituiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in materia di ricerca 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 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

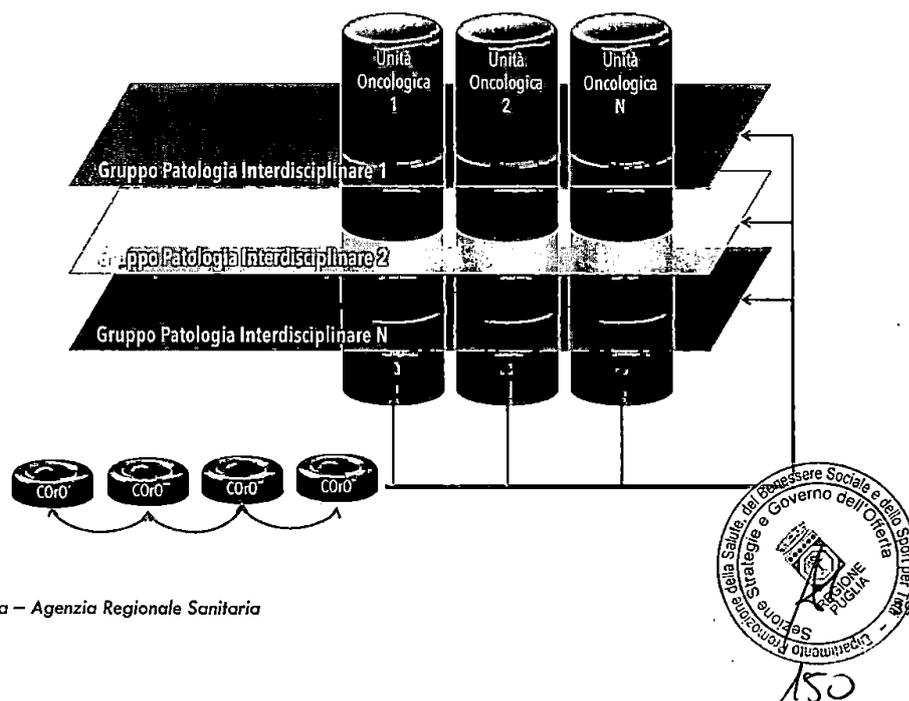
vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, alle prestazioni ambulatoriali, al follow up, alla riabilitazione, alle terapie domiciliari e al supporto socio-sanitario.

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 Consorziato 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 (COro)** 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 Pubblica<sup>1</sup> 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, nonché dell'art 17 bis d.lgs. 502/99 e del CCNL 8.6.2000 I biennio economico Area IV, nonché dell'art 17 bis d.lgs. 502/99.

<sup>1</sup> Per Azienda Sanitaria Pubblica si intendono le ASL, le AOU e gli IRCCS pubblici



151

## Rete Oncologica Pugliese

Il Consiglio di Dipartimento esercita le competenze relative alla programmazione organizzativa e finanziaria del Dipartimento. Il Dipartimento opera attraverso:

- o le attività di Dipartimento: applicazione di linee guida, PDTA, verifica del rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazione della rete, esecuzione dei controlli di qualità;
- o 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 COO e dei GPI, formulazione di proposte per programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico);
- o 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:

- o 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;
- o 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;
- o 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 attuazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

Il Consiglio di Dipartimento si avvale di una segreteria e di uno staff tecnico-amministrativo dedicato.



Rete Oncologica Pugliese

**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 Rete, PDTA di area vasta relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e di cura dei pazienti, anche sperimentali se approvati;
- attivare degli ambulatori multidisciplinari di patologia per l'individuazione ed i controlli periodici dei pazienti;



153

*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 competente.



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.

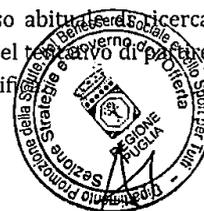
#### 5.4 LA RICERCA E LA SPERIMENTAZIONE: COSTITUZIONE DEL COMITATO DELLA RICERCA IN ONCOLOGIA

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*", nel 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.

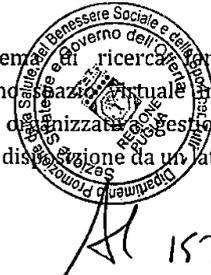
Il Comitato avrà anche il compito di elaborare linee guida per realizzare un percorso di sviluppo di capacità/formazione mirato ad acquisire le competenze necessarie alla progettazione, implementazione, e valutazione di iniziative di ricerca finalizzato ad incrementare le capacità di intercettare i finanziamenti 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 finalizzato sull'implementazione di una Piattaforma della Ricerca in Oncologia, uno spazio virtuale in cui incrociare i fabbisogni di ricerca (in termini di innovazione tecnologica, di finanziamento gestionale, assistenziale) come sopra identificati, con il mondo della ricerca mettendo a disposizione un



*Refe 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.



159

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
<b>Totale</b>	<b>5.293</b>	<b>1.451</b>	<b>1.792</b>	<b>1.757</b>	<b>1.280</b>	<b>2.871</b>	<b>14.444</b>	<b>544</b>	<b>14.988</b>

## 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	
toscana (90)	16	5		2	11	10	
umbria (100)	9	1	6	1	1	3	21
veneto (50)	16	8	1	4	38	8	75
<b>Totale</b>	<b>864</b>	<b>255</b>	<b>250</b>	<b>475</b>	<b>623</b>	<b>502</b>	<b>2.969</b>



160

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
<b>tot</b>	<b>14.444</b>	<b>2.969</b>	<b>17.413</b>	<b>4.090.105</b>	<b>4,3</b>

## 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
<b>tot</b>	<b>14.444</b>	<b>2.969</b>	<b>17.413</b>	<b>4.090.105</b>	<b>17,1</b>

## 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
<b>tot</b>	<b>14.444</b>	<b>544</b>	<b>4.090.105</b>	<b>3,6</b>

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
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.631</b>	<b>573</b>	<b>1.156</b>	<b>2.649</b>	<b>2.158</b>	<b>1.018</b>	<b>10.185</b>	<b>228</b>	<b>10.413</b>

## 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		28
<b>Totale</b>	<b>363</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>129</b>	<b>150</b>	<b>156</b>	<b>766</b>



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
<b>tot</b>	<b>10.185</b>	<b>766</b>	<b>10.951</b>	<b>4.090.105</b>	<b>2,7</b>

## 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
<b>tot</b>	<b>10.185</b>	<b>766</b>	<b>10.951</b>	<b>4.090.105</b>	<b>7,0</b>

## 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
<b>tot</b>	<b>10.185</b>	<b>228</b>	<b>4.090.105</b>	<b>2,2</b>



163

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 piro 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
<b>Totale complessivo</b>	<b>65.663</b>	<b>25.686</b>	<b>20.609</b>	<b>37.307</b>	<b>54.044</b>	<b>34.450</b>	<b>237.759</b>



164

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
<b>Totale</b>	<b>5.968</b>	<b>983</b>	<b>4.881</b>	<b>9.452</b>	<b>2.354</b>	<b>4.345</b>	<b>27.983</b>

**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
<b>tot</b>	<b>237.759</b>	<b>27.983</b>	<b>265.742</b>	<b>4.090.105</b>	<b>65,0</b>



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
<b>tot</b>	<b>237.759</b>	<b>27.983</b>	<b>265.742</b>	<b>4.090.105</b>	<b>10,5</b>

## 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 s. 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
<b>Totale</b>	<b>29</b>	<b>1.000</b>	<b>122</b>	<b>193</b>	<b>174</b>	<b>2.081</b>	<b>742</b>	<b>35</b>	<b>569</b>	<b>1.833</b>	<b>6.778</b>

## 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
<b>tot</b>	<b>237.759</b>	<b>6.778</b>	<b>4.090.105</b>	<b>2,8</b>

la Asl BA comprende l'AO Policlinico, l'IRCCS oncologico e l'IRCCS De Bellis; la Asl FG comprende

AReS Puglia -- Agenzia Regionale Sanitaria





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



167



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 più lesioni di cui almeno una sia in grado di determinare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza o per un'invalidità grave. Il trauma maggiore può essere *mono-distrettuale* oppure *poli-distrettuale*, anche detto, quest'ultimo, *politrauma*. I decessi ed invalidità 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 più 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 Sanità 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 necessitano 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**

168



2



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 specialita' (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**

169





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):

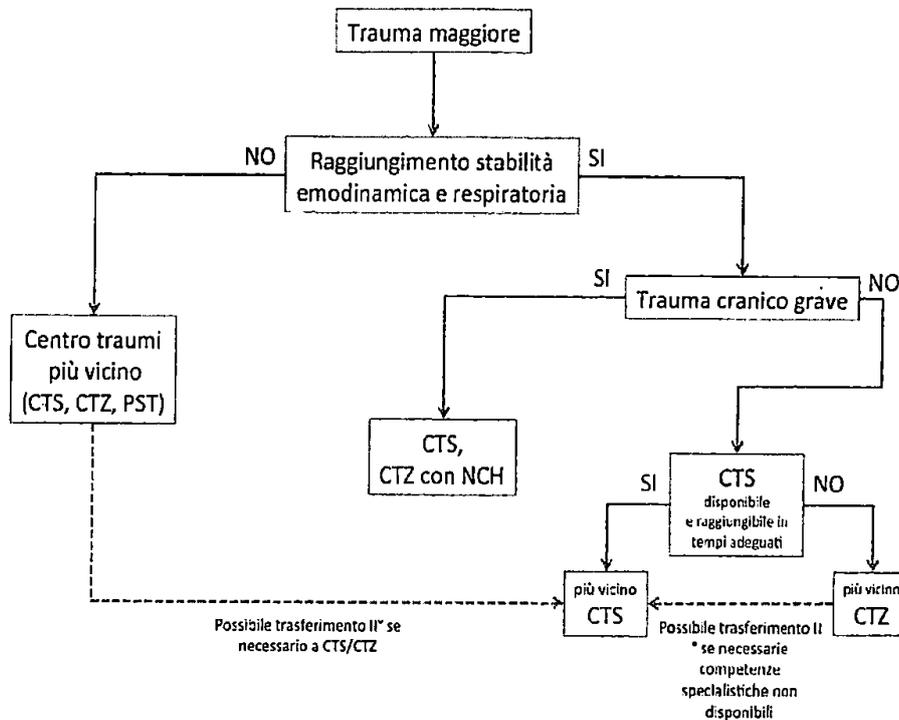
170





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**

Poiché' 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:

171





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 età >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:

- Modalità 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 è 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'oggettività e la neutralità del dato epidemiologico presentato.

La criticità della ricerca deriva dalla finalità prevalentemente amministrativa con cui solitamente viene compilata la SDO che può ridurre l'affidabilità del dato sanitario. Per tali ragioni, in via prudenziale, ci si è limitati a cogliere alcune macro-informazioni inerenti il ricovero al fine di limitare il più possibile errori di valutazione. Le medesime modalità sono state utilizzate per l'estrazione dati 2008-2010 su cui si è basata l'organizzazione regionale del SIAT Lombardia<sup>1,2,3,4</sup>. La metodologia di estrazione dei dati è stata oggetto di una pubblicazione sul *World J Emerg Surg*<sup>1</sup> 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 modalità.

### 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

172





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 e' stato un numero di dimissioni totali per traumi piu' elevato (36.334) con una numerosita' 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)<sup>1</sup>. 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 mortalita' 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%), piu' del doppio della mortalita' del CTS lombardo con la miglior performance (14%). La numerosita' di traumi maggiori e' inferiore a quanto evidenziato dalla letteratura che indica per i paesi occidentali un'incidenza di circa 400 casi per milione di abitanti/anno<sup>2,3</sup>. 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 Sanita'<sup>4</sup>, basato sui dati ISTAT combinati con quelli delle SDO, la percentuale di decessi pre-ospedalieri per trauma e' 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 e' risultata di 16,19 giorni, l'eta' media 57,09 anni ed i traumi gravi in eta' pediatrica (<18 anni) il 10% (con il 66% dei casi in eta' 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 modalita' di estrazione.

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

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

173





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' anziana<sup>1</sup>. 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 assommare 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, con corrispondente aumento dell'eta' media delle vittime di trauma maggiore.

Tab 2: Causa esterna traumi gravi Puglia 2016

176





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	62	4,2	10
Trasferimento ad altro regime od altra attivita' nello stesso istituto	21	1,4	17

175





Regione Puglia



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
<b>Totali</b>	<b>1488</b>		

**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'e' stata una distribuzione su varie strutture, con una numerosita' 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 e' stato spesso trasportato nel luogo piu' 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 unita' al mese. Va considerato che un turno sulle 24 ore per essere coperto prevede la rotazione di almeno sei unita', per cui e' possibile che con volumi di attivita' cosi' 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<sup>5,6,7,8</sup>. E' quindi opportuno individuare modalita' 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
	<b>TOTALI</b>	<b>80</b>	<b>291</b>

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	4	8

176





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	34	198
2016	ST.S.G.PPE DA COPERTINO - COPERTINO	5	23

177





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
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, divisi per codice triage di rientro. E' interessante notare la numerosità decisamente più elevata dei traumi assistiti dal 118, anche con codice di rientro rosso,

178





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 MEZZO	TEMPO DI PERMANENZA DEI TEAM SUL 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 dei volumi di *overtriage*, cioe' dei pazienti che vengono accettati quali presunti traumi maggiori in base ai criteri di triage pre-

179





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<sup>9,10,11</sup>. 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 unita', 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 necessita' di una maggiore centralizzazione negli Ospedali di riferimento per aumentare i volumi di attivita'.

Il Niguarda di Milano, uno dei CTS della Lombardia, si e' 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. E' interessante cogliere alcuni spunti dai dati registrati nel nosocomio Lombardo. Nel registro di Niguarda (tab.10) si puo' 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%

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

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





Regione Puglia

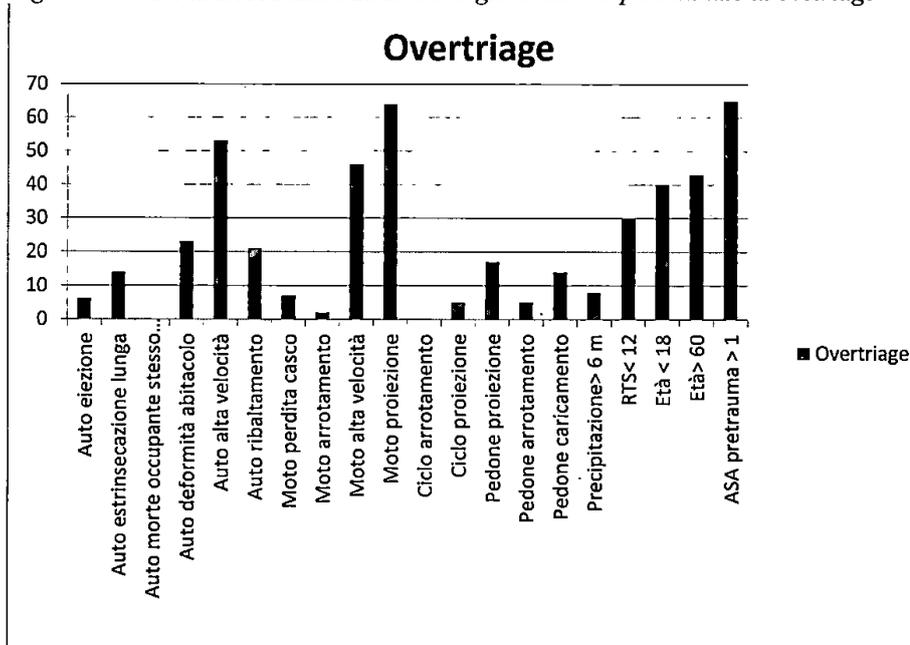


DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

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<sup>9,10,11,12</sup>

Fig.1: indicatori di meccanismo ad alta energia e relativa percentuale di overtriage



181





Regione Puglia



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 Uniti<sup>12</sup>.
- 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'<sup>13,14</sup>.

182





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 Km<sup>2</sup> 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	CTZ

184





Regione Puglia



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")

185





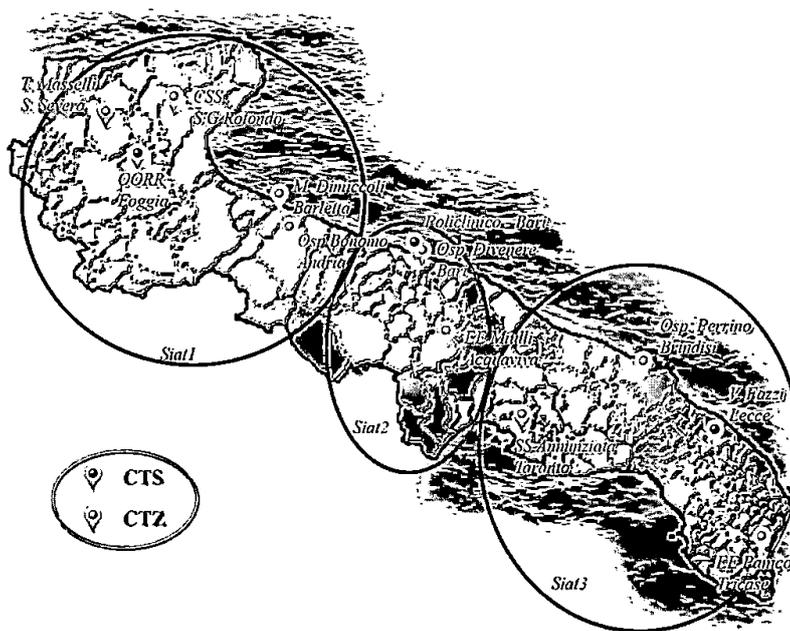
Regione Puglia



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 eta' pre-adolescenziale che avvengono in Puglia. Va implementata la disponibilita' dei vari servizi attualmente non presenti, quali la chirurgia toracica e la neurchirurgia, 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 partire da ciascun Ospedale



Regole della rete

1. Triage pre-ospedaliero



186



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*)

187





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'

188





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 internazionali<sup>15</sup>, 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 Area Vasta.

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.

189





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

110





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 sovregionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Craniocervicale, 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".

181





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. American 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.

Il numero della  
 pagina è  
 101

LIQUEFATO B  
 COLPONE DI N. 133  
 PAGINE

Il Dirigente di Sezione  
 Giovanni Campobasso



133