



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 78 del 05/06/2015

REGOLAMENTO REGIONALE 4 giugno 2015, n. 14

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.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

Visto l'art. 42, comma 2, lett. c) L. R. 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia";

Visto l'art. 44, comma 3, L. R. 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia";

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 1048 del 19/05/2015 di adozione del Regolamento;

EMANA

Il seguente Regolamento:

Art. 1

Finalità

1. La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Puglia di cui al presente regolamento è redatta in attuazione del Programma 14.1 del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012" del 4 luglio 2014, n. 1403; dell'art. 4, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016, nonché dell'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, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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" (di seguito Regolamento ministeriale sugli standard) Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015.

2. Il presente regolamento è finalizzato a proseguire le azioni già adottate con i regolamenti Regionali n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012, per conseguire la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina in funzione dei fabbisogni di salute nel rispetto dello standard di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, e in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera e). 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, con i provvedimenti adottati ai sensi della Legge Regionale n. 23/2008 e della Legge Regionale n. 2/2011.

3. In particolare, con il presente Regolamento, la Regione intende:

- a. procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard;
- b. definire i criteri per la rimodulazione della 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, così come integrate dalla comunicazione del Coordinamento Tecnico della Commissione Salute in ordine allo standard di posti letto calcolato al netto dell'80% del valore saldo della mobilità interregionale ospedaliera ai sensi del Regolamento ministeriale, come meglio specificato nel seguito;
- 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;
- d. avviare l'articolazione della rete ospedaliera nelle reti per patologia secondo il modello Hub & Spoke;
- e. aggregare stabilimenti che risultano, in esito all'attuale rimodulazione, non in possesso di tutte le discipline necessarie per configurare un ospedale di base, ovvero al fine di attivare integrazioni tra le diverse discipline per l'ottimizzazione e la razionalizzazione dei percorsi clinici, anche nel senso della sostenibilità degli interventi;
- f. incrementare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la riconversione di alcune strutture ospedaliere sottoutilizzate in strutture territoriali di assistenza denominate Presidi Territoriali di Assistenza, come di seguito definite;
- g. potenziare, nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza, l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche, anche attraverso l'implementazione di Residenze Sanitarie Assistenziali denominate R1, come nel seguito definite;
- h. avviare l'adeguamento della rete ospedaliera alle previsioni della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza.

4. Ai fini del calcolo degli standard sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali per i quali la Regione copra un costo giornaliero a carico del Servizio Sanitario Regionale pari o superiore ad un valore soglia corrispondente alla tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extraospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di Indirizzo per la

Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le 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), disciplinate dal Regolamento Regionale n. 24 del 2 novembre 2011. A tal fine le aziende sanitarie locali certificano, entro il 31 novembre di ciascun anno, con riferimento ai posti di residenzialità territoriali, il numero dei posti letto con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dal presente comma, affinché la Regione possa procedere alla successiva certificazione di cui all'art.1 comma 3, lettera c) del Regolamento ministeriale sugli standard.

Arr. 2

Articolazione della rete ospedaliera

1. Le strutture ospedaliere sono classificate in tre livelli a complessità crescente.

a. Presidi ospedalieri di base: sono strutture dotate di Pronto Soccorso, con posti letto tecnici di Osservazione breve Intensiva, e almeno delle seguenti discipline: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e servizi di supporto di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Cardiologia, Radiologia, un'articolazione della rete dei Laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali (ai sensi dei Regolamenti Regionali n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25/06/2014).

b. Presidi ospedalieri di I livello: sono strutture dotate delle seguenti specialità: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista, in funzione della soglia per volumi di parto superiori a n. 500/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o reperibilità in rete per le patologie che lo prevedono. Devono essere presenti i Servizi di radiologia almeno con TAC ed Ecografia, un'articolazione della rete dei Laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali in base alla complessità dell'attività svolta ai sensi dei Regolamenti regionali n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25/06/2014. Per le patologie complesse e tempo-dipendenti devono essere attivati protocolli di consultazione e trasferimento presso i presidi ospedalieri di II livello. Sono dotati di posti letto tecnici per l'osservazione breve intensiva e la terapia subintensiva multidisciplinare.

c. Presidi ospedalieri di II livello: tali presidi sono strutture dotate di tutte le specialità previste per l'Ospedale di I livello, nonché, a titolo indicativo e nel rispetto del criterio prevalente del fabbisogno territoriale in funzione dei bacini di utenza: Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad alta complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti H24 i servizi di radiologia con almeno TAC ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale ai sensi del Regolamento regionale n. 15/2013.

2. La dotazione massima di posti letto spettante alla Regione Puglia fa riferimento alle 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, così come integrate dalla comunicazione del Coordinamento Tecnico della Commissione Salute in ordine allo standard di posti letto calcolato al netto dell'80% del valore saldo della mobilità interregionale ospedaliera ai sensi del Regolamento ministeriale.

3. La rimodulazione dei posti letto nei limiti massimi come sopra definiti sarà effettuata in ottemperanza a quanto previsto all'art. 3 comma 6 del presente regolamento.
4. La rete dell'emergenza-urgenza è stata definita con precedente provvedimento di Giunta Regionale e sarà soggetta ad eventuale aggiornamento in funzione dei fabbisogni territoriali nonché del numero di accessi appropriati annui, secondo i requisiti riportati nel paragrafo 9 del Regolamento ministeriale sugli standard.
5. E' riconvertito in struttura di assistenza territoriale il plesso ospedaliero di Mesagne.
6. Tutte le strutture ospedaliere riconvertite con il presente provvedimento e con i Regolamenti Regionali n. 18/2011 e s.m.i. e n. 36/2012 si configurano quali Presidi Territoriali di Assistenza, di cui al successivo art. 5. Nell'ambito di tali strutture, sono attivati 356 posti letto nell'ambito degli Ospedali di Comunità di cui al punto 10.1 del Regolamento ministeriale sugli standard, 315 posti destinati a residenza sanitaria assistenziale a totale carico del sistema sanitario regionale (RSA R1), di cui al successivo art. 7 del presente provvedimento, nonché ulteriori degenze territoriali nell'ambito dell'assistenza residenziale, delle cure palliative, dell'assistenza psichiatrica e servizi come riportato nelle tabelle allegate.
7. Il presente provvedimento stabilisce la rimodulazione della dotazione di posti letto 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 non comporta incremento dei tetti di spesa e sarà oggetto di apposita preintesa, approvata con provvedimento di Giunta Regionale, dopo apposita istruttoria espletata, anche sulla base di quanto previsto al punto 2.5 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard, dall'Area per le Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità per garantire la continuità amministrativa nel rispetto della Deliberazione di Giunta Regionale del 27.10.2011 n. 2392
9. Per quanto attiene i modelli organizzativi delle strutture sanitarie pubbliche, si confermano i criteri di cui alla DGR n. 468 del 23/2/2010, nonché gli standard sulle unità operative semplici e complesse di cui alla DGR n. 3008 del 27 dicembre 2012.
10. Negli stabilimenti che risultano aggregati funzionalmente in un'unica struttura di ricovero, è prevista una unica direzione medica ed un'unica direzione amministrativa di presidio, nonché l'accorpamento di tutte le unità operative e servizi; agli stabilimenti (ed alle relative unità operative) sono comunque attribuiti sottocodici identificativi in ragione della necessità di assicurare costante e capillare monitoraggio dei flussi di ricovero, per garantire l'ottemperanza agli standard qualitativi e quantitativi di cui all'art. 3 del presente regolamento.
11. 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.

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

13. 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.

14. In relazione alla rete dei laboratori di analisi pubblici, si prevede la costituzione di una Unità Operativa complessa di Patologia Clinica per ciascuna Azienda ed Istituto, preferenzialmente collocata nell'ambito degli ospedali di II livello, che rappresenta l'Hub del territorio di pertinenza; nei restanti ospedali, i laboratori sono qualificati come spoke della rete. Tutti i laboratori ospedalieri effettuano prestazioni per tre tipologia di utenza: prestazioni ambulatoriali; prestazioni riguardanti i pazienti ricoverati; prestazioni in emergenza-urgenza. Queste ultime devono essere garantite h24 in tutti gli ospedali dotati di pronto soccorso. Nell'ambito dei PTA è istituito un centro prelievi, raccordato funzionalmente con i laboratori spoke e Hub del territorio di riferimento. Con successivo atto regionale, entro 90 giorni dall'adozione del presente regolamento, saranno definiti l'assetto funzionale e l'eventuale aggiornamento dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali della rete dei servizi di cui al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i..

15. In relazione alla rete dei servizi di anatomia patologica, si prevede la costituzione di una Unità Operativa complessa per ciascuna Azienda ed Istituto, preferenzialmente collocata nell'ambito degli ospedali di II livello, che rappresenta l'Hub del territorio di pertinenza; nei restanti ospedali, i servizi sono qualificati come spoke della rete. Con successivo atto regionale, entro 90 giorni dall'adozione del presente regolamento, saranno definiti l'assetto funzionale e l'eventuale aggiornamento dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali della rete dei servizi di anatomia patologica di cui al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i..

16. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Regolamento regionale le Aziende sanitarie locali e ospedaliere devono costituire, ove non già esistente, il Comitato del Buon Uso del Sangue, ai sensi del Decreto Ministero della Sanità del 1 settembre 1995; entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento l'Area Politiche per la promozione della Salute, delle persone e delle pari opportunità, per il tramite del Servizio competente definisce un modello unico di convenzione per le case di cura private che, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 giugno 1986, sono dotate di frigoemoteca; entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento l'Area Politiche per la promozione della Salute, delle persone e delle pari opportunità, per il tramite del Servizio competente definisce uno schema tipo di convenzione per l'organizzazione e gestione, singolarmente o in forma aggregata, delle Unità di Raccolta del sangue e degli emocomponenti, in ottemperanza al punto 5.5 della Convenzione con le Associazioni e federazioni dei donatori di sangue, di cui alla D.G.R. n. 1407 del 23/07/2013.

17. Nell'ospedale di nuova attivazione di Altamura, per il completamento dell'offerta assistenziale del territorio di competenza, è stabilita l'attivazione di 4 posti letto di UTIC (con conseguente riduzione dei posti letto del codice 08 di cardiologia a 12); 10 posti letto di oculistica; 10 posti letto di otorinolaringoiatria; 15 posti letto di pneumologia.

18. In considerazione delle specifiche criticità epidemiologiche dell'area di Taranto sono attivati 15 posti letto della disciplina di pneumologia presso l'ospedale di Manduria.

19. Per mero errore materiale, nel RR 36/2012 non erano stati riportati 15 posti letto di pneumologia nell'ospedale di Putignano e, nell'ospedale di Martina Franca, 4 posti letto nella disciplina UTIC e 8 nella disciplina di recupero e riabilitazione funzionale, che si confermano con il presente provvedimento.

20. Le strutture ospedaliere pubbliche anche in relazione a quanto già definito nell'ambito della rete dell'emergenza/urgenza, sono classificate come segue:

Art. 3

Standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera

1. Gli standard fissati con Legge n. 135/2012, relativamente ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione che non deve essere superiore a 160/1000 abitanti, sono conseguiti, oltre che con la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina che sarà effettuata come specificato al successivo comma 6, anche intervenendo sull'indice di occupazione dei posti letto, che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico-assistenziali.

2. In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

3. Sono recepite le soglie minime di volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito riportate al punto 4.6 del citato Regolamento del Ministero della Salute: entro il 31.12.2015, in base all'analisi dei dati sanitari pertinenti, con apposito provvedimento saranno identificate, in relazione alle risorse disponibili, con il supporto dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Puglia (AReS Puglia):

a. le strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;

b. le condizioni e i percorsi di intervento sulle strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che non hanno garantito il rispetto dei requisiti come sopra identificati, affinché raggiungano gli standard fissati;

c. le strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;

d. le procedure di controllo e di auditing clinico ed organizzativo per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatazza, prevedendo le relative misure sanzionatorie;

e. le misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

4. 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 Agenas, ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della L. 135/2012, opportunamente integrate con indicatori di performance elaborati dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Puglia (AReS Puglia).

5. Con successivo atto regionale di indirizzo, la Regione adotterà le linee guida relative a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizione di emergenza-urgenza, che saranno elaborate dal tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute, di cui al punto 1.4 del Regolamento ministeriale sugli standard.

6. In applicazione delle disposizioni contenute nel presente Regolamento, entro il 31.12.2015, sulla base

degli indicatori come sopra identificati, sarà effettuata una revisione dell'attuale articolazione per verificare la rispondenza ai requisiti quali-quantitativi e di sicurezza; eventuali rimodulazioni sia della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza, nonché delle reti territoriali, saranno effettuate con provvedimenti di Giunta Regionale.

Art. 4

Reti cliniche

1. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento la Regione, con il supporto di AReS Puglia, emana specifiche disposizioni per la definizione, ovvero l'adeguamento ai requisiti contenuti nel citato Regolamento del Ministero della Salute, delle seguenti reti cliniche, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, recependo le linee guida organizzative e le raccomandazioni contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie:

- a. Rete delle emergenze cardiologiche
- b. Rete ictus
- c. Rete traumatologica
- d. Rete neonatologica e punti nascita
- e. Rete oncologica
- f. Rete ematologica
- g. Rete Oncoematologica pediatrica
- h. Rete pediatrica
- i. Rete terapia del dolore
- j. Rete malattie rare
- k. Rete reumatologica
- l. Rete della medicina trasfusionale

Art. 5

Rete cardiologica ospedaliera

1. La rete cardiologica ospedaliera, sulla base dei criteri definiti dal Regolamento ministeriale sugli standard circa la distribuzione delle Unità operative in funzione dei bacini di utenza, e dell'analisi dei dati di attività e di performance, è articolata in strutture definite su diverse tipologie a ognuna delle quali corrispondono specifiche funzioni assistenziali:

- a. Cardiologia di base (cod. 08) con guardia attiva H24:
 - i. Infarto miocardico acuto NSTEMI a rischio basso-intermedio in attesa di trasferimento ai centri Hub, secondo le linee-guida aziendali; NSTEMI stabile dopo rivascolarizzazione
 - ii. scompenso cardiaco non trattabile in regime diurno o ambulatoriale
 - iii. aritmie senza compromissione emodinamica ed impianto di devices in pazienti non complicati
 - iv. embolia polmonare emodinamicamente stabile
 - v. miocarditi con moderata disfunzione ventricolare
 - vi. dolore toracico in pazienti ad alto rischio ischemico
 - vii. iperdosaggio/avvelenamento da farmaci cardioattivi
- b. Cardiologia con UTIC senza emodinamica h24 (cod. 08 e cod. 50):
 - i. Infarto miocardico acuto STEMI in condizioni di stabilità e/o dopo riperfusione
 - ii. Infarto miocardico acuto NSTEMI a rischio moderato o stabile dopo rivascolarizzazione
 - iii. scompenso cardiaco acuto o cronico refrattario alla terapia medica con necessità di ventilazione

- assistita o ultrafiltrazione ma senza indicazione ad assistenza meccanica
- iv. aritmie con necessità di monitoraggio e/o con necessità di impianto di devices
 - v. embolia polmonare emodinamicamente stabile
 - vi. miocarditi con moderata disfunzione ventricolare
 - vii. dolore toracico in pazienti ad alto rischio ischemico
 - viii. iperdosaggio/avvelenamento da farmaci cardioattivi
- c. Cardiologia con UTIC e emodinamica h24 (i precedenti codici, con servizio h24 di emodinamica):
- i. Infarto miocardico acuto STEMI nelle prime 24/48 ore, o con complicanze o ad alto rischio
 - ii. Infarto miocardico acuto NSTEMI a rischio elevato persistente anche dopo rivascolarizzazione meccanica
 - iii. scompenso cardiaco acuto o shock cardiogeno con necessità di assistenza meccanica
 - iv. aritmie gravi refrattarie alla terapia medica o con necessità di procedure interventistiche (ad es. ablazione)
 - v. embolia polmonare massiva con grave compromissione emodinamica
 - vi. miocarditi con estesa disfunzione ventricolare o instabili
- d. Cardiologia con UTIC e emodinamica h24, in presenza di cardiocirurgia (i precedenti codici, più cod. 07):
- i. dissezione aortica per terapia medica ed osservazione post chirurgica
 - ii. miocarditi con necessità di biopsia miocardica
 - iii. pazienti da sottoporre a procedure interventistiche percutanee complesse a rischio di complicanze
 - iv. pericardiocentesi in elezione
 - v. pazienti in supporto meccanico in attesa di trapianto
 - vi. complicanze post-trapianto cardiaco
- e. Cardiologia riabilitativa (cod. 56.1):
- i. scompenso cardiaco cronico riacutizzato o con comorbidità che rendano necessario un trattamento in regime di degenza ma senza necessità di trattamenti invasivi
 - ii. attività di riabilitazione postoperatoria o postacuzie (scompenso, cardiopatia ischemica acuta) in regime di degenza
 - iii. trattamento e monitoraggio di aritmie non complicate
 - iv. coordinamento dei percorsi diagnostico terapeutici del cardiopatico cronico con finalità di integrazione con l'assistenza territoriale

Art. 6

Rete delle terapie intensive

1. Nell'ambito della rete ospedaliera pubblica, sono attive le seguenti unità di terapia intensiva con posti letto:
2. Le unità di terapia intensiva con posti letto (rianimazione) e i servizi di Anestesia e Rianimazione costituiscono una unica struttura complessa negli ospedali di I livello.
3. Tutte le strutture di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza sono dotate di posti letto di osservazione e astanteria (OBI).
4. Nell'ambito delle dotazioni di posti letto delle UO di pneumologia della rete ospedaliera pubblica, 5 posti letto sono dedicati ad attività intensiva e/o semiintensiva respiratoria.

Art. 7

Rete delle oncoematologie pediatriche

1. La rete delle oncoematologie pediatriche della Regione Puglia si articola attraverso il modello Hub & spoke, organizzato su tre aree territoriali: area nord, area centro-sud, area sud.
2. Gli Hub sono rappresentati dalle UO dell'AOU Policlinico di Bari, dell'EE Casa Sollievo della Sofferenza e dell'Ospedale Vito Fazzi di Lecce.
3. La dotazione di posti letto della UOC di pediatria dell'Ospedale SS. Annunziata/Moscati di Taranto è incrementata di 10 pl destinati all'assistenza di bambini con patologie oncoematologiche.
4. Entro il 30.10.2015 con apposito atto sono definiti i percorsi clinici tra le varie articolazioni della rete.

Art. 8

Sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM)

1. Entro il 31.12.2015 deve essere operativo su tutta la regione il sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM), attraverso la definizione di un modello Hub & spoke organizzato su tre aree territoriali: area nord, area centro-sud, area sud.
2. Gli Hub sono rappresentati dai punti nascita dotati di terapia intensiva neonatale che dispongono degli assetti tecnologici e strumentali, nonché delle équipes adeguate allo svolgimento delle funzioni previste.
3. Con successivo atto si provvederà a definire i percorsi clinici tra i punti nascita spoke e gli Hub e le opportune integrazioni con il sistema di emergenza-urgenza territoriale 118.
4. Entro il 30.06.2015 dovranno essere operativi gli Hub l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari e l'Ospedale Vito Fazzi di Lecce.

Art. 9

Presidi Territoriali di Assistenza

1. Il Presidio Territoriale di Assistenza (a seguire, PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.
2. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del presente Regolamento, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.
3. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello

sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:

- a. la massima efficienza erogativa (h24);
- b. la migliore efficacia, attraverso la “messa in comune” delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del Distretto Sociosanitario e non servito da un Presidio Ospedaliero di cui all'art. 2 del presente Regolamento. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.

All'interno del PTA possono pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:

1. Degenza Territoriale:

- Ospedale di comunità;
- Centro risvegli;
- Assistenza Residenziale;
- Hospice.

2. Servizi Sanitari e SocioSanitari:

- Accesso Unico alle Cure:
 - C.U.P.
 - Accesso Unico Facilitato al Sistema
 - Gestione e presa in carico delle cd. “dimissioni protette” e raccordo con UVM distrettuale
- Attività amministrativa
 - Scelta e revoca Medico
 - Esenzioni ticket
 - Rimborsi
 - Ausili, Presidi e Protesi
- Assistenza Integrativa Farmaceutica
- Attività Medica di base e Specialistica Ambulatoriale:
 - Associazionismo complesso della Medicina e Pediatria di Famiglia
 - Continuità assistenziale
 - Cure domiciliari Integrate (CDI)
 - Assistenza Farmaceutica Territoriale
 - Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
- Day service medico
- Day service chirurgico
- Ambulatorio delle cronicità
 - Diagnostica di Base
- Radiodiagnostica
- Centro prelievi
- Assistenza Consultoriale e Materno Infantile
 - Consultorio familiare
 - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita
- Emergenza-Urgenza

- Punto di primo Intervento Territoriale
- Postazione 118
- Prevenzione
- Vaccinazioni
- Medicina Legale e fiscale
- Salute Mentale
- Centro Salute Mentale
- Centro diurno psichiatrico
- Centro residenziale/semiresidenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
- Dipendenze Patologiche
- Ser.T.
- Riabilitazione
- Centro riabilitazione ambulatoriale
- o- Trattamenti domiciliari
- Servizi a gestione ospedaliera
- Posti rene

4. La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

5. I PTA devono essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie dei Sistemi Informativi sanitari regionali. Per la determinazione dei contenuti informativi e del loro aggiornamento si rinvia alle determinazioni della Cabina di Regia NSIS, di cui all'art. 5 comma 18 del Patto per la Salute 2014-2016.

6. In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Art. 10

Ospedale di comunità

1. Nell'ambito del PTA può essere ospitato l'ospedale di comunità, struttura sanitaria con un numero limitato di posti letto di degenza territoriale (unità di degenza territoriale), di norma non superiore a 20 p.l., gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è garantita nelle 24 ore da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

2. L'ospedale di comunità prende in carico pazienti che necessitano:

- a. di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- b. di sorveglianza infermieristica continuativa
- c. di osservazione sanitaria breve.

2. L'accesso ai reparti di degenza territoriale potrà avvenire o dalle strutture residenziali su proposta del medico di medicina generale titolare della scelta, dai reparti ospedalieri su proposta del medico ospedaliero di riferimento che ha indicato la necessità di una dimissione protetta, o direttamente dal pronto soccorso.

3. L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, dai medici della continuità assistenziale, che potranno avvalersi della consulenza specialistica degli specialisti ambulatoriali del PTA o, in assenza

della branca specialistica necessaria, di altri specialisti del territorio, previo accordo con il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di competenza.

4. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, la Regione adotta le linee guida per la definizione dei percorsi clinici e dei modelli organizzativi dell'Ospedale di comunità, anche sulla base delle indicazioni del Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta; il competente Servizio dell'Assessorato al Welfare e Politiche per la Salute entro il medesimo termine provvede alla definizione dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali nonché alla definizione delle tariffe delle prestazioni erogate presso gli Ospedali di Comunità.

Art. 11

Residenze Sanitarie Assistenziali tipologia R1

1. Nell'ambito del PTA possono essere ospitati posti letto di residenzialità sanitaria per persone gravemente non autosufficienti, aggregati in Unità di Cure Residenziali Intensive di tipologia R1 (RSA R1), a totale carico del sistema sanitario regionale, in un numero pari a quanto indicato all'art. 2 comma 4 del presente Regolamento.

2. Le RSA R1 erogano Prestazioni a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi ad elevata integrazione sanitaria, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

3. Con successivo atto della Giunta Regionale, da adottare entro 180 giorni dalla entrata in vigore del presente Regolamento, saranno definiti i requisiti organizzativi, tecnologici, e strutturali e le relative tariffe. Per la gestione delle RSA R1 le Aziende Sanitarie Locali adottano soluzioni gestionali efficienti sul piano tecnico ed economico, anche con la definizione di un rapporto pubblico-privato innovativo e coerente con l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dall'art. 10 del D.Lgs n. 229/1999, nonché con la normativa vigente in materia di gestione di servizi pubblici.

4. L'accesso dei pazienti, che possono provenire dal domicilio, da struttura ospedaliera per acuti, da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità, viene garantito sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali specifici.

5. Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione: la valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

6. Entro il 31.12.2015 la Giunta Regionale, sulla base dei dati epidemiologici e di bisogno della popolazione residente, aggiorna con proprio provvedimento il fabbisogno di posti letto di RSA R1 anche in ragione del riordino complessivo della residenzialità sanitaria e sociosanitaria per anziani non autosufficienti.

Art. 12

Programmazione relativa alla costruzione dei nuovi ospedali

1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 4 nuovi presidi ospedalieri di I livello, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, nonché per effetto del Reg. R. n. 18/2011 e n. 36/2012, come di seguito indicati:

- a. Nuovo Ospedale del Sud-est barese, tra Monopoli e Fasano;
- b. Nuovo Ospedale di Andria;
- c. Nuovo Ospedale del Sud-salento, tra Maglie e Melpignano;
- d. Nuovo Ospedale del Nord-Barese, area adriatica, tra Bisceglie e Terlizzi;

2. Nella città di Taranto è prevista la realizzazione di n. 1 nuovo presidio ospedaliero di II livello, in sostituzione a regime dei seguenti stabilimenti ospedalieri facenti capo al presidio del Santissima Annunziata di Taranto:

- a. San Marco di Grottaglie
- b. Santissima Annunziata-Moscati di Taranto.

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

- a) con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute";
- b) in relazione alla maggiore dotazione finanziaria a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali.

Il presente Regolamento è dichiarato urgente ai sensi e per gli effetti dell'art. 44 comma 3 e dell'art. 53 dello Statuto ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 04 giugno 2015

VENDOLA