

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 maggio 2022, n. 688

Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022.

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile P.O. Assistenza Territoriale, dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e dalla Dirigente del Servizio Sistemi Informativi, e confermata dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità – Sport per Tutti e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, riferisce quanto segue:

VISTI:

- il D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., che, 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 legge regionale n.25 del 2006 che, all'art. 14, prevede che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;
- il D.Lgs. 23 giugno 2011, nr. 118, come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014 nr. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs 118/2011", recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- l'art. 51, comma 2, del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione;
- il Decreto ministeriale n.70 del 2015 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);
- l'Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) concernente il Piano Nazionale della Cronicità;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1937 del 30 novembre 2016 con la quale veniva approvato lo schema di Disciplinare regolante i rapporti tra la Regione Puglia e le Aziende Sanitarie beneficiarie delle risorse di cui al P.O.R. Puglia 2014-2020 - Asse IX - Azione 9.12 "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica";
- 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; Il predetto Piano ha previsto: a) alla sezione GOTER 02.05.01 l'adozione del Protocollo operativo e direttive regionali sulla organizzazione e funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza e degli Ospedali di Comunità; b) alla sezione GOTER 02.05.04 la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'Ospedale di Comunità e le relative tariffe;
- il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;
- il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;

- l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20 febbraio 2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità;
- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 "Approvazione documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 con la quale veniva approvato il Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";
- il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- le Conclusioni della Riunione straordinaria del Consiglio europeo del 17 - 21 luglio 2020;
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38". Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020;
- la Strategia annuale per la crescita sostenibile 2021 (COM(2020) 575 final del 17 settembre 2020);
- il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che istituisce uno Strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell'economia dopo la crisi COVID-19;
- il Regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il Quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027;
- il Documento di lavoro dei servizi della commissione 'Orientamenti per i Piani per la ripresa e la resilienza degli Stati Membri' (SWD(2021) 12 final del 22 gennaio 2021);
- il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza;
- il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato dal Governo e trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea;
- la Proposta della Commissione europea di Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (COM(2021) 344 final del 22 giugno 2021) così come approvata nel Consiglio "Economia e finanza" del 13 luglio 2021;
- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale";
- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto "Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure", definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;
- il D.M. del 6 Agosto 2021 recante disposizioni in tema di "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", garantisce la ripartizione delle somme e la conseguente assegnazione provvisoria delle stesse alle Regioni e alle Province Autonome responsabili dell'attuazione di specifiche linee progettuali all'interno della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";

- la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024”;
- la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 “Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione”.

PREMESSO CHE:

- Il PNRR si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni e prevede risorse per 191,5 mld di euro.
- Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formino un pacchetto coerente di misure complementari. Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente a evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte.
- Parallelamente alle risorse del PNRR, con decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”, è stato approvato il Piano nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza per complessivi 30.622,46 milioni di euro per gli anni dal 2021 al 2026.
- Il comma 2 dell’articolo 1 del decreto-legge n. 59 del 2021 riporta l’elenco degli interventi finanziati con le risorse del Piano e, in particolare, assegna al Ministero della Salute per la realizzazione del programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” l’importo complessivo di 1.450 milioni di euro.
- Con Decreto del 15/07/2021 il Ministro dell’Economia e delle Finanze individua gli obiettivi iniziali, intermedi e finali determinati per ciascun programma, intervento e progetto del Piano, nonché le relative modalità di monitoraggio.
- La governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è stata definita, con un’articolazione a più livelli, dal decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito dalla legge 19 luglio 2021, n. 108. In precedenza, la legge di bilancio per il 2021 (legge n. 178 del 2020) aveva stabilito, ai commi 1037-1050, le prime misure per l’attuazione del programma Next Generation EU.
- La responsabilità di indirizzo del Piano è assegnata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. In particolare, il D.L. n. 77/2021
 - o identifica nelle “*amministrazioni centrali titolari di interventi previsti nel PNRR*” i Ministeri responsabili dell’attuazione delle riforme e degli investimenti previsti nel PNRR (art. 1 c. 4 lett. l);
 - o definisce “*soggetti attuatori*” i soggetti pubblici o privati che provvedono alla realizzazione degli interventi (art. 1 c. 4 lett. o);
 - o dispone che “alla realizzazione operativa degli interventi provvedano le Amministrazioni centrali titolari, le Regioni, le Province Autonome e gli Enti locali, attraverso le proprie strutture ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR ovvero con le modalità previste dalla normativa nazionale ed europea vigente (art. 9 c. 1);
 - o estende la disciplina del PNRR relativamente alle misure e alle procedure di accelerazione e semplificazione per l’efficace e tempestiva attuazione degli interventi, anche agli investimenti contenuti nel Piano nazionale complementare.
- L’art. 56 comma 2 del citato D.L. n. 77/2021, dispone, inoltre, che l’attuazione dei programmi del PNRR di competenza del Ministero della Salute si applichi attraverso la disciplina degli istituti di programmazione negoziata di cui all’art. 2, comma 203 della L. n. 662/1996 nonché attraverso la disciplina del contratto istituzionale di sviluppo (CIS) di cui agli articoli 1 e 6 del D.Lgs. n. 88/2011 e all’art. 7 del D.L. n.91/2017.
- Con Decreto del 06/08/2021 (G.U. n. 229 del 24/09/2021) il Ministro dell’Economia e delle Finanze

ha assegnato alle singole amministrazioni titolari degli interventi (tra le quali il Ministero della Salute) le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) provvedendo a ripartire le stesse e a definire traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione.

- Le amministrazioni titolari degli interventi provvedono ad attivare le procedure per gli interventi di rispettiva competenza, ivi comprese quelle relative all'individuazione dei soggetti attuatori e adottano ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e la tempestiva realizzazione degli interventi e vigilano sulla tempestiva, efficace e corretta attuazione degli interventi di rispettiva competenza.

- In particolare sono stati assegnati alla titolarità del Ministero della Salute per l'attuazione della Missione 6 denominata "Salute" oltre 15 mld di euro di cui 2,979 mld di euro relativi a interventi in corso, 9,645 mld di euro per nuovi progetti e 3 mld di euro a valere sulle risorse del Fondo complementare.

- Con Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 15/09/2021 sono state definite le modalità, le tempistiche e gli strumenti per la rilevazione dei dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativa a ciascun progetto finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo, nonché dei "milestone" e "target" degli investimenti e delle riforme e di tutti gli ulteriori elementi informativi previsti nel Piano necessari per la rendicontazione alla Commissione Europea.

- In particolare, l'art. 2 comma 2 conferma in capo alle Amministrazioni centrali, alle Regioni, alle Province Autonome e agli Enti Locali la realizzazione operativa dei progetti e il comma 3 dispone che tutte le amministrazioni di cui al comma 2 devono, tra le altre cose:

a. *"Garantire che i progetti siano sempre corredati, ai fini dell'ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del Codice unico di progetto (CUP) di cui all'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, inclusa la fattura elettronica, gli ordini di impegno e di pagamento;*

b. *Verificare che gli interventi siano coerenti con le ipotesi programmatiche afferenti alle misure PNRR di riferimento e soddisfino le condizioni associate in termini di contributo all'obiettivo digitale e all'obiettivo sulla mitigazione del cambiamento climatico, del requisito "non arrecare danno significativo"; nonché dell'avanzamento concordato per milestone e target."*

- L'art. 5 del citato DPCM conferma che gli atti delle Amministrazioni titolari anche di natura regolamentare che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano la realizzazione di investimenti, previa ripartizione delle risorse e specifica individuazione dei beneficiari e degli interventi stessi, devono contenere per ciascun progetto del PNRR, a pena di nullità dell'atto stesso, il relativo codice unico di progetto (CUP), in conformità a quanto previsto dalla Delibera CIPE n. 63/2020.

- Con Decreto dell'11/10/2021 (G.U. n. 279 del 23/11/2021) il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha definito le procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell'ambito del PNRR di cui all'art. 1 comma 1042 della L. n. 178/2020. In particolare l'art. 3 definisce le modalità per il trasferimento delle risorse alle Regioni.

- Nello specifico, la Missione 6 del PNRR, denominata "Salute", è caratterizzata da linee di azione volte a rafforzare e rendere più sinergica la risposta sanitaria territoriale e ospedaliera, nonché a promuovere e diffondere l'attività di ricerca del Servizio sanitario nazionale. Le risorse destinate alla Missione ammontano a complessivi 15,63 miliardi di euro, pari all'8 per cento delle risorse totali del Piano. La Missione 6 si articola in due componenti:

• **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Le relative risorse ammontano a 7 mld di euro.

• Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammmodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale. Le relative risorse ammontano a 8,63 mld di euro.

Nello specifico si dettagliano le articolazioni riferite agli investimenti delle due componenti sopra evidenziate.
M6 Componente 1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

- a) C1 Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- b) C1 Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- c) C1 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) M6

Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

1 Aggiornamento tecnologico e digitale

- a) C2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- b) C2 Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- c) C2 Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per
 - o la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
 - o Azione 1 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 - o Azione 2 Infrastruttura tecnologica del Min. Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria

2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

C2 Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

C2 Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

Con Decreto del 20/01/2022, pubblicato nella G.U. n. 57 del 09/03/2022, il Ministero della Salute ha:

- 1) determinato in € 8.042.960.665,58 le risorse destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero e Soggetti attuatori le Regioni e Province Autonome, di cui € 6.592.960.665,58 a valere sul PNRR e € 1.450.000.000,00 a valere sul PNC;
- 2) ripartito alle Regioni e Province Autonome, in qualità di Soggetti attuatori, le risorse di cui al punto 1);
- 3) stabilito che l'assegnazione delle risorse verrà revocata qualora il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) non venga sottoscritto entro il 31 maggio 2022 e comunque nel caso di mancato raggiungimento della Milestone EU che prevede l'approvazione di tutti i CIS con tutte le Regioni entro il 30 giugno 2022.

Il richiamato decreto ha ripartito complessivamente alla Regione Puglia € 644.428.861,18 suddivisi come segue tra i singoli interventi interessati:

- o M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" per un importo di euro 177.224.470,44;
 - o M6C1 1.2 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"
1. sub investimento 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) per un importo di € 6.923.000,00,

2. sub investimento interventi COT, Interconnessione aziendale € 2.842.858,33,
3. sub intervento Device per un importo di € 3.868.647,53;
 - M6C1 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità” per un importo di euro 78.766.431,31;
 - M6C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (digitalizzazione DEA I e II livello) per un importo complessivo di euro 114.219.989,70;
 - M6C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature) per un importo complessivo di euro 93.665.495,62;
 - M6C2 1.2 PNRR “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” per un importo di euro 50.320.019,99;
 - M6C2 1.2 PNC” “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” per un importo di euro 114.211.325,39;
 - M6C2 1.3.2 “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione-Adozione da parte delle regioni di n.4 nuovi flussi Informativi nazionali”, per un importo complessivo di euro 2.386.622,87;
 - M6C2 2.2 (a) “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario corso di formazione infezioni ospedaliere” per un importo di euro 6.378.945,33.
- con la deliberazione di Giunta regionale n. 1529 del 27 settembre 2021 è stato approvato il Piano dei fabbisogni prioritari per interventi di adeguamento o miglioramento sismico delle strutture ospedaliere del SSR., in attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, componente 2, misura 1.2. “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”;
- con la Deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6” si è provveduto a:
 - 1) approvare il documento “Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR)”;
 - 2) fissare i seguenti standard per la realizzazione delle seguenti strutture:
 - Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti;
 - Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
 - Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti. - 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- con la Deliberazione di Giunta regionale n.536 del 24/04/2022 ad oggetto: “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, D.M. 20 gennaio 2022 - Iscrizione altre somme vincolate, variazione al bilancio di previsione per l’e.f. 2022 ai sensi del D.Lgs. 118/2011” sono state iscritte le somme;

CONSIDERATO CHE

- ai fini della attuazione del PNRR, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale ha avviato una prima ricognizione con le Aziende Sanitarie, al fine di identificare gli edifici esistenti quali strutture idonee per realizzare le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità;
- con la Deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 il Dipartimento ha definito le indicazioni di dettaglio circa l’articolazione della rete territoriale in attuazione delle previsioni del PNRR;
- il Dipartimento ha avviato una interlocuzione con le direzioni strategiche delle ASL circa l’utilizzo del

finanziamento PNRR, sulla base delle proposte pervenute dalle stesse, anche in riscontro alla nota prot. n. AOO_005/1723 del 01/03/2022 e alla conseguente riunione tenutasi in data 02/03/2022 all'esito della quale è stata richiesta alle Aziende una rimodulazione dell'offerta sanitaria che potesse assicurare una distribuzione capillare sull'intero territorio e nel rispetto della copertura finanziaria prevista dal PNRR;

- le Aziende Sanitarie Locali hanno, quindi, trasmesso le proposte rimodulate secondo le indicazioni fornite dalla Regione e che si indicano di seguito:

- nota ASL BA acquisita al prot. n. AOO_183/4950 del 21/03/22;
- nota ASL TA acquisita al prot. n. AOO_183/5802 del 11/04/22;
- nota ASL BT acquisita al prot. n. 5417 del 30/03/22 e n. 4696 del 14/03/22;
- nota ASL LE acquisita al prot. n. 5415 del 30/03/22;
- nota ASL BR acquisita al prot. n. 5414 del 30/03/22;
- nota ASL FG acquisita al prot. n. 4694 e 4695 del 14/03/22;

- le Aziende Sanitarie Locali hanno provveduto al caricamento sul portale Agenas delle schede progetto di ciascuna struttura da candidare ai fini della approvazione da parte di Agenas;

- Agenas ha validato le proposte, in sede di riunione del 07 aprile 2022, come da allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

- la Regione ha predisposto il Piano Operativo (Investimenti Missione 6 Salute), che prevede varie azioni, tra le quali:

- Componente 1 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - Action Plan
- Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan
- Componente 1 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità) – Action Plan
- Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) – Action Plan
- Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie – Action Plan
- Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020)
- Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – Action Plan
- Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) – Action Plan
- Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni” – Action Plan
- Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK...) – Action Plan

- Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale - Action Plan
 - Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan
- Con specifico riferimento all’Azione 6.11, Missione 6, Componente C2, Investimento 2.2: “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”, il P.N.R.R. ha previsto che, per ciascuna annualità del triennio 2021-2023, venga pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all’anno per i corsi di formazione specifica di medicina generale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive);
- il DM Salute del 2 novembre 2021 ha assegnato, per il ciclo del triennio 2021-2023, alla Regione Puglia la somma di € 2.681.512,38 per la realizzazione dell’intervento previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), Missione M6, Componente C2, Investimento 2.2: “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” - Sub-investimento 2.2 (a). Sub-misura: “Borse aggiuntive in formazione di medicina generale”;
- In attuazione della richiamata normativa la Regione Puglia, in qualità di soggetto attuatore:
- con Determinazione Dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta n. 302 del 9 novembre 2021 (pubblicata nel B.U.R.P. n° 143 Supplemento del 18/11/2021 e per estratto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie IV Speciale – Concorsi ed Esami n. 98, del 10 dicembre 2021) ha indetto pubblico concorso per l’ammissione di n. 226 medici al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2021-2024, specificando che n. 155 borse di studio sono finanziate in via ordinaria, con risorse a valere sul Fondo Sanitario Nazionale, giusta Intesa Rep. Atti n. 152/CSR del 04.08.2021, come integrata con Intesa Rep. Atti n. 203/CSR del 21.10.2021 e che ulteriori n. 71 borse di studio risultano finanziate con risorse assegnate con D.M. Salute del 2 novembre 2021, in conformità alle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.);
 - ha proceduto all’acquisizione del Codice Unico Progetto (B34C21000020001);
 - ha avviato la procedura di istituzione di apposito capitolo dei bilancio;
 - con successiva Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta n. 83 del 16 marzo 2022, pubblicata nel B.U.R.P. n. 32 – suppl. del 21.03.2022 e successivamente modificata con Determinazione dirigenziale n. 111 del 4 aprile 2022, pubblicata nel B.U.R.P. n. 41 - suppl. del 7 aprile 2022, ha approvato la graduatoria regionale di merito del Concorso, dando atto che i n. 226 medici ammessi al C.F.S.M.G. della Regione Puglia 2021/2024 risultano assegnatari di borse di studio finanziate sia con risorse a valere sul Fondo Sanitario Nazionale, sia con risorse di cui Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.);
 - ha impiegato negli atti e nella corrispondenza relativi al Corso (determinazione approvazione graduatoria, comunicazione di accettazione al percorso formativo) i loghi indicati dai competenti ministeri (Salute ed Economia e Finanze).

DATO ATTO che:

- tutti gli interventi previsti dalla Componente 1 e dalla Componente 2 sono oggetto di descrizione tecnica tramite apposita Scheda di Intervento predisposta dal livello nazionale;
- le schede di Intervento sono state caricate dai RUP delle aziende sanitarie su una piattaforma informatica resa disponibile da AGENAS, come indicato dalla nota prot. 0000056-29/12/2021-UMPNRR-UMPNRR-P dell’Unita di Missione per l’attuazione del PNRR del Ministero della Salute;
- il termine per la validazione delle schede e della trasmissione del Piano Operativo PNRR, a firma del Presidente della Regione, tramite piattaforma AGENAS è stato fissato al 5 maggio 2022;

TENUTO CONTO CHE

Con il presente provvedimento, in attuazione di quanto già previsto dalla DGR n.134/2020, si intende riorganizzare e potenziare la rete di assistenza territoriale nella sua interezza, mediante individuazione delle strutture (Ospedali di comunità, Case della Comunità e COT) finanziate non solo dal PNRR, ma, altresì, da altre fonti di finanziamento.

Tali strutture sono individuate nella relazione tecnica di accompagnamento alla rete, suddivise tra strutture finanziate dal PNRR e quelle finanziate da altre fonti di finanziamento, di cui all'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

diretto

indiretto

neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n.118/2011 e ss.mm.ii.

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.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta di:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa;
2. di approvare la rete dell'assistenza territoriale, in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2 e comprensiva di tutta l'offerta sanitaria che la Regione intende implementare sull'intero territorio regionale, composta dall'Allegato 1 Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
3. di autorizzare il Presidente della Giunta regionale a sottoscrivere il Piano Operativo Regionale Investimenti Missione 6 Salute, allegato al CIS, contenente le proposte finanziate con risorse PNRR, di cui al presente schema di provvedimento;
4. di stabilire che con successivi provvedimenti si procederà alla programmazione delle linee di investimento M6C2 1.3.2 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione-Adozione da parte delle regioni di n.4 nuovi flussi Informativi nazionali", e M6C2 2.2 (a) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario corso di formazione infezioni ospedaliere";

5. provvedere con successivi provvedimenti di Giunta a dare attuazione alle ulteriori previsioni di cui alla DGR n. 134/2020 riferite alla assistenza territoriale;
6. stabilire che con successivi provvedimenti di Giunta la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta individuerà le attività e i servizi che si intendono attivare presso ciascuna struttura prevista dal PNRR, con il supporto delle direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Locali;
7. dare mandato alla Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute, Agenas e al MEF;
8. disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, ai sensi della L.R. 13/1994.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O. Assistenza Territoriale: Isabella CAVALLO

La Dirigente del Servizio SGAT-
Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: Mauro NICASTRO

La Dirigente del Servizio Sistemi Informativi e Tecnologie: Concetta LADALARDO

Il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche : Benedetto Giovanni PACIFICO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.22/2021.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e
del Benessere Animale: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa;
2. di approvare la rete dell'assistenza territoriale, in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2 e comprensiva di tutta l'offerta sanitaria che la Regione intende implementare sull'intero territorio

regionale, composta dall'Allegato 1 Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

3. di autorizzare il Presidente della Giunta regionale a sottoscrivere il Piano Operativo Regionale Investimenti Missione 6 Salute, allegato al CIS, contenente le proposte finanziate con risorse PNRR, di cui al presente schema di provvedimento;
4. di stabilire che con successivi provvedimenti si procederà alla programmazione delle linee di investimento M6C2 1.3.2 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione-Adozione da parte delle regioni di n.4 nuovi flussi Informativi nazionali", e M6C2 2.2 (a) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario corso di formazione infezioni ospedaliere";
5. provvedere con successivi provvedimenti di Giunta a dare attuazione alle ulteriori previsioni di cui alla DGR n. 134/2020 riferite alla assistenza territoriale;
6. stabilire che con successivi provvedimenti di Giunta la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta individuerà le attività e i servizi che si intendono attivare presso ciascuna struttura prevista dal PNRR, con il supporto delle direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Locali;
7. dare mandato alla Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute, Agenas e al MEF;
8. disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, ai sensi della L.R. 13/1994.

Il Segretario della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO



REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO
PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE ANIMALE

ALLEGATO 1

Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute"

Sommario

PREMESSA	3
0. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	7
1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO	7
0.1.1. PROFILO DEMOGRAFICO E SOCIOECONOMICO	7
1.1.2 STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	19
1.1.2.2 Malattie Croniche	19
Diabete	21
Ipertensione	25
BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria	27
Cardiopatologia ipertensiva con scompenso cardiaco (CHF)	30
1.1.2.3 Tumori	33
Tutti i tumori maligni	33
1.1.3 QUADRO NORMATIVO	35
1.1.4 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	36
1.2 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	37
1.2.1 CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	37
LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE REGIONALE ALLA LUCE DEL DM "ASSISTENZA TERRITORIALE"	38
COMPONENT 1	49
1.3 LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE REGIONALE FINANZIATA DAL PNRR PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.	49
C1 INVESTIMENTO 1.1. CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA	50
C1 INVESTIMENTO 1.2. IMPLEMENTAZIONE DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO: CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	52
C1 INVESTIMENTO 1.3 RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE SUE STRUTTURE (OSPEDALI DI COMUNITÀ)	53
COMPONENT 2	54
1.4 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE	54
C2 INVESTIMENTO 1.1: AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO	54
C2 INVESTIMENTO 1.1.1. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO (DIGITALIZZAZIONE DEI DEPARTMENTI I E II LIVELLO)	54
I PROGETTI DI DIGITALIZZAZIONE A VALENZA REGIONALE	63
C2 INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE	65
IL SUPPORTO STRATEGICO	67

Premessa

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme, grazie alla quale sarà possibile rafforzare il sistema sanitario territoriale produttivo e intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze.

In particolare, la riorganizzazione delle reti di prossimità con l'investimento nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità previsti nella Missione 6 Componente 1 e investimento, rispettivamente, 1.1 e 1.3 del PNRR rappresentano gli asset strategici di investimento.

Va ricordato che il processo di invecchiamento della popolazione sta proseguendo ed una quota significativa e crescente delle persone risulta afflitta da malattie croniche che richiedono servizi più adeguati sul territorio.

La realizzazione delle Case della Comunità consentirà, in particolare ai malati fragili e cronici, di accedere a strutture dotate di team multidisciplinari con medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali, per beneficiare di vari servizi sanitari, senza aggravare ulteriormente gli ospedali.

Analogamente, il potenziamento dei servizi domiciliari rivolti a soggetti con età superiore ai 65 anni, con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, permetterà di identificare un modello condiviso e uniforme di erogazione delle cure domiciliari avvalendosi di nuove tecnologie (telemedicina, digitalizzazione, ecc.) in grado di rilevare i dati clinici del paziente in tempo reale anche a distanza.

Oltre a migliorare l'efficienza del sistema, simili interventi consentono ai pazienti di mantenere una certa autonomia e indipendenza presso la propria abitazione, a garanzia della migliore possibile qualità della vita e riducendo il rischio di ricoveri inappropriati.

A tale proposito la Regione Puglia, per il tramite delle strutture tecniche del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere, ha elaborato, a seguito di confronto con il territorio, la progettualità per l'individuazione di 121 Case della Comunità, al fine di distribuire sul territorio regionale una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa, le cui attività rispondono alle funzioni e alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Tra le richieste di investimento, volte a potenziare l'offerta territoriale, vi sono inoltre gli Ospedali di Comunità, ovvero quelle strutture sanitarie a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Tali strutture contribuiscono a migliorare l'appropriatezza delle cure, riducono gli accessi impropri, facilitano la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di organizzare la presa in cura del proprio caro.

Nell'ambito della programmazione esistente e nell'intento di migliorare l'offerta sanitaria grazie alle risorse messe a disposizione dal PNRR, le Aziende sanitarie hanno formulato delle proposte per realizzare 36 Ospedali di Comunità.

Va ricordato, che l'attivazione degli Ospedali di Comunità era già prevista nella programmazione della Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza.

Come detto il già citato Regolamento Regionale n. 14/2015 ha disciplinato 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.

Tutte le strutture ospedaliere riconvertite con i provvedimenti di riordino si configurano quali Presidi Territoriali di Assistenza (PTA); ad essi si aggiungono gli ex ospedali di Trani, Fasano, San Pietro Vernotico

e Mesagne.

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 i seguenti macro obiettivi prioritari:

- la massima efficienza nella erogazione dell'assistenza (h24);
- la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare, per facilitare un equo accesso alle prestazioni.

La **Figura 01** e la **Tabella 01** riassumono l'attuale rete degli ospedali pubblici e privati pugliesi, così come definita dal R.R. 23/2019 "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. 7/2017" approvato con DGR 1726/2019 e 1854/2019 e di fatto confermata dal RR 14/2020, recante "Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019" approvato con DGR 1215 del 31/07/2020.

Tale rete ospedaliera è completata dai seguenti PTA, regolamentati dal R.R. 21 gennaio 2019, n.7, come modificato con DGR 375 del 19/03/2020:

- Torremaggiore (Foggia);
- San Marco in Lamis/Sannicandro Garganico (Foggia);
- Monte Sant'Angelo (Foggia);
- Vico del Gargano (Foggia)
- Troia/Accadia (Foggia)
- Minervino Murge (BT)
- Spinazzola (BT)
- Trani (BT)
- Canosa (BT) - Presidio Post Acuzie
- Rutigliano (BA)
- Altamura (BA)
- Gravina di Puglia (BA)
- Bitonto (BA)
- Ruvo di Puglia (BA)
- Gioia del Colle (BA)
- Noci (BA)
- Grumo Appula (BA)
- Conversano (BA)
- Terlizzi (BA) – Presidio Post acuzie
- Triggiano (BA) - Presidio Post Acuzie
- Mesagne (BR)
- Ceglie Messapica (BR)
- Cisternino (BR)
- Fasano (BR)
- San Pietro Vernotico (BR)
- Brindisi
- Massafra (TA)
- Mottola (TA)

- Grottaglie (TA) - Presidio Post Acuzie
- Campi Salentina (LE)
- Nardò (LE)
- Poggiardo (LE)
- Maglie (LE)
- Gagliano del Capo (LE)

Figura 01 - Mappa degli ospedali pugliesi, integrata con i grandi ospedali gestiti da Enti Ecclesiastici.

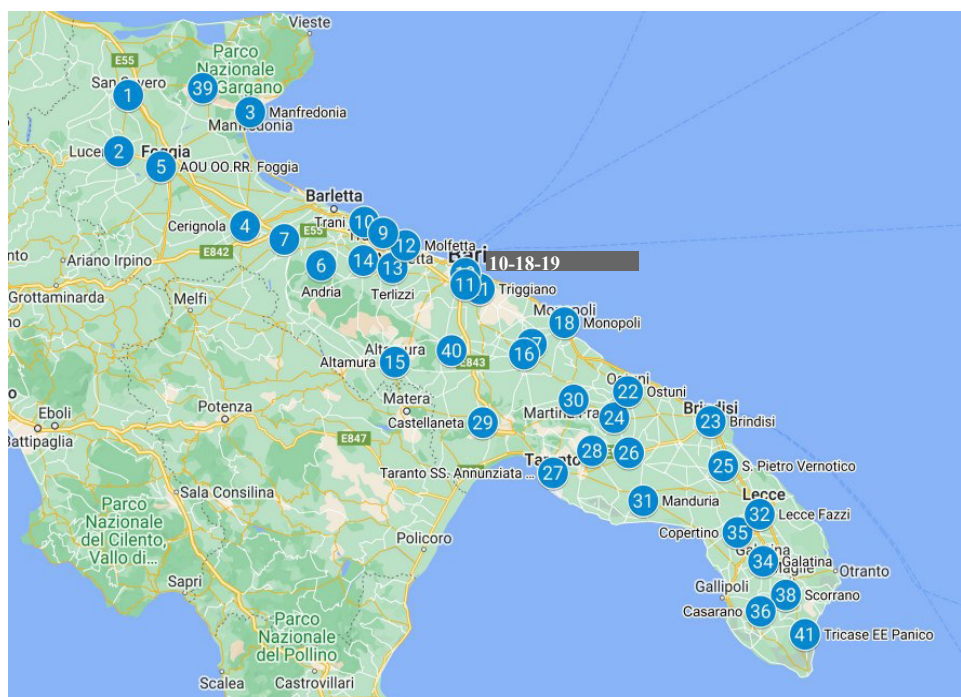


Tabella 01 – Rete ospedaliera della Regione Puglia*

ID	Ospedale	Provincia	Note (previsione da RR 3/2018)
1	San Severo	FG	Ospedale di I livello
2	Lucera	FG	Ospedale di Zona disagiata
3	Manfredonia	FG	Ospedale di Base
4	Cerignola	FG	Ospedale di I livello
5	AOU OO.RR. Foggia	FG	Ospedale di II livello
6	Andria	BT	Ospedale di I livello
7	Canosa	BT	Centro Risvegli e Riabilitazione post-acuzie
8	Barletta	BT	Ospedale di I livello
9	Bisceglie	BT	Ospedale di base
10	Bari San Paolo- Bari Di Venere	BA	Ospedale di I livello
11	Molfetta	BA	Ospedale di base
12	Terlizzi	BA	PPA
13	Corato	BA	Ospedale di I livello

14	Altamura	BA	Ospedale di I livello
15	Putignano	BA	Ospedale di Base
16	IRCCS De Bellis (Castellana Grotte)	BA	IRCCS pubblico
17	Monopoli	BA	Ospedale di Base
18	AOU Policlinico Bari	BA	Ospedale di II livello
19	Bari IRCCS Oncologico	BA	IRCCS pubblico
20	Ostuni	BR	Ospedale di Base
21	Brindisi	BR	Ospedale di II livello
22	FrancaVilla Fontana	BR	Ospedale di I livello
23	Taranto SS. Annunziata e Moscati	TA	Ospedale di II livello
24	Grottaglie	TA	PPA
25	Castellaneta	TA	Ospedale di I livello
26	Martina Franca	TA	Ospedale di I livello
27	Manduria	TA	Ospedale di base
28	Lecce Fazzi	LE	Ospedale di II livello
29	San Cesario	LE	Stabilimento di ospedale di II livello
30	Galatina	LE	Ospedale di base
31	Copertino	LE	Ospedale di base
32	Casarano	LE	Ospedale di base
33	Gallipoli	LE	Ospedale di I livello
34	Scorrano	LE	Ospedale di I livello
35	San Giovanni Rotondo Casa Sollievo della Sofferenza	FG	Ospedale di I livello (IRCCS priv. e classif)
36	Acquaviva EE Miulli	BA	Ospedale di I livello (classificato)
37	Tricase EE Panico	LE	Ospedale di I livello (classificato)

*Si precisa che la rete ospedaliera è in fase di revisione, ai sensi della DGR n. 1215/2021

Alla luce di quanto sopra descritto e considerato che il Ministero della Salute ha stabilito le quote di ripartizione delle risorse del PNRR alle Regioni, acquisendo il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 12 gennaio 2022, si disegna l'individuazione delle sedi di articolazione delle funzioni distrettuali identificate come "Case della Comunità" e degli Ospedali di Comunità che saranno realizzate anche con i fondi resi disponibili dal PNRR.

Il presente documento è stato elaborato dalle strutture del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

- Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie
- Sezione Strategia e Governo dell'Offerta
- Sezione Amministrazione, Finanza, Controllo e Sport per tutti

con il supporto, per la parte di inquadramento epidemiologico, della struttura di Epidemiologia dell'Aress.

0. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

1.1 La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

La Puglia è la regione più orientale d'Italia e, con circa 800 chilometri di coste, è una delle regioni italiane con maggiore sviluppo costiero. Nel 2010 il Ministero della Salute ha dichiarato balneabile il 98% delle coste pugliesi. L'interno della regione è prevalentemente pianeggiante e collinare, senza evidenti contrasti tra un territorio e l'altro. Tuttavia, vi sono otto differenti sub-regioni:

- il Gargano e il Subappennino Dauno sono le uniche zone montuose della Puglia (con rilievi che superano i 1000-1100 metri s.l.m.)
- il Tavoliere delle Puglie, esteso per 3.000 chilometri quadrati, rappresenta la più estesa pianura d'Italia dopo la Pianura Padana
- le Murge, un altopiano di natura calcarea posto a sud del Tavoliere che si estende fino alle Serre Salentine
- la Terra di Bari, tra la Murge e il mare Adriatico, è un'area pressoché pianeggiante, e con colline dolci affacciate sul mare
- la Valle d'Itria, situata tra le province di Bari, Brindisi e Taranto, si caratterizza da un'alternanza tra vallate e ondulazioni e soprattutto da un'elevatissima popolazione sparsa, cioè non concentrata nei centri urbani, ma a ridosso di questi
- l'Arco ionico-tarantino segue la costa dell'intera provincia, e si estende dal sistema murgiano, a nord, fino alla penisola salentina, a sud, abbracciando una zona collinare ed una vasta zona costiera pianeggiante
- un piccolissimo patrimonio insulare, con l'arcipelago delle Tremiti, a nord-est al largo della costa garganica, le piccole isole Cheradi, presso Taranto e l'isola di Sant'Andrea dinanzi alla costa di Gallipoli.

Il territorio pugliese è pianeggiante per il 53,3%, collinare per il 45,3% e montuoso solo per l'1,4%. Tale distribuzione rende la Puglia la regione meno montuosa d'Italia. I monti più elevati si trovano nel subappennino Dauno, nella zona nord-occidentale, al confine con la Campania, dove si toccano i 1152 m del Monte Cornacchia e sul promontorio del Gargano, a nord-est, con i 1055 m del monte Calvo.

Il territorio collinare pugliese è suddiviso tra la Murgia e le serre salentine. La Murgia è una subregione pugliese molto estesa, corrispondente a un altopiano carsico di forma rettangolare compresa per gran parte nella provincia di Bari e in quella di Barletta-Andria-Trani. Si estende a occidente toccando la provincia di Matera, in Basilicata; inoltre si prolunga verso sud nelle province di Taranto e Brindisi. Le serre salentine, invece, sono un elemento collinare che si trova nella metà meridionale della provincia di Lecce.

Le pianure sono costituite dal Tavoliere delle Puglie, che rappresenta la più vasta pianura d'Italia dopo la Pianura Padana e occupa quasi la metà della Capitanata; dalla Pianura Salentina, un vasto e uniforme bassopiano del Salento che si estende per gran parte del brindisino (piana brindisina), per tutta la parte settentrionale della provincia di Lecce, fino alla parte meridionale della provincia di Taranto; dalla fascia costiera della Terra di Bari, quella parte di territorio stretto tra le Murge e il mare Adriatico e comprendente l'intero litorale dalla foce dell'Ofanto fino a Fasano.

0.1.1. Profilo demografico e socioeconomico

Nel 2020 sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 42% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,2% della

popolazione vive in piccoli Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; sono, infatti, molto estese in termini di superficie ma poco in termini demografici le zone rurali, concentrate prevalentemente in provincia di Foggia (con il sub-appennino Dauno e il Gargano) e in provincia di Lecce con l'entroterra salentino. Infine, il 39 % della popolazione pugliese, cioè circa 1.542.734 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

Sul piano amministrativo, il territorio regionale è articolato in sei Aziende Sanitarie Locali (ASL), i cui confini coincidono con quelli amministrativi delle Province. All'interno delle ASL il territorio è suddiviso in 46 distretti sociosanitari che, a normativa regionale vigente, coincidono con gli ambiti territoriali sociali per assicurare la coerenza e l'integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie territoriali. La dimensione media dei distretti sociosanitari è di circa 83.941 abitanti.

In **tabella 1.1** sono riportati i dettagli della popolazione e la suddivisione amministrativa.

Tabella 1.1 Popolazione e suddivisione amministrativa (2020)

Territorio	Numero di Comuni	Totale popolazione	Superficie (Km ²)
Bari	41	1.230.205	3.862
Bat	10	384.801	1.542
Brindisi	20	385.235	1.861
Foggia	61	606.904	7.007
Lecce	96	782.165	2.798
Taranto	29	563.995	2.467
Totale Regione	257	3.953.305	19.540

Fonte: Istat

Da fonte ISTAT, la popolazione residente in Puglia nel 2020 ammonta a 3.953.305 con una lieve prevalenza di femmine (51,3%) rispetto ai maschi (48,7%). Del totale, 1.230.205 individui (31,1%) risiedono nella provincia di Bari che è la più popolata mentre le province di Brindisi e BAT sono le meno popolate dove risiedono il 9,7% dei cittadini pugliesi.

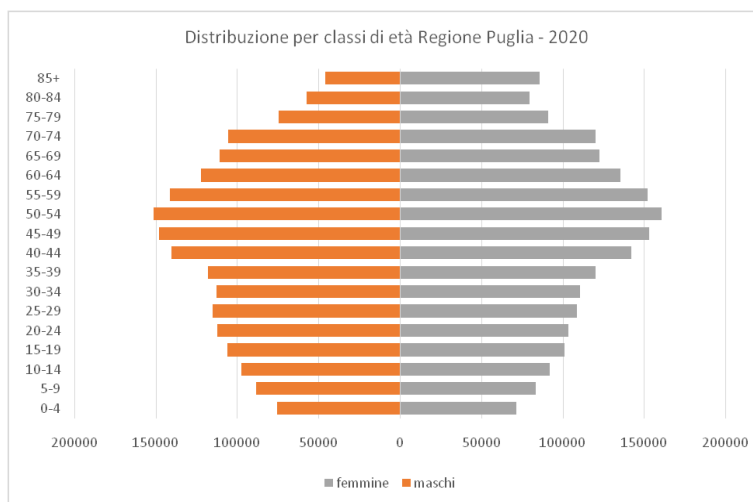
La popolazione della Puglia per fasce d'età (**tabella 1.2**) ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 22,6%, di poco più bassa rispetto alla percentuale nazionale (23,2%).

La composizione per classi di età della popolazione pugliese, rappresentata anche dalla piramide delle età (**figura 1.1**), racconta di una popolazione demograficamente matura, con una popolazione adulta molto più estesa, una base della piramide che, nel corso degli ultimi anni, è andata restringendosi lentamente ma costantemente e di una testa della piramide che per converso si amplia, in misura maggiore sul lato della popolazione femminile. Si conferma un graduale invecchiamento della popolazione legato sia all'aumento della speranza di vita che alla riduzione della natalità.

Tabella 1.2 Popolazione e principali classi di età per ASL (2020)

Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	27.678	196.754	762.965	270.486	79.964	1.230.205
Bat	8.909	66.065	242.453	76.283	21.270	384.801
Brindisi	7.639	58.331	236.967	89.937	26.935	385.235
Foggia	13.548	101.438	373.057	132.409	41.066	606.904
Lecce	15.657	117.301	473.236	191.628	60.597	782.165
Taranto	11.758	89.570	343.326	131.099	38.294	563.995
Totale Regione	85.189	629.459	2.432.004	891.842	268.126	3.953.305

Figura 1.1 - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2020 per genere e classe di età.



Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

Circa il 22,6% della popolazione pugliese è anziana (ultra 65enne) e 6,8% è il peso dei cosiddetti grandi anziani, cioè gli ultraottantenni, mentre solo il 2,2% della popolazione è rappresentata da bambini in età tra 0 e 24 mesi e l'incidenza dei pugliesi minorenni (0-17 anni) nel 2020 si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 15,9% contro il 22,6%.

Con maggior dettaglio, la proporzione di persone nelle fasce di età 65-74, 75-84 e 85+ anni, sul totale della

popolazione residente, è pari rispettivamente all'11,6%, 7,6% e 3,3%, in linea con il dato nazionale (**tabella 1.3**). In Puglia, come anche per l'Italia, è evidente l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, in particolare nel sottogruppo di popolazione dei "grandi anziani" (85+ anni).

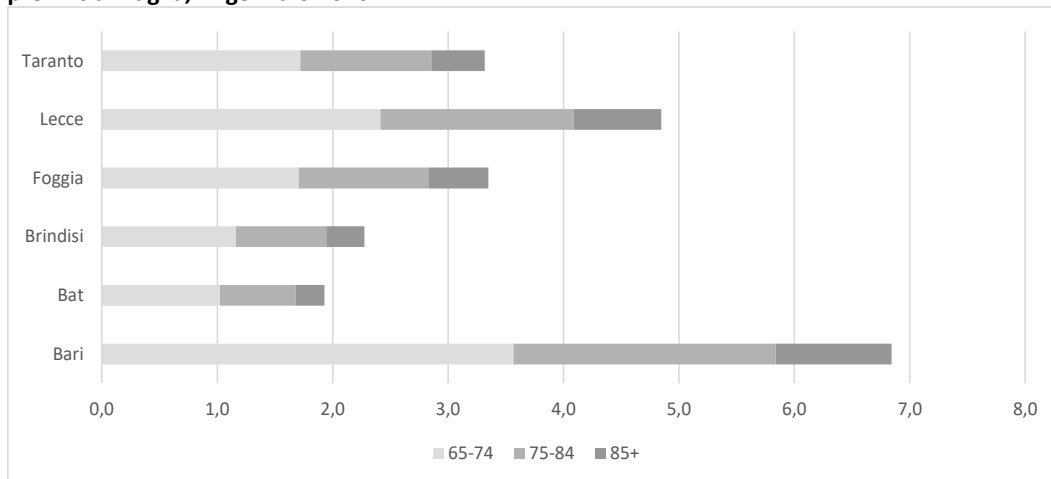
Tabella 1.3 - Distribuzione assoluta e percentuale della popolazione per le seguenti fasce di età: 65-74, 75-84, 85+ (Puglia vs Italia)

	PUGLIA						ITALIA					
	Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-74	458415	11,6	216269	11,2	242146	11,9	6795374	11,4	3208046	11,0	3587328	11,7
75-84	301953	7,6	131944	6,9	170009	8,4	4875549	8,2	2112020	7,3	2763529	9,0
85+	131474	3,3	45835	2,4	85639	4,2	2188167	3,7	724412	2,5	1463755	4,8

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2020 (<http://demo.istat.it/>)

Tra gli ultrasessantacinquenni, la popolazione di residenti varia dal 6,8% nella provincia di Bari all' 1,9% e 2,3%, rispettivamente nella provincia della Bat e di Brindisi. (**figura 1.2**).

Figura 1.2- Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età e provincia. Puglia, 1° gennaio 2020



Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

L'indice regionale di dipendenza giovanile o "carico sociale dei giovani" (**tabella 1.4**), che mette in rapporto la popolazione in età non lavorativa con quella in età lavorativa è pari, nel 2019, a 20,05, ovvero quasi 5 cittadini in età lavorativa hanno "in carico" un cittadino giovane in età non lavorativa.

Tabella 1.4 – Indice di dipendenza giovani M+F

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020

1	Piemonte	20,59	20,59	20,55	20,42	20,27	20,09	19,85	
2	Valle d'Aosta	21,85	21,83	21,72	21,51	21,29	20,99	20,64	
3	Lombardia	22,2	22,15	22,03	21,9	21,74	21,53	21,23	
4	Trentino-Alto Adige	24,2	24,11	23,96	23,8	23,66	23,54	23,34	
5	Veneto	21,88	21,79	21,63	21,43	21,21	20,95	20,61	
6	Friuli-Venezia Giulia	20,14	20,14	20,09	19,96	19,79	19,59	19,35	
7	Liguria	19,1	19,07	19,03	18,9	18,73	18,55	18,32	
8	Emilia-Romagna	21,35	21,39	21,39	21,3	21,13	20,93	20,68	
9	Toscana	20,5	20,53	20,51	20,39	20,23	20,05	19,8	
10	Umbria	20,75	20,79	20,74	20,63	20,48	20,31	20,03	
11	Marche	21,02	20,97	20,86	20,71	20,55	20,33	20,04	
12	Lazio	21,11	21,05	21,03	20,94	20,81	20,63	20,4	
13	Abruzzo	19,92	19,88	19,85	19,78	19,7	19,57	19,38	
14	Molise	18,72	18,5	18,27	18,05	17,9	17,76	17,64	
15	Campania	23,59	23,28	22,93	22,57	22,23	21,9	21,58	
16	Puglia	21,78	21,57	21,29	20,99	20,69	20,38	20,05	
17	Basilicata	19,75	19,47	19,17	18,91	18,67	18,41	18,17	
18	Calabria	21,06	20,92	20,78	20,64	20,51	20,36	20,24	
19	Sicilia	22,3	22,11	21,91	21,69	21,49	21,31	21,1	
20	Sardegna	18,09	18	17,88	17,72	17,56	17,36	17,14	
21	Italia	21,53	21,44	21,31	21,14	20,95	20,73	20,47	
22	Nord Ovest	21,47	21,43	21,34	21,22	21,06	20,87	20,59	

23	Nord Est	21,71	21,68	21,59	21,45	21,26	21,05	20,76	
24	Nord	21,57	21,54	21,45	21,32	21,15	20,94	20,66	
25	Centro	20,89	20,87	20,83	20,72	20,58	20,39	20,14	
26	Sud	22,11	21,89	21,63	21,35	21,08	20,81	20,54	
27	Isole	21,24	21,08	20,91	20,71	20,52	20,34	20,12	
28	Mezzogiorno	21,83	21,63	21,4	21,14	20,9	20,66	20,4	
29	Italia	21,53	21,44	21,31	21,14	20,95	20,73	20,47	

Fonte: Health for all

La speranza di vita alla nascita rappresenta la durata media di vita di una generazione fittizia se fosse soggetta, a ogni età, alle condizioni di mortalità dell'anno preso in esame.

La speranza di vita a 65 anni indica il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi ancora di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento.

La speranza di vita alla nascita in Puglia (82,2 anni) e la speranza di vita a 65 anni (20,2 anni) (**tabella 1.5**), mostrano un trend in crescita per entrambi i generi e, secondo il dato più recente del 2020, superano di poco la media nazionale (speranza vita alla nascita 82 anni; speranza di vita a 65 anni pari a 19,9 anni). Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini. La speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2018 è pari 57,5 anni, più basso rispetto al valore nazionale (58,5 anni), (fonte ISTAT). La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a 9,0 anni, anche questo valore più basso rispetto al dato nazionale (9,9 anni).

Tabella 1.5 - Indicatori demografici 2020, Puglia vs Italia

Indicatore	Puglia		Italia	
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2020	3.953.305	1.923.532 (48,7%)	2.029.773 (51,3%)	59.641.488
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,8%	-	-	
15-64	64,6%			13% 63,8%
65+	22,6%			23,2%
% cittadini stranieri	3,4%	3,5%	3,3%	8,5%
Età media della popolazione	45,1			45,7
Indice di vecchiaia	175,6%	-	-	179,4%

Indice dipendenza anziani	34,9%	-	-	36,4%
Indice dipendenza strutturale	54,8%	-	-	56,7%
Tasso di mortalità x 1.000*	11,3	-	-	12,6
Speranza di vita alla nascita**	82,2	80,0	84,5	82
Speranza di vita a 65 anni **	20,2	18,6	21,8	19,9
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,8
Età media della madre al parto**	32,1	-	-	32,2
Mortalità infantile x 1.000 (2018)	3,28	3,4	3,17	2,88

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2020 (<http://demo.istat.it/>)

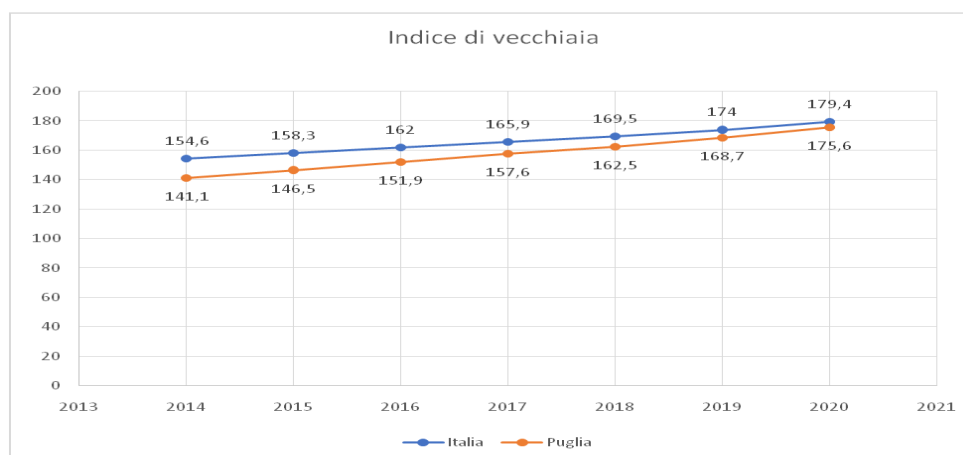
** Stimato 2020

* Provvisorio 2020

Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale al 1° gennaio 2020 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale.

L'indice di vecchiaia (**figura 1.3**) calcola il peso percentuale della popolazione ultra-sessantacinquenne sulla popolazione di età 0-14 anni e per la Puglia ha raggiunto nel 2020 il valore di 175,6, indicando che vi sono 1,7 over 65 per ogni cittadino nella fascia 0-14 anni. Sebbene il valore per la Puglia sia più basso rispetto al dato nazionale (179,4), tale indice tra il 2014 e il 2020 in Puglia è cresciuto del 24%, rispetto all'andamento che si registra a livello nazionale per lo stesso periodo (+16%).

Figura 1.3 Indice vecchiaia Puglia vs Italia

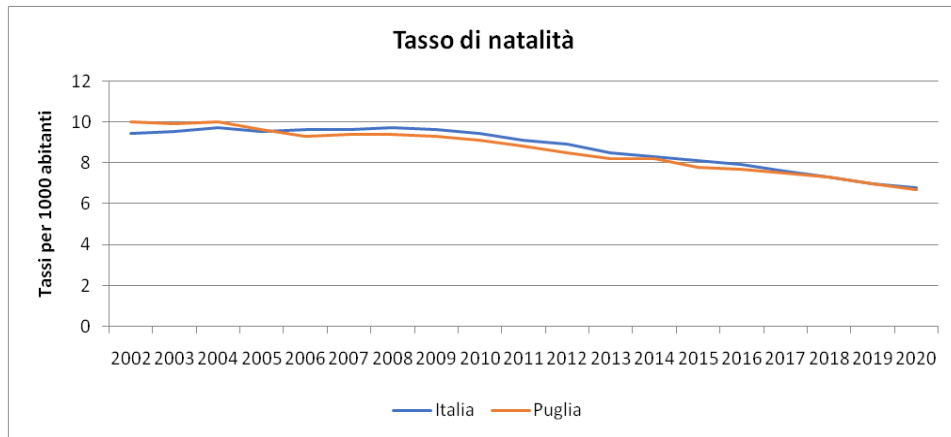


Fonte: Istat

Il tasso di natalità in Puglia (**figura 1.4**) è diminuito costantemente, passando da un valore di 8,8 nuovi nati

ogni 1.000 abitanti nel 2011 (9,1 in Italia) a 6,7 nuovi nati ogni 1.000 abitanti nel 2020 (6,8 in Italia).

Figura 1.4 - Tasso di natalità. Italia e Puglia. Anni 2002-2020



	Tasso di natalità	
	Italia	Puglia
2002	9,4	10
2003	9,5	9,9
2004	9,7	10
2005	9,5	9,6
2006	9,6	9,3
2007	9,6	9,4
2008	9,7	9,4
2009	9,6	9,3
2010	9,4	9,1
2011	9,1	8,8
2012	8,9	8,5
2013	8,5	8,2

2014	8,3	8,2
2015	8,1	7,8
2016	7,9	7,7
2017	7,6	7,5
2018	7,3	7,3
2019	7	7
2020	6,8	6,7

fonte Istat

La popolazione di cittadini stranieri residenti in Puglia conta 133.690 individui che corrispondono al 2,7% di tutti gli stranieri residenti in Italia. Di questi il 30,8% risiede nella provincia di Bari, il 22,7% nella provincia di Foggia mentre le province meno popolate da stranieri sono Brindisi (8,8%) e la Bat (8,1%).

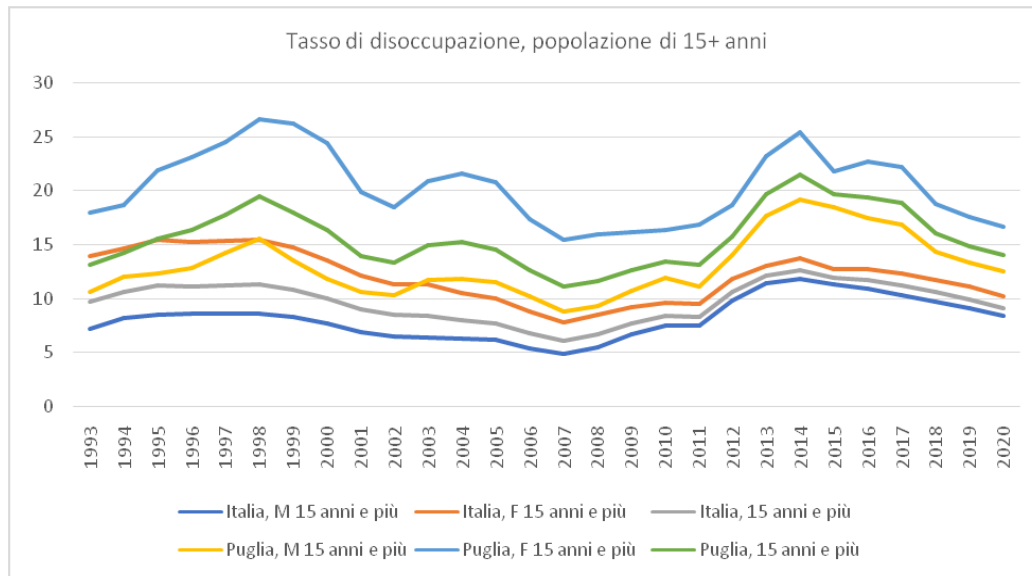
Rispetto alla media nazionale (8,5%) la proporzione di cittadini stranieri sul totale dei residenti in Puglia (3,4%) è più bassa di 5,1 punti percentuali (pp).

Il tema delle disuguaglianze sociali nelle varie dimensioni di salute ha lo scopo di stimolare l'individuazione di target per orientare verso obiettivi di equità le strategie di programmazione sanitaria e di prevenzione.

La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato un peggioramento delle condizioni socioeconomiche degli italiani, come dei residenti nella regione Puglia. La Puglia fa registrare valori peggiori della media nazionale per la maggior parte degli indicatori socioeconomici.

La **figura 1.5** illustra la dinamica tra il 1993 e il 2020 del tasso di disoccupazione in Puglia, confrontando i valori con quelli registrati a livello nazionale e suddivisi per genere, da cui si evidenzia un trend fortemente in salita tra il 2011 e il 2014, quando raggiunge un valore pari a 21,5%, a fronte di un dato nazionale di 12,7%. Dal 2014 al 2020 il tasso di disoccupazione è sceso sia a livello nazionale che regionale, attestandosi nel 2020 in Puglia al 14%, valore comunque superiore al dato nazionale del 9,2%. In tutti gli anni si registrano valori sempre più elevati per le donne. Nel 2020 il tasso di disoccupazione tra le donne pugliesi era del 16,7% rispetto al 12,5% degli uomini.

Figura 1.5 Tasso di disoccupazione 1993-2020 Puglia Vs Italia e per genere



Gli indicatori Istat di contesto socio-economico rappresentano i livelli di vantaggio/svantaggio sociale relativo della popolazione residente (tabella 1.6). Le varie caratteristiche considerate sono: l'istruzione, il reddito familiare e la sua distribuzione.

Tabella 1.6 - Indicatori di contesto socio-economici. Puglia e Italia, ultimo anno disponibile

Indicatore	Puglia	Italia
Percentuale di popolazione 25-64 anni con istruzione (2020)	48	37
Senza diploma		
Con diploma	36	42
Con laurea	15	20
Percentuale di popolazione di 18-24 anni che abbandona prematuramente gli studi (2020)	15,6	13,1
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2018)	0,33	0,335
Reddito mediano familiare (€) (2018)	23.087	25.716
Distribuzione per quintili di reddito (2018)		
Q1	Puglia 31,8	Italia 20,0
Q2	25,0	20,0
Q3	17,6	20,0
Q4	15,6	20,0
Q5	10,0	20,0

Risorse economiche delle famiglie (2020)

Ottime	0,8	1,5
Adeguate	62,3	64,5
Scarse	31,8	30,7
Assolutamente insufficienti	5,1	3,3

Fonte: ISTAT, <https://dati.istat.it>

In Puglia nel 2020 la percentuale di popolazione tra 25 e 64 anni senza diploma è pari al 48% (37% a livello nazionale), con diploma il 36% (42% in Italia) e con laurea il 15% (20% in Italia). Inoltre la percentuale di popolazione tra 18 e 24 anni che abbandona prematuramente gli studi è il 15,6% (13,1% a livello nazionale).

L'indice di concentrazione dei redditi famigliari (di Gini) misura il grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito (un valore pari a 0 indica che tutte le unità ricevono lo stesso reddito, un valore pari a 1 indica che il reddito totale è percepito da una sola unità). Per la Puglia nel 2018 l'indice di concentrazione dei redditi famigliari è pari 0,33 (0,335 valore nazionale).

In Puglia i redditi medi famigliari nel 2018 sono più bassi rispetto ai dati nazionali (€ 23.087 in Puglia; € 25.716 in Italia), dato confermato anche dalla distribuzione per quintile di reddito famigliare.

L'indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato infatti che per il 2020 il 31,8% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 30,7% delle famiglie italiane) e che il 5,1% ha risorse assolutamente insufficienti (vs il 3,3% delle famiglie italiane).

L'analisi della povertà relativa (**tabella 1.7**) diffusa dall'Istat si basa sull'uso di una linea di povertà nota come International Standard of Poverty Line (ISPL) che definisce povera una famiglia di due componenti con una spesa per consumi inferiore o uguale alla spesa media per consumi pro-capite. In Puglia nel 2020 il 18,1% delle famiglie si trova in una condizione di povertà relativa rispetto al 10,1% a livello nazionale.

Tabella 1.7 – Percentuale di famiglie povere per regione di residenza (povertà relativa)

Tipo dato	incidenza di povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa)			
	Seleziona Periodo	2018	2019	2020
Territorio				
Italia		11,8	11,4	10,1
Piemonte		6,6	7,5	6,1
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste		4,1	4,2	5,4
Liguria		7,3	9,2	6,9
Lombardia		6,6	6	6,7
Trentino Alto Adige / Südtirol		5,2	4,8	4,3
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	
Provincia Autonoma Trento		8	6,8	6
Veneto		7,9	10,3	6,7

Friuli-Venezia Giulia		7,3	5,3	6,8
Emilia-Romagna		5,4	4,2	5,3
Toscana		5,8	5,8	5,9
Umbria		14,3	8,9	8
Marche		10,7	9,5	9,3
Lazio		7,3	7,5	5,7
Abruzzo		9,6	15,5	12
Molise		17,5	15,7	17,9
Campania		24,9	21,8	20,8
Puglia		20	22	18,1
Basilicata		17,9	15,8	23,4
Calabria		30,6	23,4	20,8
Sicilia		22,5	24,3	17,7
Sardegna		19,3	12,8	13,9

Fonte: Istat

Gli indicatori BES (Benessere equo e sostenibile) valutano il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico ma anche sociale e ambientale ed integrano i tradizionali indicatori economici con misure sulla qualità della vita delle persone e sull'ambiente.

Nella **tabella 1.8** sono riportati gli indicatori BES edizione 2020 relativi agli anni 2017 e 2018. Confrontandoli con i rispettivi indicatori a livello nazionale si notano per la Puglia valori superiori, in particolar modo per il "Rischio di povertà" (Puglia 26,8% vs Italia 20,3%), per la percentuale di persone in "Grande difficoltà economica" (Puglia 11,7% vs Italia 9,7%), per la percentuale di persone in "Grave privazione materiale" (Puglia 12,8% vs Italia 8,5%). Inoltre il "Reddito medio disponibile pro-capite" nel 2018 è pari a € 14.338,5 rispetto a € 18.902,2 a livello nazionale.

Tabella 1.8 Indice BES (Benessere Equo Sostenibile) edizione 2020 -Puglia vs Italia

BES 2020 – Puglia

BES
Benessere Equo Sostenibile

DOMINIO: Benessere economico

Ultimo aggiornamento

INDICATORE DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs Mezzogiorno	Puglia vs Italia	Anno	Polarità	Unità di misura
Bassa intensità lavorativa	13,4	19	11,3	-5,6	2,1	2018	-	valori percentuali
Disuguaglianza del reddito disponibile	5,6	7	6,1	-1,4	-0,5	2017	-	numero puro - rapporto tra redditi
Grande difficoltà economica	11,7	15,8	9,7	-4,1	2	2018	-	valori percentuali
Grave privazione abitativa	5,9	6,5	5	-0,6	0,9	2018	-	valori percentuali
Grave privazione materiale	12,8	16,7	8,5	-4,2	4,3	2018	-	valori percentuali
Indice composito Condizioni economiche minime	98,4	90,8	103,3	7,6	-4,9	2018	-	valori percentuali
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,3	99,7	6,3	-9,1	2017	-	valori percentuali
Reddito medio disponibile pro capite	14338,5	13995,4	18902,2	44,1	-4563,7	2018	+	euro
Rischio di povertà	26,8	34,4	20,3	-7,6	6,5	2017	-	valori percentuali

Anno precedente

INDICATORI DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs anno prec	Mezzogiorno vs anno prec	Italia vs anno prec	Anno	Polarità	Unità di misura
Bassa intensità lavorativa	12,6	20,2	11,8	0,8	-1,2	-0,5	2017	-	valori percentuali
Disuguaglianza del reddito disponibile	5,4	6,7	5,9	0,2	0,3	0,2	2016	-	numero puro - rapporto tra redditi
Grande difficoltà economica	12,9	13,7	8,8	-0,8	2,1	1,1	2017	-	valori percentuali
Grave privazione abitativa	7,3	6,8	5,5	1,4	-0,3	-0,3	2017	-	valori percentuali
Grave privazione materiale	15,1	16,5	10,1	-1,4	0,2	-1,6	2017	-	valori percentuali
Indice composito Condizioni economiche minime	96,1	90,2	102,1	2,3	0,6	1,2	2017	-	valori percentuali
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,3	99,9	0	-0,6	-0,2	2016	-	valori percentuali
Reddito medio disponibile pro capite	13976,7	13685,7	18511,8	291,0	809,7	800,4	2017	+	euro
Rischio di povertà	26,2	33,1	20,3	0,6	1,3	0	2016	-	valori percentuali

A cura dell'Ufficio Statistico Regione Puglia

Fonte: <http://old.regione.puglia.it/web/ufficiostatistico/bes-2018>

1.1.2 Stato di salute della popolazione

1.1.2.2 Malattie Croniche

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

Si tratta in genere di pazienti anziani, spesso affetti da più patologie (comorbidità o multimorbidità), alle cui esigenze assistenziali sanitarie si sommano anche quelle di natura sociali: status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.

Il Global Burden of Disease (GBD) 2019 ha confermato che le malattie croniche (Malattie Croniche Non Trasmissibili – MCNT) in generale rappresentano la più frequente causa di morte nei Paesi ad alto e medio reddito. In Italia la prevalenza di patologie croniche ammonta a oltre 95.551 casi per 100.000 residenti per entrambi i generi e per tutte le fasce d'età, con valori più elevati tra le donne rispetto agli uomini (97.448 vs 93.550) e per fasce d'età più elevate.

Le MCNT rendono conto di oltre il 93% di tutte le cause di morte e, di queste, oltre il 40% sono attribuibili a fattori di rischio comportamentali. La cronicità in Italia è inoltre responsabile di oltre il 90% degli anni di vita persi per disabilità o morte prematura - DALYs (Disability-Adjusted Life Years) di cui circa il 44% è attribuibile a fattori di rischio comportamentali. Agire sulla riduzione dei fattori di rischio comportamentali, che rappresentano determinanti della salute modificabili, si conferma una priorità di sanità pubblica.

La sorveglianza Passi ha evidenziato come, nel quadriennio 2016-2019, al 18.2% della popolazione italiana intervistata fra 18 e 69 anni e al 61% degli ultra64enni il medico ha diagnosticato una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è confrontabile con quella del dato nazionale (14.5%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta più alta nella fascia degli ultra64enni (66.3%) **(Tabella 1.9)**. Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono il diabete (4%), le malattie respiratorie croniche (3%) e le cardiopatie (3%). Tra gli ultra 64enni, le patologie croniche più frequentemente riferite sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le malattie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%), e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%) **(Figura 1.6)**.

La condizione di comorbidità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (18.8% nella fascia 65-74 anni vs 38.0 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (30.8% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 16.9% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (18.6% tra i soggetti senza difficoltà vs 42.8% tra quelli con molte difficoltà economiche) **(Tabella 1.16)**.

Tabella 1.9 – Cronicità nella popolazione generale: confronto Puglia vs Italia – Sorveglianza PASSI (2015-2018) e PASSI d'Argento (2016-2019).

PASSI	18-64 anni	
	Italia	Puglia

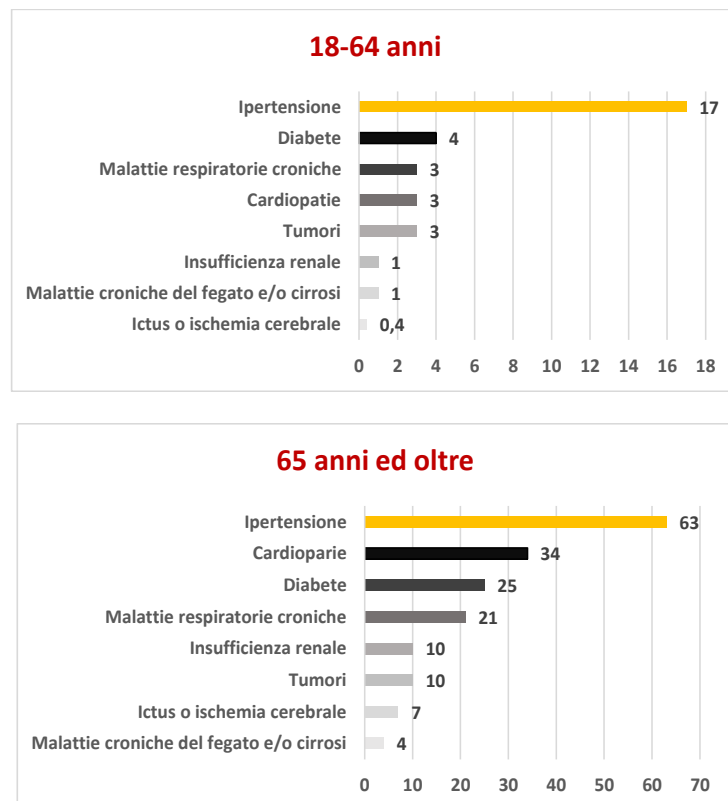
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	81.8	81.5	82	85.5	84.8	86.3
Persone con almeno 1 patologie cronica*	18.2	18	18.5	14.5	13.8	15.2
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	4.4	4.2	4.5	3.2	2.8	3.6

PASSI d'Argento	≥ 65 anni					
	Italia			Puglia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	39.1	38.4	39.8	33.7	30.8	36.7
Persone con almeno 1 patologie cronica*	60.9	60.2	61.6	66.3	63.3	69.2
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	25.7	25.1	26.3	30.0	27.0	33.1

Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi>

*insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Figura 1.6 – Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: regione Puglia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%).



Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi>

Tabella 1.10 – Comorbidità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche nella popolazione ultra65enne - Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2019.

		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	65-74	18.8	18	19.6
	75-84	30.2	29.2	31.3
	85 o più	38	36.1	39.8
Sesso	uomini	27.5	26.6	28.5
	donne	24.3	23.5	25.2
Istruzione	nessuna / elementare	30.8	29.8	31.8
	media inferiore	22.5	21.4	23.7
	media superiore	18.7	17.6	20
	laurea	16.9	14.8	19.1
Difficoltà economiche	molte	42.8	40.8	44.9
	qualche	28.9	27.8	30
	nessuna	18.6	17.8	19.4
Vivere soli	no	26.2	25.5	26.9
	sì	23.3	22	24.6
Macro area di residenza	nord	20.9	19.9	21.8
	centro	24.7	23.4	26
	sud e isole	30.5	29.5	31.5

Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti per diversi livelli di aggregazione territoriale relativamente alle seguenti patologie:

- Diabete
- Ipertensione
- BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria
- Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco.

Per l'identificazione degli assistiti con una delle 4 patologie di interesse sono stati ridefiniti gli algoritmi ritenuti più opportuni sulla base delle ormai numerose esperienze condotte sui database della Regione Puglia (in particolare nello sviluppo, definizione e validazione dell'Indice di esposizione ai farmaci - DDCI - DrugDerivedComplexity Index).

Diabete

Il diabete è una malattia cronica con impatto elevato per il sistema sanitario e destinato a crescere negli anni futuri. Si tratta di un trend coerente con quello che si osserva in tutto il mondo soprattutto nei Paesi sviluppati e legato strettamente all'invecchiamento della popolazione e allo stile di vita.

Relativamente all'anno 2018, tra i soggetti ultra40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 115 casi per 1000 assistiti, più alta tra gli uomini rispetto alle donne (1280/00 vs 1030/00 - tasso standardizzato) (**Tabella 1.11, Figura 1.7**). La prevalenza del diabete aumenta con l'età: tra gli uomini, si passa da 49 casi per 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 254 casi per 1000 assistiti nella fascia 70-79 per poi diminuire leggermente negli ultra85enni).

L'analisi per ASL di residenza mette in luce come, nel 2018, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: l'ASL di Lecce fa registrare una prevalenza più bassa di quella regionale (1040/00) mentre l'ASL di Foggia presenta un tasso superiore (1230/00).

Dall'analisi dell'andamento temporale della patologia, si evince una crescita della prevalenza dal 2006 al 2011 mentre a partire dal 2012 il valore si attesta intorno a quello dell'anno 2018 (1150/00). Ciascuna ASL ripercorre nel tempo lo stesso andamento temporale della regione Puglia confermando la variabilità tra le ASL stesse: per tutto il periodo osservato, la curva relativa all'ASL di Lecce rimane al di sotto di quella regionale mentre per l'ASL di Foggia si registrano valori al di sopra del dato regionale (**Figura 1.8**).

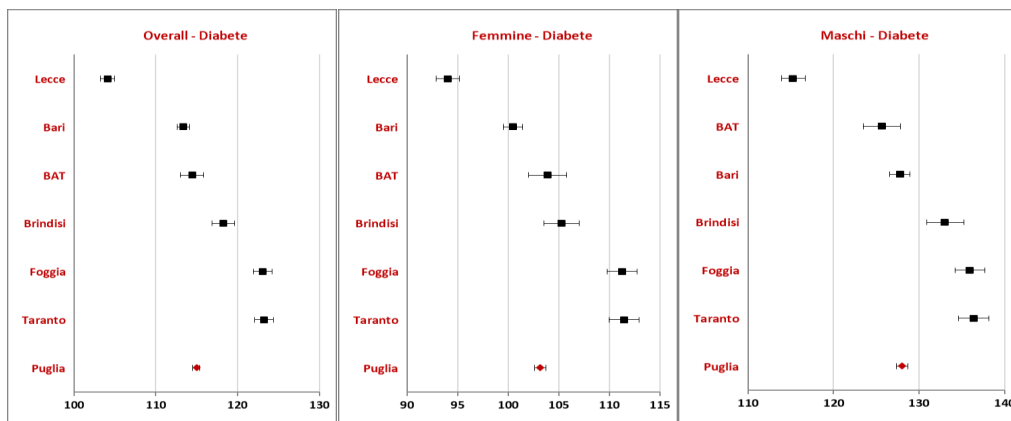
Tabella 1.11 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	28820	118.3	116.9; 119.6	14315	105.3	103.5; 107.0	14505	133.0	130.9; 135.2
Taranto	45471	123.2	122.1; 124.4	22557	111.5	110.0; 112.9	22914	136.4	134.6; 138.1
BAT	24774	114.4	113.0; 115.9	11968	103.9	102.0; 105.8	12806	125.7	123.5; 127.9
Bari	88105	113.4	112.6; 114.1	42544	100.5	99.5; 101.5	45561	127.8	126.6; 128.9
Foggia	45675	123.1	122.0; 124.2	22646	111.3	109.8; 112.8	23029	135.9	134.2; 137.7
Lecce	54754	104.1	103.2; 105.0	27968	94.0	92.9; 95.2	26786	115.3	113.9; 116.7
Regione Puglia	287599	114.9	114.5; 115.4	141998	103.2	102.6; 103.7	145601	128.0	127.4; 128.7

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

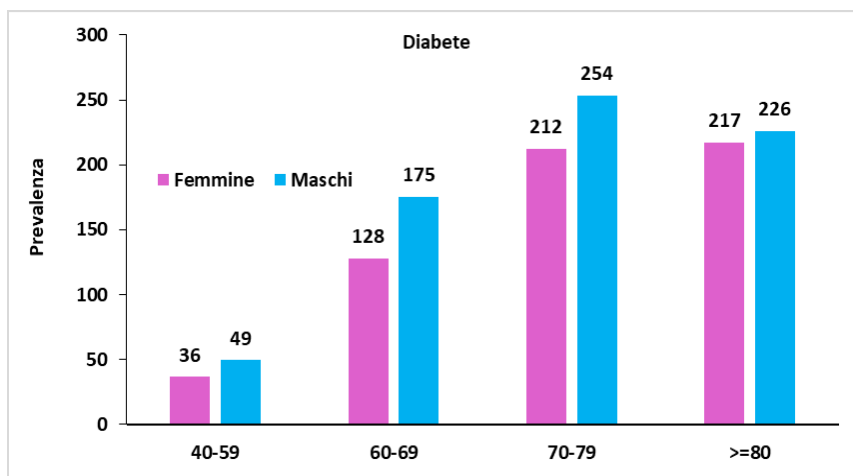
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.7 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018



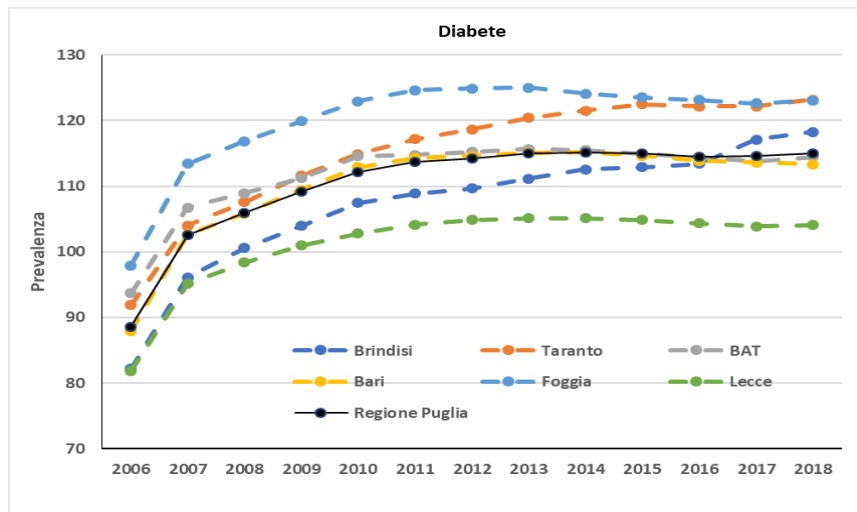
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.8 - Prevalenza del diabete per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.8 – Andamento temporale della prevalenza di diabete per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa, che costituisce non solo una condizione patologica di per sé, ma anche uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, risulta essere una condizione cronica ad elevata prevalenza.

Nel 2018, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 416 casi ogni 1000 assistiti con valori confrontabili nei due sessi (412 tra le donne e 420 tra gli uomini ogni 1000 assistiti).

L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (4480/00) mentre l'asl di BAT quella più bassa (3990/00) (**Tabella 1.12, Figura 1.9**). Questa variabilità tra asl è confermata dalla **figura 1.11** che mostra come l'ASL di Taranto traccia una curva temporale al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl BAT registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra dal 2006 al 2010 raggiungendo un livello che si mantiene costante per il resto del periodo di osservazione.

La **figura 1.10** mostra un approfondimento della prevalenza di ipertensione nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 180 e 210 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 814 e 764 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

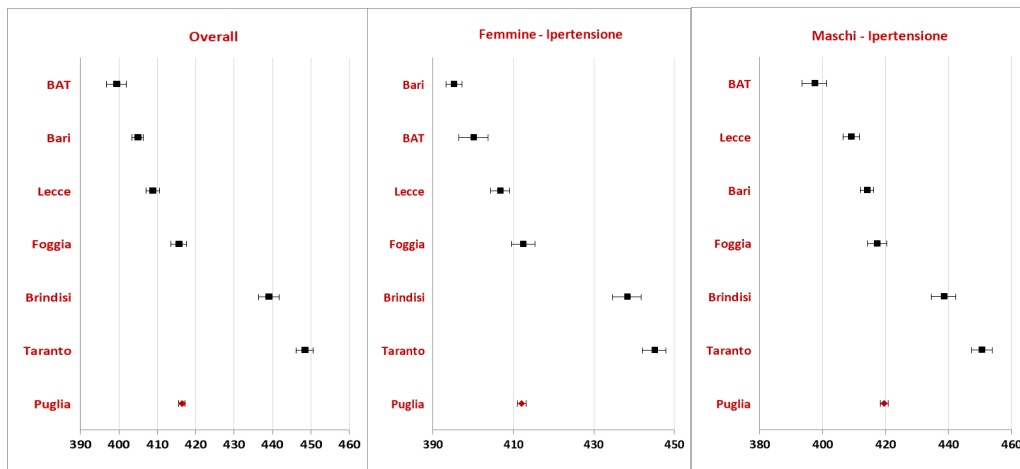
Tabella 1.12 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	106865	439.0	436.4; 441.7	59055	438.2	434.7; 441.8	47810	438.4	434.5; 442.3
Taranto	164890	448.4	446.2; 450.5	89174	445.0	442.1; 448.0	75716	450.6	447.3; 453.8
BAT	87083	399.3	396.7; 402.0	46323	400.0	396.4; 403.7	40760	397.3	393.5; 401.2
Bari	316343	404.9	403.5; 406.3	167559	395.2	393.3; 397.1	14878	414.1	412.0; 416.2
Foggia	154935	415.6	413.5; 417.7	83828	412.5	409.6; 415.3	71107	417.3	414.2; 420.4
Lecce	213962	408.8	407.1; 410.6	118834	406.7	404.4; 409.1	95128	409.0	406.4; 411.6
Regione Puglia	1044078	416.4	415.6; 417.2	564773	412.0	411.0; 413.1	47930	419.5	418.4; 420.7

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

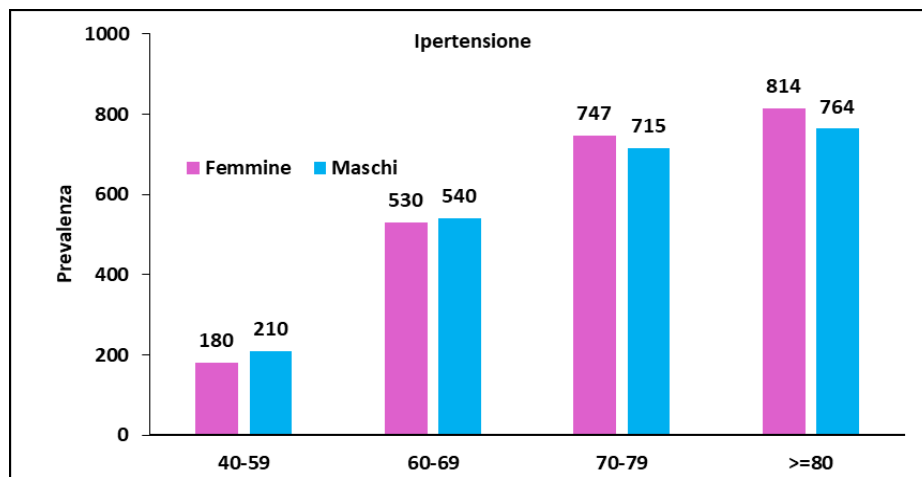
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.9 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018



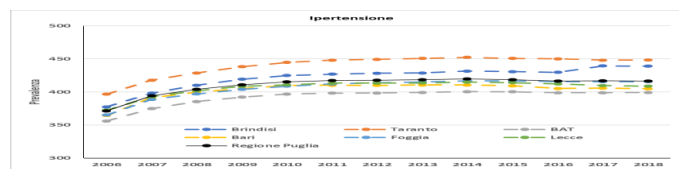
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.10 - Prevalenza dell’ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.11 – Andamento temporale della prevalenza dell’ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria progressiva delle vie aeree con forte impatto sui costi sociali e sanitari sia per la alta prevalenza (circa 20% nella classe di età 65+ anni) sia per le conseguenze invalidanti legate all'insufficienza respiratoria e lo scompenso cardiaco che caratterizzano gli stadi gravi.

Nel 2018, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 66 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (75 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (58 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età (**Tabella 1.13, Figura 1.12**). La **figura 1.13** infatti, mostra un approfondimento della prevalenza (per 1000 persone) con BPCO in Puglia per genere e fascia d'età nella popolazione con 40 anni o più. La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine; nelle fasce di età più elevate (70-79, 80+) i maschi hanno una prevalenza nettamente più alta delle femmine.

Per quanto riguarda l'andamento temporale della patologia, sia nell'intera regione che nelle diverse provincie si registra un andamento ciclico di incremento e decremento della prevalenza con un ultimo triennio (2016-2018) discendente. (**Figura 1.14**)

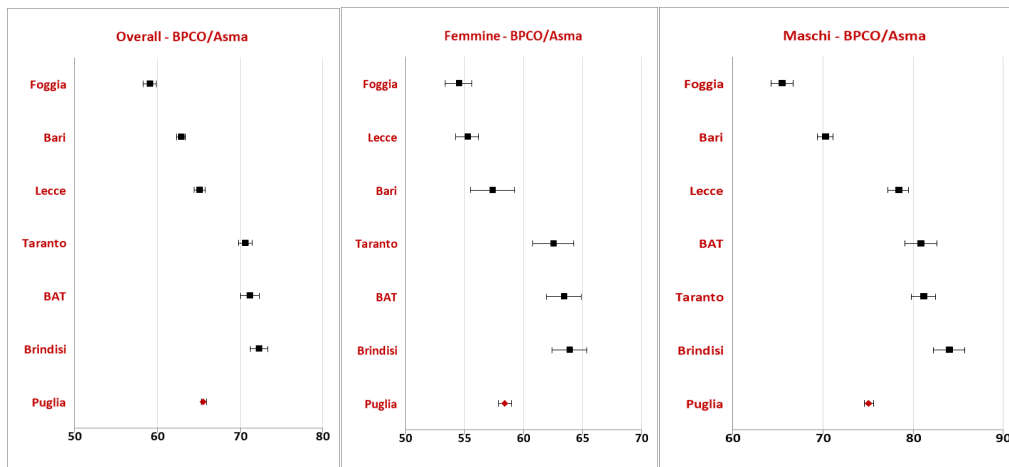
Tabella 1.13 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	17872	72.2	71.2; 73.3	8731	63.9	62.5; 65.3	9141	84.0	82.2; 85.7
Taranto	26492	70.6	69.8; 71.5	12824	62.5	61.4; 63.6	13668	81.1	79.8; 82.5
BAT	15694	71.2	70.1; 72.3	7462	63.4	62.0; 64.9	8232	80.9	79.1; 82.6
Bari	49876	62.9	62.3; 63.4	24680	57.4	56.6; 58.1	25196	70.3	69.4; 71.1
Foggia	22489	59.1	58.3; 59.9	11312	54.5	53.5; 55.5	11177	65.4	64.2; 66.7
Lecce	35060	65.1	64.4; 65.8	16603	55.2	54.4; 56.1	18457	78.3	77.2; 79.5
Regione Puglia	167483	65.6	65.3; 65.9	81612	58.4	58.0; 58.8	85871	75.1	74.6; 75.6

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

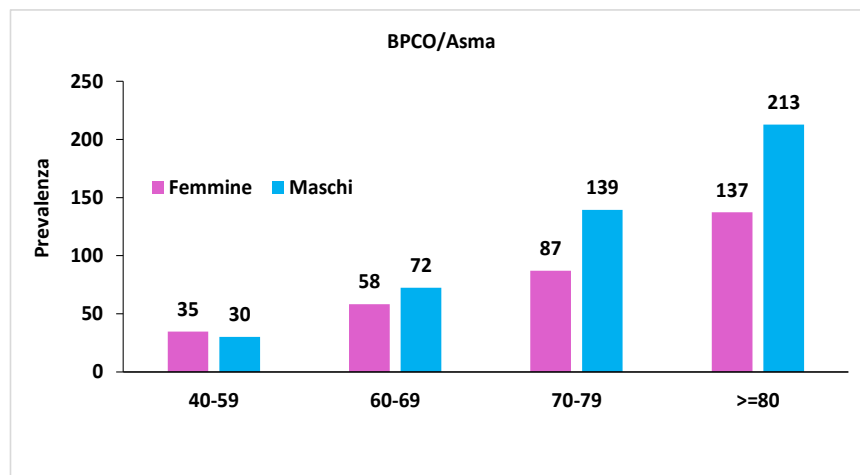
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.12 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2018



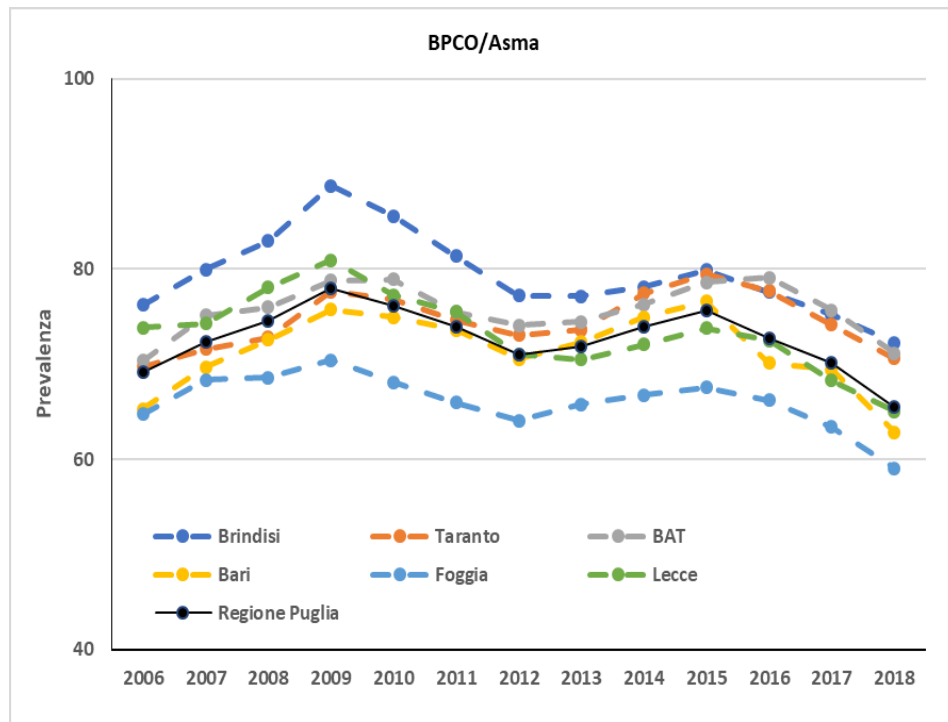
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.13 - Prevalenza della BPCO per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.14 – Andamento temporale della prevalenza della BPCO per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Cardiopatía ipertensiva con Scopenso Cardiaco (CHF)

Nel 2018, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 98 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (95 tra le donne e 100 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). (**Tabella 1.14, Figura 1.15**). La **figura 1.16** mostra un approfondimento della prevalenza di scompenso cardiaco nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 20 e 28 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 319 e 289 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nell'anno 2018, l'Asl di Taranto registra la prevalenza più alta (1120/00) mentre l'asl di Bari quella più bassa (890/00) (**Tabella 1.20**). Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.7 che mostra come l'ASL di Taranto traccia nel tempo una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl di Bari registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra per tutto il periodo di osservazione (dal 2006 al 2018).

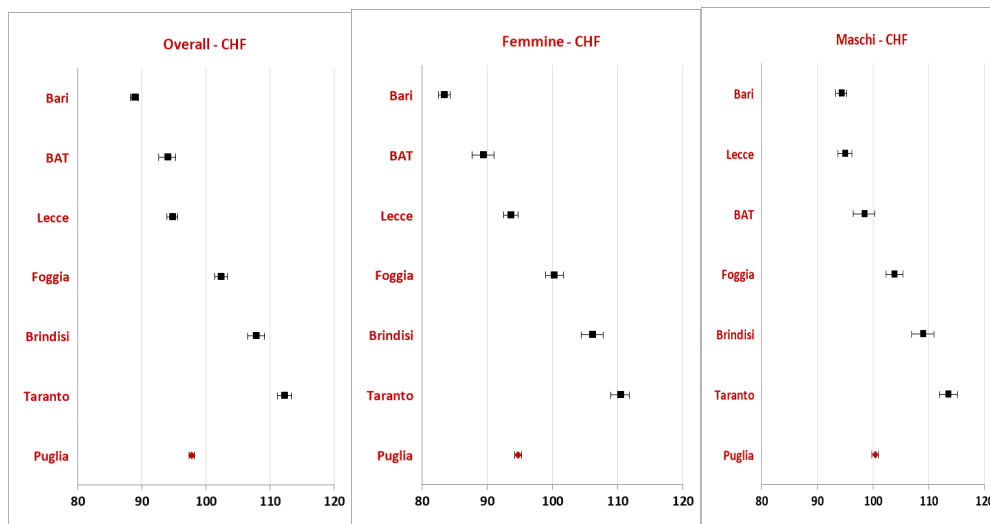
Tabella 1.14 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

ASL	Totale			Femmine			Maschi		
	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	27126	107.8	106.5; 109.1	15265	106.1	104.4; 107.8	11861	108.9	107.0; 110.9
Taranto	42604	112.2	111.2; 113.3	23510	110.4	108.9; 111.8	19094	113.5	111.9; 115.1
BAT	20562	93.9	92.6; 95.2	10684	89.3	87.6; 91.0	9878	98.4	96.4; 100.3
Bari	71227	88.8	88.1; 89.4	37660	83.4	82.5; 84.3	33567	94.3	93.3; 95.3
Foggia	39531	102.3	101.3; 103.3	21874	100.2	98.9; 101.6	17657	103.8	102.3; 105.3
Lecce	52002	94.7	93.9; 95.6	29736	93.6	92.5; 94.7	22266	94.9	93.6; 96.1
Regione Puglia	253052	97.8	97.4; 98.1	138729	94.7	94.2; 95.2	114323	100.4	99.8; 100.9

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

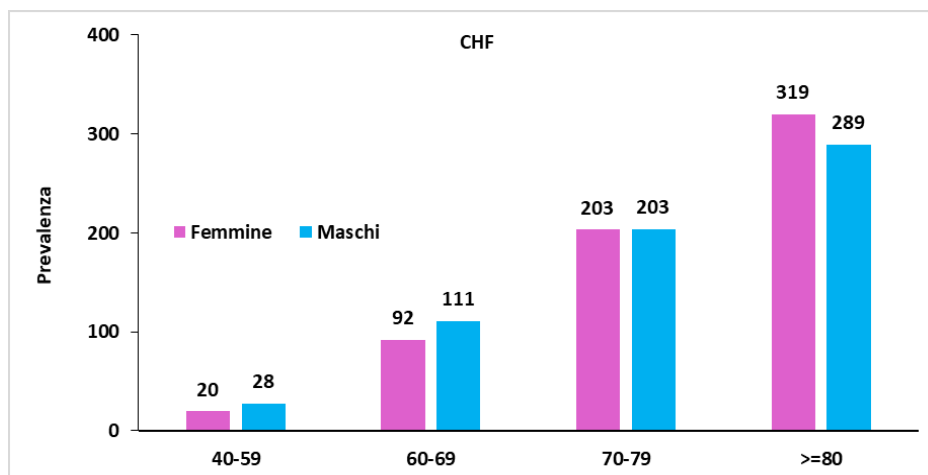
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.15 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018



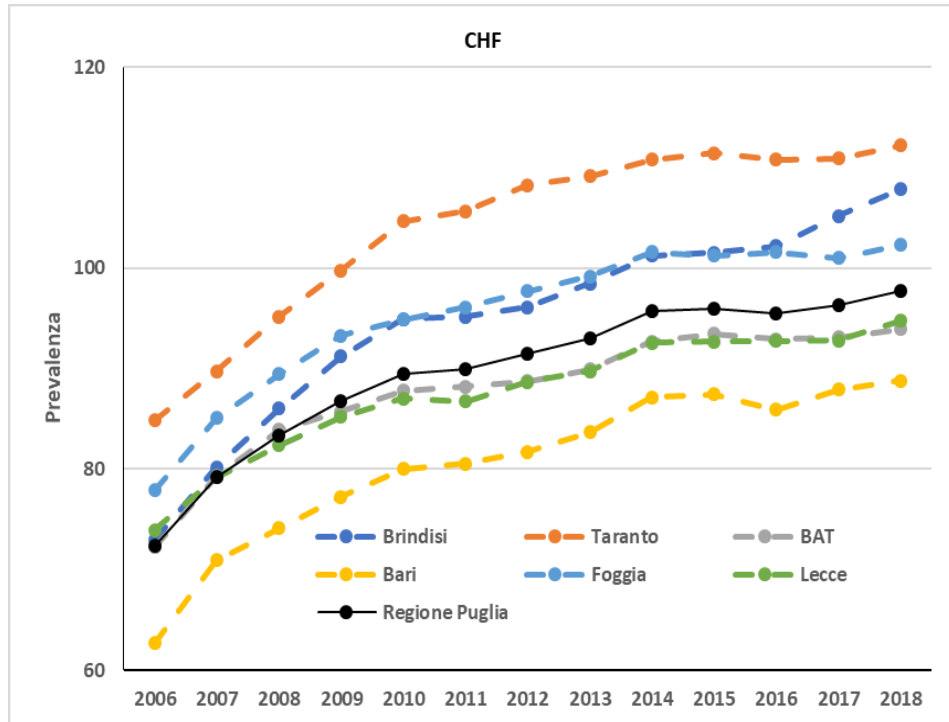
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.16 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.17 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

1.1.2.3 Tumori

Sono stati elaborati i dati del Registro Tumori Puglia (RTP) relativi al periodo 2014-2017 per le seguenti sedi di tumore: tutti i tumori maligni, colon retto e ano, stomaco, trachea bronchi e polmone, vescica (maligno), tiroide, mammella, utero (corpo), ovaio e prostata.

Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti (standard: Popolazione europea 2013) e i rapporti standardizzati di incidenza (SIR, pool: RTP 2014-2017) per diversi livelli di aggregazione territoriale.

Tutti i tumori maligni

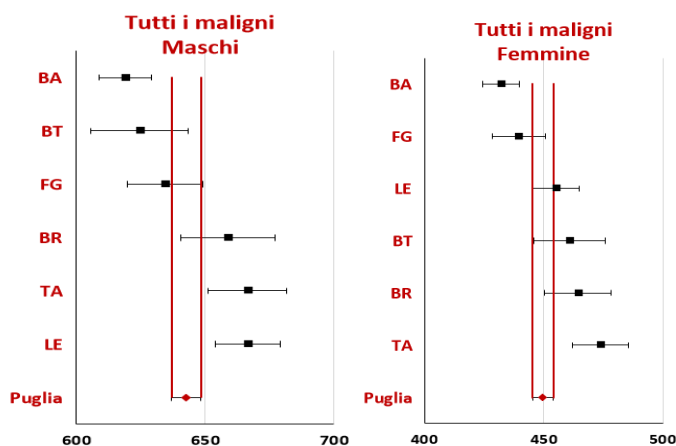
I tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 per tutti i tumori risultano più alti negli uomini rispetto alle donne. Nella regione Puglia per entrambi i generi l'incidenza di tumori maligni è più bassa tra i residenti della provincia di Bari ed è significativamente al di sotto della media regionale. Nel sesso maschile l'incidenza più alta si registra a Lecce, con un tasso molto simile a quello della provincia di Taranto, mentre nel sesso femminile a Taranto (**Tabella 1.15 e Figura 1.18**). In entrambi i casi le differenze sono statisticamente significative.

Tabella 1.15 – Tassi standardizzati di incidenza per tutti i tumori maligni per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUTTI I TUMORI MALIGNI						
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)						
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
Puglia	642,7	637,0	648,4	449,6	445,2	454,0
BA	619,1	609,0	629,2	432,1	424,3	439,8
BR	658,9	640,6	677,3	464,4	450,4	478,3
BT	624,7	605,7	643,6	460,9	446,0	475,7
FG	634,6	620,1	649,2	439,5	428,4	450,6
LE	666,6	653,8	679,4	455,1	445,5	464,7
TA	666,5	651,2	681,7	473,6	461,9	485,4

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Figura 1.18 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Nel periodo 2014-2017 si registrano significativi eccessi di rischio di diagnosi di tumore maligno negli uomini e nelle donne della provincia di Taranto, negli uomini della provincia di Lecce e nelle donne nella provincia di Brindisi (SIR >1, Tabella 1.16). A Bari si sviluppano meno casi di tumore dell'atteso per entrambi i sessi (SIR<1).

Tabella 1.16 - SIR di tutti i tumori escluso cute e SNC non maligno per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUTTI I TUMORI ESCLUSO CUTE E SNC NON MALIGNO STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR) POOL RTP 2014-2017						
Provincia	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
BA	0.93	0.93	- 0.94	0.96	0.94	- 0.97
BR	1.03	1.00	- 1.06	1.04	1.01	- 1.07
BT	0.97	0.94	- 1.00	1.03	0.99	- 1.06
FG	0.99	0.96	- 1.01	0.98	0.95	- 1.00
LE	1.04	1.02	- 1.10	1.01	0.99	- 1.03
TA	1.04	1.01	- 1.06	1.05	1.02	- 1.08

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

1.1.3 Quadro normativo

L'evoluzione normativa degli ultimi anni ha determinato una significativa modifica del contesto di riferimento sia in relazione ai vincoli di finanza pubblica, sia in relazione ai vincoli organizzativi e agli standard dei servizi sanitari, in un'ottica di razionalizzazione del sistema ospedaliero e di capillare diffusione e miglioramento qualitativo dell'assistenza territoriale.

Con il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 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".

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 è stato approvato il "Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018" .

Con il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23 la Regione Puglia ha approvato il "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017", dopo aver acquisito il parere favorevole dal parte del Ministero della Salute.

Con la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Pertanto con le deliberazioni di Giunta regionale n. 525/2020, n. 827 del 24/05/2021 e ss.mm.ii è stata definita la Rete Ospedaliera COVID della Regione Puglia.

Con il Regolamento regionale 20 agosto 2020, n. 14 è stata potenziata la rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, a parziale modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019.

Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1215/2020, n. 1415/2021 e n. 528/2022 sono state fornite ulteriori indicazioni per il potenziamento della rete ospedaliera, prevedendo l'incrementando i posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, fino al raggiungimento dello standard massimo previsto dal D.M. n. 70/2015. Si intende raggiungere lo standard massimo ministeriale, incrementando ulteriormente i posti letto già programmati con il Regolamento regionale n. 23/2019, così come di seguito riportato:

- ✓ n. 474 posti letto di acuzie;
- ✓ n. 123 posti letto di riabilitazione;
- ✓ n. 658 posti letto di lungodegenza.

1.1.4 Quadro della mobilità attiva e passiva

In **tabella 1.17** sono riportati i volumi dei ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi (Dati AReSS Puglia, 2011-2019): il numero dei ricoveri fuori regione si è ridotto nel tempo passando da 63.135 nel 2011 a 56.738 nel 2019 con una riduzione del 10.1%.

Tabella 1.17 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2012-2019)

ANNO	totale	% rispetto anno precedente	IN REGIONE	% sultotale	% rispetto anno precedente	FUORI REGIONE	% sultotale	% rispetto anno precedente
2011	832.507	-7.90%	769.372	92.4%	-8.20%	63.135	7.6%	-3.50%
2012	740.015	-11.11%	680.495	92.0%	-11.55%	59.520	8.0%	-5.73%
2013	695.841	-5.97%	636.777	91.5%	-6.42%	59.064	8.5%	-0.77%
2014	657.878	-5.46%	602.059	91.5%	-5.45%	55.819	8.5%	-5.49%
2015	614.279	-6.63%	555.753	90.5%	-7.69%	58.526	9.5%	4.85%
2016	573.268	-6.68%	515.624	89.9%	-7.22%	57.644	10.1%	-1.51%
2017	542.804	-5.31%	484.544	89.3%	-6.03%	58.260	10.7%	1.07%
2018	523.646	-3.53%	465.808	89.0%	-3.87%	57.838	11.0%	-0.72%
2019	(*)) 505.851	-3.40%	449.113	88.8%	-3.58%	56.738	11.2%	-1.90%

(*) Nella mobilità passiva 2019 sono presenti n. 763 casi per i quali non è stato possibile attribuire una corretta residenza, per cui probabilmente si tratta di errori di attribuzione. Questi casi sono stati cercati in anagrafe, restano comunque 55 record con residenza non attribuibile.

La mobilità passiva extraregionale è principalmente indirizzata verso le regioni del nord con una preferenza verso la regione Lombardia (25.8%) ed Emilia Romagna (17.4%).

Analizzando i dati relativi all'anno 2019, si evidenzia come, nell'intera regione Puglia, il 77% dei ricoveri avviene nella stessa ASL di residenza (autoconsumo), il 12% dei ricoveri avviene in una ASL diversa (mobilità passiva interregionale) mentre l'11% al di fuori della regione (mobilità passiva extraregionale). Per quanto riguarda la mobilità passiva interregionale, vi è una profonda variabilità tra ASL: la BAT presenta una percentuale molto alta di ricoveri fuori dalla propria asl (36%) mentre l'asl di Foggia si attesta al 3%. Per quanto riguarda la mobilità passiva extraregionale, il dato rimane piuttosto omogeneo tra le diverse asl con una percentuale vicina al dato regionale.

Per quanto riguarda i ricoveri effettuati in regione Puglia, il 36.6% sono ricoveri chirurgici mentre il 63.4% sono di tipo medico. Questa proporzione cambia quando si guarda ai ricoveri fuori regione: la proporzione di

ricoveri chirurgici è ben più alta e raggiunge il 57.3%.

Se si guarda ai gruppi diagnostici principali, in proporzione al totale dei ricoveri di ciascuna categoria, i ricoveri fuori regione avvengono più frequentemente per i disturbi muscolari, ossei e del tessuto connettivo (23.4%), per i disturbi del metabolismo (20.7%) e per i disturbi dell'occhio (19.8%).

L'analisi per DRG conferma quanto già evidenziato: la mobilità extraregionale passiva avviene per ricoveri chirurgici che riguardano sostituzioni di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (4% sul totale dei ricoveri), interventi sul piede (3%). A seguire, ricoveri medici che afferiscono all'area del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.

Analizzando nello specifico il numero di ricoveri per interventi chirurgici per i tumori più frequenti o che presentano maggiori criticità, si evidenzia un'alta percentuale di interventi fuori regione per il tumore del pancreas (30.5%), i tumori dell'utero (18.7%) e del polmone (15.2%), mentre la quasi totalità degli interventi per tumore del colon avviene in Puglia (92.2%). Le asl di Bari e Foggia presentano le percentuali più alte di interventi nella propria asl per tutti i tumori analizzati.

1.2 La strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.2.1 Correlazione tra quadro epidemiologico/analisi della domanda e della offerta e documento programmatico

Il quadro epidemiologico e l'analisi della domanda e della offerta, nonché dei flussi di mobilità passiva illustrati nei paragrafi precedenti evidenziano che, a fronte di indicatori regionali di salute complessivamente in linea con i valori nazionali, si registrano alcune criticità che richiedono di intervenire sul modello di offerta per il potenziamento di alcune aree assistenziali.

A fronte di tale profilo epidemiologico, si osserva un'elevata mobilità passiva extraregionale con specifico riferimento all'area chirurgica, evidenziando l'esigenza di ridisegnare l'assetto del modello di offerta in modo da essere in grado di corrispondere al bisogno di salute espresso dai diversi territori pugliesi.

Dal punto di vista della programmazione ciò richiede **due ordini contestuali di intervento**:

- 1) **Potenziare l'offerta di assistenza territoriale e di prossimità**, in grado di prendere in carico lo specifico bisogno assistenziale espresso dai pazienti con cronicità, particolarmente rilevante nella Regione Puglia.
- 2) **Ristrutturare la rete ospedaliera** in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di governo e razionalizzazione dei percorsi.

L'analisi dei dati di utilizzo della rete esistente fa registrare una dispersione dei punti di erogazione: ciò comporta per molte strutture il mancato raggiungimento degli standard di volumi di attività ottimali corrispondenti agli esiti migliori e un disorientamento dei pazienti che, pur in presenza di un'offerta regionale, continuano a rivolgersi a presidi extraregionali, soprattutto per il ricorso agli interventi chirurgici.

I dati pertanto suggeriscono un orientamento dei pazienti a selezionare i luoghi di diagnosi e cura non in funzione della prossimità ma in funzione della qualità attesa dell'assistenza, che si determina in funzione della completezza dell'offerta garantita nella singola struttura, dell'adeguatezza degli spazi, della disponibilità di tecnologia e strumentazione.

Emerge pertanto 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, con gli inevitabili disagi che essa comporta.

La programmazione territoriale regionale alla luce del DM “Assistenza territoriale”

Con la Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n.102 del 3-5-2022 il Consiglio dei Ministri ha dato il via libera alla delibera sostitutiva sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni sul citato Regolamento.

Nella delibera si fa riferimento alla necessità che il Dm 70/2015 sugli standard ospedalieri sia accompagnato “dal potenziamento dei servizi territoriali in modo uniforme sul territorio nazionale mediante la definizione di appositi standard”.

Il Governo richiama poi il rapporto della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica del 2020, in cui viene ribadito che: “nonostante l'aumento di attività degli anni più recenti sembra confermarsi ancora, non solo nelle aree più deboli del Paese, una sostanziale debolezza e limitazione della rete territoriale per riuscire a far fronte alle necessità della popolazione in condizioni di non autosufficienza e di quella per la quale la gravità delle condizioni o la cronicizzazione delle malattie richiederebbero una assistenza al di fuori delle strutture di ricovero. Debolezza che ha fortemente pesato sulla gestione dell'emergenza sanitaria” e che per questo vi è “*la necessità e l'urgenza, superata la crisi, di accompagnare un più corretto utilizzo delle strutture di ricovero con il potenziamento di quelle strutture territoriali (Case della salute, ...) che possono essere in grado di dare una risposta continua a quei bisogni sanitari non così gravi e intensi da trovare collocazione in ospedale mantenendo tuttavia un forte legame con le strutture di ricovero. Riorganizzazione delle attività dei medici di medicina generale, reti specialistiche multidisciplinari, oltre che il potenziamento ulteriore di ADI e assistenza residenziale, rappresentano una scelta obbligata verso la quale si è mosso anche con Piano nazionale della cronicità, proponendo nuovi modelli organizzativi centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate e delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie*”.

Il D.M. n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” aveva già chiarito che tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona, stabilendo l'obiettivo di portare gradualmente al 3,7% abitanti il numero di posti letto per pazienti acuti e post-acuti (lungodegenze e riabilitazione).

L'attuale evoluzione epidemiologica in campo sanitario è caratterizzata dall'esplosione di forme morbose e cronico-degenerative, queste ultime, in particolare nel settore cardiovascolare e pneumologico, soggette a frequenti episodi di riacutizzazione e instabilizzazione. Nei prossimi 30-40 anni, sia per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza crescente delle età oltre i 65 anni sia per il migliore trattamento delle fasi acute delle forme morbose con conseguente riduzione della mortalità precoce, si andrà incontro ad un rilevante incremento della prevalenza nella popolazione totale di queste forme cliniche cronico-degenerative (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, Bpco, insufficienza renale, vasculopatie cerebrali e periferiche, malattia di Alzheimer, etc.) spesso coesistenti tra loro.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

In questa logica, è necessario costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è

quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita. In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative.

Si consideri, inoltre, che una corretta integrazione ospedale –territorio consentirebbe di ridurre gli accessi inappropriati in Pronto soccorso che, nella Regione Puglia, circa il 70% è rappresentato da codici verdi.

Al fine di garantire equità, continuità ed omogeneità di accesso alle prestazioni sanitarie e servizi di qualità per tutti i cittadini è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato ed in termini di rete di Ospedali, coordinata e integrata con la complessità delle altre strutture ed attività presenti nel Territorio.

Il modello della rete in definitiva sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture diverse. Ciò risulta utile:

- per garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale/Ospedale e Ospedale/Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto malato;
- per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;
- per ricomporre due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

Pertanto, il percorso di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e, dunque, della integrazione ospedale – territorio si inserisce nell'attività di qualificazione dell'offerta sanitaria, già avviata negli anni dalla Regione Puglia e che richiede ulteriori sviluppi per le motivazioni sopra espresse. A tal proposito si richiamano i principali atti di programmazione:

- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;
- il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;
- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 "Approvazione documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale".

In particolare, la Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10/03/2020, in ottemperanza a quanto previsto dal Programma Operativo 2016-2018, ha approvato il Documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia".

La necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e, in tal senso, il Decreto Rilancio, D.L. 34/2020, coordinato con modificazioni dalla legge 77/2020, contiene all'art. 1 disposizioni volte a rafforzare l'assistenza sanitaria e socioassistenziale territoriale.

Il potenziamento della rete assistenziale territoriale si deve anche all'accelerazione delle previsioni contenute nel nuovo Patto per la Salute 2019-2021 dedicate allo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute relative alla rete territoriale, alle quali sono state aggiunte nuove misure alla luce della pandemia.

Infine, un'attenzione particolare si intende dedicare alle cure domiciliari e alla Telemedicina.

Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019, alla scheda 8 prevede la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare e, nell'ambito dell'assistenza territoriale, concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socioassistenziale, garantendo l'integrazione con i servizi socioassistenziali.

Le cure domiciliari costituiscono una componente cruciale dell'assistenza territoriale, che il DL 34/2020 (Decreto Rilancio) intende potenziare con uno stanziamento di risorse importante finalizzato a privilegiare, quando possibile, percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, con ciò diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sia nelle strutture residenziali territoriali).

Le cure domiciliari integrate, ai sensi del DL 34/2020, sono rivolte sia ai pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento domiciliare sia a tutti i "soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, di terapia del dolore e, in generale, per le situazioni di fragilità".

Con successivo provvedimento di Giunta si provvederà ad approvare lo schema di Regolamento volto a disciplinare l'Assistenza Domiciliare. Occorre, infatti, rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, affetti da malattie rare e, in generale, per le situazioni di fragilità.

Per quanto attiene, invece, la Telemedicina, con la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale" è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni n.215/CSR del 17 dicembre 2020 recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" ed è stato approvato il documento predisposto dall'Agenzia Regionale A.Re.S.S., di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 7/4/2021.

Nel contesto della pandemia da Covid-19, è stato necessario ripensare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale anche per quanto concerne l'attivazione degli strumenti di sanità digitale per un servizio sanitario più in linea con le necessità individuali e dell'organizzazione.

In questo momento storico è essenziale un rinnovamento organizzativo e culturale che sia una diffusa e uniforme traduzione operativa dei principi di primary health care raccomandati dall'OMS e l'organizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale e l'empowerment del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari; l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professionisti sanitarie, la tele referral e rappresentano un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 tuttora in corso ha acuito una serie di criticità già presenti nel nostro sistema sanitario, rendendo evidente l'urgenza di intervenire nel miglioramento di diversi processi così come la necessità di introdurre nuovi modelli di presa in carico del paziente a livello territoriale, in particolare per la gestione dei pazienti cronici e fragili.

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa appunto di **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina**

CASE DI COMUNITA'			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	COMUNE	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL BARI	ALTAMURA	ALTAMURA	
	CONVERSANO	CONVERSANO	
	MONOPOLI	MONOPOLI	
	GIOIA DEL COLLE	GIOIA DEL COLLE	
	GRAVINA IN PUGLIA	GRAVINA IN PUGLIA	
	GIOVINAZZO	GIOVINAZZO	
	RUVO DI PUGLIA	RUVO DI PUGLIA	
	PUTIGNANO	PUTIGNANO	
	POLIGNANO A MARE	POLIGNANO A MARE	
	PALO DEL COLLE	PALO DEL COLLE	
	NOICATTARO	NOICATTARO	
	GRUMO APPULA	GRUMO APPULA	
	MODUGNO	MODUGNO	
	CASAMASSIMA	CASAMASSIMA	
	TRIGGIANO	TRIGGIANO	
	TORITTO	TORITTO	
	TERLIZZI	TERLIZZI	
	RUTIGLIANO	RUTIGLIANO	
	NOCI	NOCI	
	BITONTO	BITONTO	
	BARI	BARI	
	BARI	BARI	
	BARI	BARI	
	BARI	BARI	
	BARI	BARI	
	BARI	BARI	
	ACQUAVIVA DELLE FONTI	ACQUAVIVA DELLE FONTI	
	CASSANO DELLE MURGE	CASSANO DELLE MURGE	
	BITETTO	BITETTO	
	SANNICANDRO DI BARI	SANNICANDRO DI BARI	
	CORATO	CORATO	
	BITRITTO	BITRITTO	
	SANTERAMO IN COLLE	SANTERAMO IN COLLE	
MOLA DI BARI	MOLA DI BARI		
CASTELLANA GROTTA	CASTELLANA GROTTA		
MOLFETTA	MOLFETTA		
VALENZANO	VALENZANO		
ASL BT	TRANI	TRANI	
	SPINAZZOLA	SPINAZZOLA	
	SAN FERDINANDO DI PUGLIA	SAN FERDINANDO DI PUGLIA	
	BARLETTA	BARLETTA	
	ANDRIA	ANDRIA	
	CANOSA DI PUGLIA	CANOSA DI PUGLIA	

	BISCEGLIE	BISCEGLIE	
	MARGHERITA DI SAVOIA	MARGHERITA DI SAVOIA	
	TRINITAPOLI	TRINITAPOLI	
ASL BRINDISI	SAN VITO DEI NORMANNI	SAN VITO DEI NORMANNI	
	VILLA CASTELLI	VILLA CASTELLI	
	CISTERNINO	CISTERNINO	
	OSTUNI	OSTUNI	
	SAN MICHELE SALENTINO	SAN MICHELE SALENTINO	
	BRINDISI	BRINDISI	
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	SAN PANCRAZIO SALENTINO	
	TORRE SANTA SUSANNA	TORRE SANTA SUSANNA	
	FRANCAVILLA FONTANA	FRANCAVILLA FONTANA	

CASE DI COMUNITA'			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	COMUNE	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL FOGGIA	TORREMAGGIORE	TORREMAGGIORE	
	TROIA	TROIA	
	MONTE SANT'ANGELO	MONTE SANT'ANGELO	
	CARPINO	CARPINO	
	SAN MARCO IN LAMIS	SAN MARCO IN LAMIS	
	LUCERA	LUCERA	
	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO	
	RODI GARGANICO	RODI GARGANICO	
	ORSARA DI PUGLIA	ORSARA DI PUGLIA	
	PIETRAMONTECORVINO	PIETRAMONTECORVINO	
	CERIGNOLA	CERIGNOLA	
	FOGGIA	FOGGIA	
	SAN PAOLO DI CIVITATE	SAN PAOLO DI CIVITATE	
	SERRACAPRIOLA	SERRACAPRIOLA	
	SAN GIOVANNI ROTONDO	SAN GIOVANNI ROTONDO	
	PESCHICI	PESCHICI	
	VIESTE	VIESTE	
	ACCADIA	ACCADIA	
	APRICENA	APRICENA	
	CAGNANO VARANO	CAGNANO VARANO	
	MANFREDONIA	MANFREDONIA	
	BICCARI	BICCARI	
	ROCCHETTA SANT'ANTONIO	ROCCHETTA SANT'ANTONIO	
	STORNARELLA	STORNARELLA	
	BOVINO	BOVINO	
	FOGGIA	FOGGIA	
	CANDELA		CANDELA

CASE DI COMUNITA'			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	COMUNE	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL LECCE	OTRANTO	OTRANTO	
	CASTRIGNANO DEL CAPO	CASTRIGNANO DEL CAPO	
	UGENTO	UGENTO	
	VERNOLE	VERNOLE	
	TAURISANO	TAURISANO	
	SURBO	SURBO	
	SANNICOLA	SANNICOLA	
	ZOLLINO	ZOLLINO	
	GALATONE	GALATONE	
	LECCE	LECCE	
	TAVIANO	TAVIANO	
	COPERTINO	COPERTINO	
	PORTO CESAREO	PORTO CESAREO	
	MONTERONI DI LECCE	MONTERONI DI LECCE	
	NOCIGLIA	NOCIGLIA	
	ARADEO	ARADEO	
	MELENDUGNO	MELENDUGNO	
	MATINO	MATINO	
	VEGLIE	VEGLIE	
	SQUINZANO	SQUINZANO	
RACALE	RACALE		
CAVALLINO	CAVALLINO		
PRESICCE - ACQUARICA	PRESICCE - ACQUARICA		
SANTA CESAREA TERME	SANTA CESAREA TERME		

CASE DI COMUNITA'			
AZIENDA SANITARIA LOCALE	COMUNE	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL TARANTO	MASSAFRA	MASSAFRA	
	TARANTO	TARANTO	
	GINOSA	GINOSA	
	MARTINA FRANCA	MARTINA FRANCA	
	LATERZA	LATERZA	
	GROTTAGLIE	GROTTAGLIE	
	MOTTOLA	MOTTOLA	
	CASTELLANETA	CASTELLANETA	
	SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE	SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE	
	MARUGGIO	MARUGGIO	
	CRISPIANO	CRISPIANO	
	MANDURIA	MANDURIA	
	SAVA	SAVA	
	PALAGIANO	PALAGIANO	
	SAN GIORGIO IONICO	SAN GIORGIO IONICO	
	PULSANO	PULSANO	
	TORRICELLA	TORRICELLA	
TALSANO		TALSANO	

OSPEDALI DI COMUNITA'			
ASL	Comune	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
	BITONTO	BITONTO	
	GRUMO APPULA		GRUMO APPULA
	MODUGNO		MODUGNO
	VALENZANO		VALENZANO
	MONOPOLI		MONOPOLI
	NOCI	NOCI	
	RUTIGLIANO	RUTIGLIANO	
	CASAMASSIMA	CASAMASSIMA	
	RUVO DI PUGLIA	RUVO DI PUGLIA	
	GRAVINA IN PUGLIA	GRAVINA IN PUGLIA	
	CONVERSANO	CONVERSANO	
	ALTAMURA	ALTAMURA	
	BARI	BARI	BARI
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	MARGHERITA DI SAVOIA	MARGHERITA DI SAVOIA	
	MINERVINO MURGE	MINERVINO MURGE	
	BARLETTA	BARLETTA	
	SPINAZZOLA	SPINAZZOLA	
	TRANI	TRANI	
	ANDRIA	ANDRIA	
ASL BRINDISI	CISTERNINO	CISTERNINO	
	FASANO	FASANO	
	CEGLIE MESSAPICA		CEGLIE MESSAPICA
	MESAGNE	MESAGNE	
	LATIANO	LATIANO	
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	SAN PANCRAZIO SALENTINO	
	BRINDISI	BRINDISI	

OSPEDALI DI COMUNITA'			
ASL	Comune	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
	SAN NICANDRO GARGANICO	SAN NICANDRO GARGANICO	
	SAN MARCO IN LAMIS	SAN MARCO IN LAMIS	
	VOLTURINO	VOLTURINO	
	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO	
	PANNI		PANNI
	VIESTE	VIESTE	
	TORREMAGGIORE		TORREMAGGIORE
	MONTE SANT'ANGELO	MONTE SANT'ANGELO	
ASL FOGGIA	FOGGIA	FOGGIA	
	NARDÒ	NARDÒ	
	MAGLIE	MAGLIE	
	GAGLIANO DEL CAPO	GAGLIANO DEL CAPO	
	CAMPI SALENTINA	CAMPI SALENTINA	
	SAN CESARIO DI LECCE	SAN CESARIO DI LECCE	
	POGGIARDO	POGGIARDO	
ASL LECCE	CASTELLANETA	CASTELLANETA	
	TARANTO		TARANTO
	MANDURIA		MANDURIA
	GINOSA	GINOSA	
	MASSAFRA	MASSAFRA	
	MARTINA FRANCA	MARTINA FRANCA	
	ASL TARANTO		

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) finanziate con fondi PNRR	
AZIENDA SANITARIA LOCALE	Comune
ASL BARI	BITONTO
	GRUMO APPULA
	SANTERAMO IN COLLE
	CASAMASSIMA
	MODUGNO
	BARI
	RUVO DI PUGLIA
	MONOPOLI
	VALENZANO
	RUTIGLIANO
	GIOVINAZZO
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	NOCI
	ANDRIA
	MINERVINO MURGE
	BARLETTA
	TRANI
ASL BRINDISI	MARGHERITA DI SAVOIA
	FASANO
	MESAGNE
	BRINDISI
ASL FOGGIA	FRANCAVILLA FONTANA
	MANFREDONIA
	FOGGIA
	SAN SEVERO
	CERIGNOLA
	LUCERA
ASL LECCE	TROIA
	GALATINA
	GAGLIANO DEL CAPO
	CAMPI SALENTINA
	NARDÒ
	LECCE
	MAGLIE
ASL TARANTO	CASARANO
	GINOSA
	TARANTO
	GROTTAGLIE
	MASSAFRA
ASL TARANTO	MARTINA FRANCA
	MANDURIA

Component 1

1.3 La programmazione territoriale regionale finanziata dal PNRR per l'assistenza sanitaria territoriale.

Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari

Gli investimenti del PNRR saranno dunque orientati a potenziare servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio, anche nelle stesse abitazioni dei pazienti (per esempio tramite la telemedicina), limitando il trattamento ospedaliero solo quando realmente necessario.

Gli strumenti individuati sono le cure a domicilio (home care) con lo sviluppo della **telemedicina, le case di comunità e gli Ospedali di comunità**. Lo sviluppo di questa nuova strategia sanitaria dovrà necessariamente passare attraverso un miglioramento della diagnostica, sia in termini di strumentazione e sia di utilizzo, la formazione e l'aggiornamento del personale e il puntuale coordinamento tra le diverse strutture di cura.

In particolare:

1. **Case della Comunità.** Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.
2. **Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare.** L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10 per cento riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:
 - identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
 - realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
 - attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
3. **Sviluppo delle cure intermedie.** L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a

media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

Sulla base di questi principi, la Regione Puglia ha individuato espressamente le strutture da collocare sul territorio, tenuto conto anche delle condizioni epidemiologiche e della orografia delle province pugliesi (in particolare Lecce e Foggia). Si riporta, di seguito la rete assistenziale territoriale delle strutture sanitarie che la Regione Puglia intende realizzare, avvalendosi del finanziamento PNRR nonché di altre fonti di finanziamento.

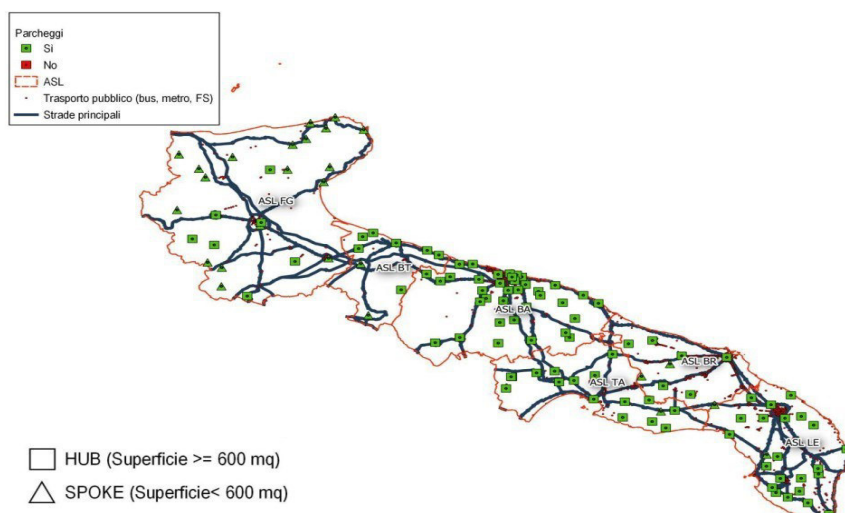
C1 Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona

DGR n. 134 del 15.02.2022 è stato definito il seguente standard di riferimento

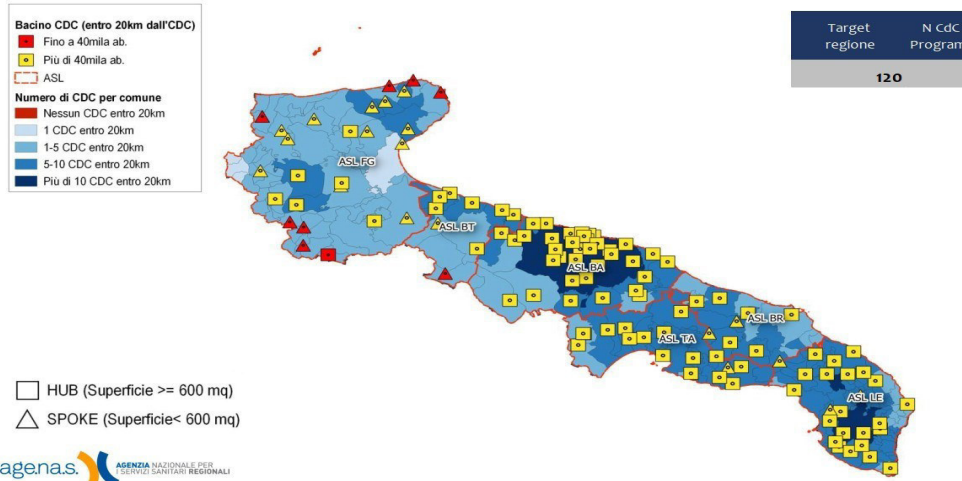
- 1 ogni 40.000-50.000 abitanti

La distribuzione delle Case di Comunità su tutto il territorio regionale, con particolare riferimento ai territori delle aree interne e svantaggiate, consente di assicurare la prossimità delle cure a tutti i cittadini.

Accessibilità



Mappa della copertura e bacino di utenza



In Puglia con i Fondi del PNRR saranno realizzate n. 121 Case di Comunità così ripartite:

Ente SSR	Numero CdC programmate	Finanziamento PNRR €
Azienda Sanitaria locale di Bari	36	50.248.000
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	9	10.442.447
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	9	17.014.080
Azienda Sanitaria locale di Foggia	26	18.601.500
Azienda Sanitaria locale di Lecce	24	37.258.185
Azienda sanitaria locale di Taranto	17	43.660.258

C1 Investimento 1.2. Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

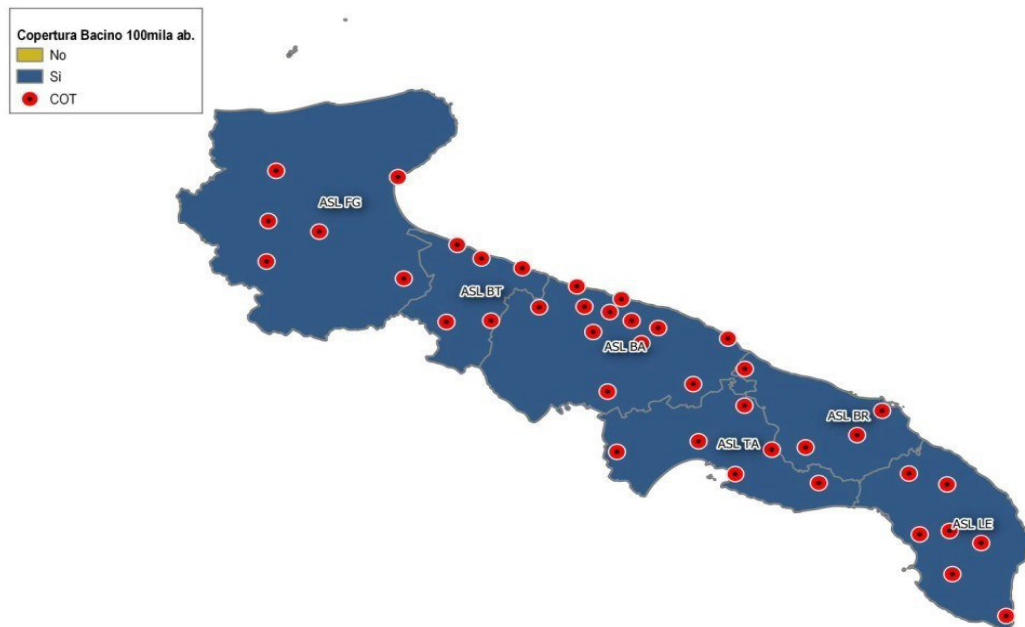
DGR n. 134 del 15.02.2022 è stato definito il seguente standard di riferimento

- 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

In Puglia con il finanziamento PNRR si realizzeranno n. 40 COT

Ente SSR	Numero COT programmate	Finanziamento PNRR €
Azienda Sanitaria locale di Bari	12	2.062.000
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	5	995.000
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	4	798.000
Azienda Sanitaria locale di Foggia	6	899.622
Azienda Sanitaria locale di Lecce	7	1.050.000
Azienda sanitaria locale di Taranto	6	1.200.000

Copertura territoriale e bacino di utenza



C1 Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

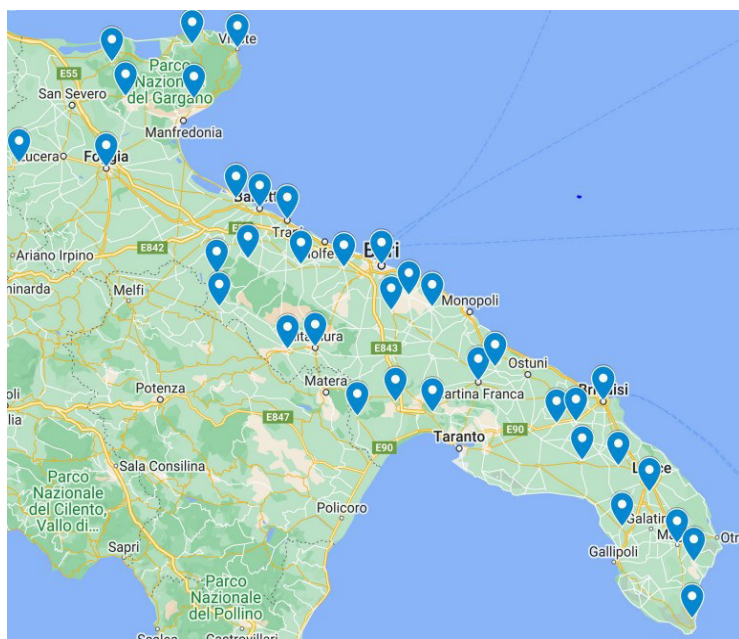
DGR n. 134 del 15.02.2022 sono stati definiti i seguenti standard

- Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

In Puglia con il finanziamento PNRR si realizzeranno n. 38 Ospedali di Comunità

Ente SSR	Numero OdC programmate	Finanziamento PNRR €
Azienda Sanitaria locale di Bari	9	21.835.800
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	6	14.207.000
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	6	10.890.835
Azienda Sanitaria locale di Foggia	7	10.436.296
Azienda Sanitaria locale di Lecce	6	10.287.500
Azienda sanitaria locale di Taranto	4	11.109.000

Copertura territoriale e bacino di UtanzaOdC



Component 2

1.4 Aggiornamento tecnologico e digitale

C2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

In base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato stimato per la Regione Puglia in 273 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5anni).

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.	Totale
Azienda Sanitaria locale di Bari	11	2		8	2	1		1		10	35
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	4	1		5	1		1			8	20
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	5	2	1	4	2	1		1	1	4	21
Azienda Sanitaria locale di Foggia	3	3		4	1		2			20	33
Azienda Sanitaria locale di Lecce	8	1		13	3				1	8	34
Azienda sanitaria locale di Taranto	8	3		4	4					40	59
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari	2	2		4	4					10	22
Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Foggia	4	1		4	3	1	1	1	1	15	31
IRCCS S. De Bellis	1			2	1				1	4	9
IRCCS G.Paolo II di Bari	2	1	1	1			2			2	9

C2 Investimento 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero (Digitalizzazione dei Dea di I e II livello)

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello. Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

SCHEDA TECNICA PER OGNI INTERVENTO

ASL BARI	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	Asl Bari
Titolo dell'intervento proposto	Completa Digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi del Presidio Ospedaliero "Di Venere" di BARI Carbonara
CUP	D91B22000940006

Importo	10.877.000,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "Di Venere" di BARI
Descrizione sintetica del progetto	<p>Rifacimento della rete wired /wifi. Servizi di Cybersecurity and Awareness. Sostituzione postazioni fisse, acquisizione portatili e Tablet CCE, Carrello informatizzato. CDR ISO, Sviluppo Integrazioni tra sistemi. Sviluppo verticalizzazioni CCE, adeguamento GDPR. Automazione Farmacia Ospedaliera, Sistema di firma grafometrica, Servizi di Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento CCE, Servizi di Consulenza, PM, Supporto Strategico, PMO, Governance. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: totem, app,, webapp e monitor di sala d'attesa, CMS e CRM, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding indoor e outdoor, tracciamento device e pazienti, con tecnologia Beacon e GPS; Videocomunicazione e relativi apparati.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Soggetto richiedente	Asl Bari
Titolo dell'intervento proposto	Completa Digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi del Presidio Ospedaliero "San Paolo" di BARI
CUP	D91B22000950006
Importo	7.925.000,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "San Paolo" di BARI
Descrizione sintetica del progetto	<p>Rifacimento della rete wired /wifi. Servizi di Cybersecurity and Awareness. Sostituzione postazioni fisse, acquisizione portatili e Tablet CCE, Carrello informatizzato. CDR ISO, Sviluppo Integrazioni tra sistemi. Sviluppo verticalizzazioni CCE, adeguamento GDPR. Automazione Farmacia Ospedaliera, Sistema di firma grafometrica, Servizi di Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento CCE, Servizi di Consulenza, PM, Supporto Strategico, PMO, Governance. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: totem, app,, webapp e monitor di sala d'attesa, CMS e CRM, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding indoor e outdoor, tracciamento device e pazienti, con tecnologia Beacon e GPS; Videocomunicazione e relativi apparati.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 3	
Soggetto richiedente	Asl Bari
Titolo dell'intervento proposto	Completa Digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi del Presidio Ospedaliero della Murgia "Fabio Perinei" di Altamura

CUP	D71B22001240006
Importo	6.985.000,00
Presidio	Presidio Ospedaliero della Murgia "Fabio Perinei" di Altamura
Descrizione sintetica del progetto	<p>Rifacimento della rete wired /wifi. Servizi di Cybersecurity and Awareness. Sostituzione postazioni fisse, acquisizione portatili e Tablet CCE, Carrello informatizzato. CDR ISO, Sviluppo Integrazioni tra sistemi. Sviluppo verticalizzazioni CCE, adeguamento GDPR. Automazione Farmacia Ospedaliera, Sistema di firma grafometrica, Servizi di Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento CCE, Servizi di Consulenza, PM, Supporto Strategico, PMO, Governance. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: totem, app,, webapp e monitor di sala d'attesa, CMS e CRM, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding indoor e outdoor, tracciamento device e pazienti, con tecnologia Beacon e GPS; Videocomunicazione e relativi apparati.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 4	
Soggetto richiedente	Asl Bari
Titolo dell'intervento proposto	Completa Digitalizzazione dei Processi Sanitari e Amministrativi del Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Corato
CUP	D51B22001620006
Importo	3.777.000,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Corato
Descrizione sintetica del progetto	<p>Rifacimento della rete wired /wifi. Servizi di Cybersecurity and Awareness. Sostituzione postazioni fisse, acquisizione portatili e Tablet CCE, Carrello informatizzato. CDR ISO, Sviluppo Integrazioni tra sistemi. Sviluppo verticalizzazioni CCE, adeguamento GDPR. Automazione Farmacia Ospedaliera, Sistema di firma grafometrica, Servizi di Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento CCE, Servizi di Consulenza, PM, Supporto Strategico, PMO, Governance. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: totem, app,, webapp e monitor di sala d'attesa, CMS e CRM, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding indoor e outdoor, tracciamento device e pazienti, con tecnologia Beacon e GPS; Videocomunicazione e relativi apparati.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ASL BAT
ANAGRAFICA INTERVENTO 1

Soggetto richiedente	Asl Bat
Titolo dell'intervento proposto	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale del P.O. "DIMICCOLI" di Barletta
CUP	C94E22004020005
Importo	5.889.500,00
Presidio	Ospedale Dimiccoli
Descrizione sintetica del progetto	<p>Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, Integrazioni applicative e Sviluppo "verticalizzazioni" (Servizi Configurazione, Formazione Supporto Avviamento), Sistemi automati a supporto del processo di erogazione del Primo Ciclo di Terapia alla dimissione, Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PagoPA, geolocalizzazione assistita, navigazione indoor assistita, Cybersecurity, Servizi di Project Management, Supporto strategico, PMO, Governance.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri.

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Soggetto richiedente	Asl Bat
Titolo dell'intervento proposto	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale DEA 1° LIVELLO - P.O. "L. BONOMO" di ANDRIA
CUP	C84E22000360005
Importo	6.389.200.00
Presidio	Ospedale Bonomo Andria
Descrizione sintetica del progetto	<p>Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, Integrazioni applicative e Sviluppo "verticalizzazioni" (Servizi Configurazione, Formazione Supporto Avviamento), Sistemi automati a supporto del processo di erogazione del Primo Ciclo di Terapia alla dimissione, Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PagoPA, geolocalizzazione assistita, navigazione indoor assistita, Cybersecurity, Servizi di Project Management, Supporto strategico, PMO, Governance.</p>
Unità Operative coinvolte	Cardiologia, Chirurgia Generale, Ematologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Anestesia e Rianimazione.

ASL BRINDISI	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	Asl Brindisi
Titolo dell'intervento proposto	Ospedale di Francavilla Fontana (16016200) - Digitalizzazione della struttura ospedaliera – DEA I

CUP	J66G22000250007
Importo	2.245.000,00
Presidio	Ospedale di Francavilla Fontana
Descrizione sintetica del progetto	Articolazione interventi 1. Cartella Clinica Elettronica: verticalizzazioni rispetto al modulo base fornito dalla Regione Puglia, Sviluppo integrazioni, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento 2. PC Desktop, Tablet, WI-FI, Cablaggio (attivo/passivo) strutturato, Sistema Telefonico (FULL IP) 3. Carrelli informatizzati di reparto, postazioni pc sanificabili per sale operatorie 4. Farmacia informatizzata (fornitura e installazione armadi informatizzati, compreso lo Sviluppo Integrazioni, Servizi di Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento) 5. Aggiornamento dell'infrastruttura ICT mediante il potenziamento dei sistemi software di management e virtualizzazione, prevedendo inoltre l'ampliamento della Storage Area Network e di tutti i servizi connessi (cloud) 6. Servizi di Cybersecurity and Awareness 7. Servizi di consulenza finalizzati alla omogeneizzazione dei processi dei DEA e nell'ottica di integrazione ospedale-territorio.
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ASL FOGGIA	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	Asl Foggia
Titolo dell'intervento proposto	Potenziamento tecnologico sistema informativo ospedaliero sanitario, sistema integrato accoglienza, servizi di consulenza e cybersecurity
CUP	G79E22000000006
Importo	3.239.500,00
Presidio	Presidio Ospedaliero San Severo
Descrizione sintetica del progetto	CDR ISO, Sviluppo SW di controllo e visualizzazione del CDR, Middleware Integrazioni tra sistemi. Sviluppo e verticalizzazioni del sistema di archiviazione, Adeguamento GDPR, CCE Ospedaliera, ODT, Blocco Operatorio, SW per somministrazione e gestione del ciclo di vita del farmaco, Sistema di firma grafometrica, Sottosistema di supporto decisionale, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Sistema per la gestione informatizzata dei PDTA, Servizi di Cybersecurity and Awareness, Servizi di consulenza per l'omogeneizzazione dei processi dei DEA. Acquisto PDL, MDM. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: eliminacode con totem app e webapp e monitor di sala d'attesa, totem per pagamento ticket con PagoPA, CMS e CRM integrato con URP, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding in/outdoor, trackingdevice e pazienti con tecnologia Beacon e gps; Sistema di videocall per televisita/teleconsulto e relativi apparati; Tablet CCE, Carrello informatizzato. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 2

Soggetto richiedente	<i>Asl Foggia</i>
Titolo dell'intervento proposto	<i>Potenziamento tecnologico sistema informativo ospedaliero sanitario, sistema integrato accoglienza, servizi di consulenza e cybersecurity</i>
CUP	<i>G39E2200000006</i>
Importo	<i>3.239.500,00</i>
Presidio	<i>Presidio Ospedaliero Cerignola</i>
Descrizione sintetica del progetto	<i>CDR ISO, Sviluppo SW di controllo e visualizzazione del CDR, Middleware Integrazioni tra sistemi. Sviluppo e verticalizzazioni del sistema di archiviazione, Adeguamento GDPR, CCE Ospedaliera, ODT, Blocco operatorio, SW per somministrazione e gestione del ciclo di vita del farmaco, Sistema di firma grafometrica, Sottosistema di supporto decisionale, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Sistema per la gestione informatizzata dei PDTA, Servizi di Cybersecurity and Awareness, Servizi di consulenza per l'omogeneizzazione dei processi dei DEA. Acquisto PDL, MDM. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: eliminacode con totem app e webapp e monitor di sala d'attesa, totem per pagamento ticket con PagoPA, CMS e CRM integrato con URP, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding in/outdoor, trackingdevice e pazienti con tecnologia Beacon e gps; Sistema di videocall per televisita/teleconsulto e relativi apparati; Tablet CCE, Carrello informatizzato. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i>
Unità Operative coinvolte	<i>Tutti i reparti e i servizi ospedalieri</i>

ASL LECCE	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	<i>Asl Lecce</i>
Titolo dell'intervento proposto	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero - Ospedale Vito Fazzi di Lecce</i>
CUP	<i>F89I22000300001</i>
Importo	<i>4.610.020,00</i>
Presidio	<i>Ospedale Vito Fazzi di Lecce</i>
Descrizione sintetica del progetto	<i>Completa digitalizzazione dei percorsi clinici ospedalieri: Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, Integrazioni applicative e Sviluppo "verticalizzazioni" (Servizi Configurazione, Formazione Supporto Avviamento), Sistemi automatici a supporto del processo di prescrizione e di erogazione del Primo Ciclo di Terapia alla dimissione, Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PagoPA, geolocalizzazione assistito, navigazione indoor assistita, Cybersecurity, Servizi di Project Management, Supporto strategico, PMO, Governance. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i>
Unità Operative coinvolte	<i>Tutti i reparti e i servizi ospedalieri</i>

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Soggetto richiedente	<i>Asl Lecce</i>
Titolo dell'intervento proposto	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero - Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli</i>
CUP	<i>F49I22000150001</i>
Importo	<i>2.002.425,00</i>
Presidio	<i>Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli</i>
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>Completa digitalizzazione dei percorsi clinici ospedalieri: Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, Integrazioni applicative e Sviluppo "verticalizzazioni" (Servizi Configurazione, Formazione Supporto Avviamento), Sistemi automatici a supporto del processo di prescrizione e di erogazione del Primo Ciclo di Terapia alla dimissione, Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PagoPA, geolocalizzazione assistita, navigazione indoor assistita, Cybersecurity, Servizi di Project Management, Supporto strategico, PMO, Governance.</i></p> <p><i>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	<i>Tutti i reparti e i servizi ospedalieri</i>

ANAGRAFICA INTERVENTO 3	
Soggetto richiedente	<i>Asl Lecce</i>
Titolo dell'intervento proposto	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero - Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano</i>
CUP	<i>F19I22000110001</i>
Importo	<i>1.913.900,00</i>
Presidio	<i>Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano</i>
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>Completa digitalizzazione dei percorsi clinici ospedalieri: Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, Integrazioni applicative e Sviluppo "verticalizzazioni" (Servizi Configurazione, Formazione Supporto Avviamento), Sistemi automatici a supporto del processo di prescrizione e di erogazione del Primo Ciclo di Terapia alla dimissione, Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PagoPA, geolocalizzazione assistita, navigazione indoor assistita, Cybersecurity, Servizi di Project Management, Supporto strategico, PMO, Governance.</i></p> <p><i>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	<i>Tutti i reparti e i servizi ospedalieri</i>

ANAGRAFICA INTERVENTO 1

Soggetto richiedente	A.O. Univ. Cons. Policlinico di Bari
Titolo dell'intervento proposto	SERVIZI DI CYBERSECURITY AND AWARENESS
CUP	I97H22001220001
Importo	12.226.000,48
Presidio	A.O. Univ. Cons. Policlinico di Bari
Descrizione sintetica del progetto	<p>Completa digitalizzazione dei percorsi clinici ospedalieri; cartella clinica elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali; integrazioni applicative, sviluppo, verticalizzazioni. Sistemi di adeguamento della rete informatica aziendale. Sistemi di adeguamento dei Data Center Aziendali. Sistemi di geolocalizzazione pazienti e attrezzature cliniche. Sistemi di adeguamento aziendale alle prescrizioni del GDPR. Cyber Security; Servizi di Project Management; Supporto strategico PM o Governance.</p> <p>Nelle voci dei "Beni" tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uso dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ASL TARANTO	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	Asl Taranto
Titolo dell'intervento proposto	Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale del P.O. "SS. Annunziata" di Taranto
CUP	E56G22000110006
Importo	6.774.000,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata" di Taranto
Descrizione sintetica del progetto	<p>Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, integrazioni applicative e sviluppo verticalizzazioni (servizi di configurazione, formazione, supporto e avviamento), Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PAGOPA, sistemi informatici per ritiro referti, geolocalizzazione dell'assistito e delle postazioni di lavoro, navigazione indoor assistita, cybersecurity, servizi di project management, supporto strategico, PMO e governance, acquisto apparati di rete e altro Hardware, sistemi di CRM. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uso dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Soggetto richiedente	Asl Taranto
Titolo dell'intervento proposto	Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale del PO "San Pio" di Castellaneta
CUP	E86G22000120006

Importo	3.019.500,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "San Pio" di Castellaneta
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, integrazioni applicative e sviluppo verticalizzazioni (servizi di configurazione, formazione, supporto e avviamento). Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PAGOPA, sistemi informatici per ritiro referti, geolocalizzazione dell'assistito e delle postazioni di lavoro, navigazione indoor assistita, cybersecurity, servizi di project management, supporto strategico, PMO e governance, acquisto apparati di rete e altro hardware, sistemi di CRM</i></p> <p><i>Nelle voci dei "Beni" tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri
ANAGRAFICA INTERVENTO 3	
Soggetto richiedente	Asl Taranto
Titolo dell'intervento proposto	Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale del PO "Valle d'Itria"
CUP	E96G22000150006
Importo	2.699.860,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "Valle d'Itria"
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>Cartella Clinica Elettronica e sistemi a supporto dei reparti di degenza e ambulatoriali, integrazioni applicative e sviluppo verticalizzazioni (servizi di configurazione, formazione, supporto e avviamento). Sportelli automatici, totem per pagamento ticket con tecnologia PAGOPA, sistemi informatici per ritiro referti, geolocalizzazione dell'assistito e delle postazioni di lavoro, navigazione indoor assistita, cybersecurity, servizi di project management, supporto strategico, PMO e governance, acquisto apparati di rete e altro hardware, sistemi di CRM</i></p> <p><i>Nelle voci dei "Beni" tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "OO RR di FOGGIA"	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	AOU "OO RR di FOGGIA"
Titolo dell'intervento proposto	Fornitura per la digitalizzazione delle strutture ospedaliere del DEA II livello
CUP	G78I22000220006
Importo	12.973.000,00
Presidio	Policlinico Riuniti Foggia
Descrizione sintetica del progetto	<i>Gli interventi riguardano l'ammodernamento del parco tecnologico Hardware con specifico riguardo alle postazioni di lavoro mobili (Tablet, carrelli di reparto informatizzati, notebook), alla verticalizzazione delle cartelle cliniche per Reparti</i>

	<p>o Strutture Sanitarie Aziendali ad alta tecnologia equipaggiati con svariati dispositivi medicali impiegati per monitorare i pazienti critici, al completamento della infrastruttura della rete dati con l'implementazione della tecnologia wireless (Wi-Fi) e soluzioni di disasterrecovery e introduzione di piattaforme per la gestione e monitoraggio del' ICT, Servizi di consulenza finalizzati alla omogeneizzazione dei processi dei DEA, Sistema per la gestione informatizzata dei PDTA, Servizi di Cybersecurity and Awareness, Sviluppo integrazioni, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

TARGET MINIMO REGIONALE 14

TARGET REGIONALE Raggiunto 18

I Progetti di Digitalizzazione a valenza regionale

La Regione Puglia intende finanziare n. 5 progetti a valenza regionale condotti da 5 diverse aziende capofila con ricadute su tutti i DEA di I e II livello.

Le Aziende Capofila individuate dovranno interagire per la realizzazione dell'intervento, le indicazioni scaturenti dai tavoli tecnici clinici per singola disciplina.

ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Azienda Capofila	Asl Bari
Titolo dell'intervento proposto	Evoluzione del Sistema Informativo Trasfusionale EMOPUGLIA - Tracciamento RFID al letto del paziente
CUP	D91B22000960006
Importo	1.994.560,00
Presidio	Presidio Ospedaliero "San Paolo" di Bari
Descrizione sintetica del progetto	<p>Evoluzione del Sistema Informativo Trasfusionale della Regione Puglia "EMOPUGLIA" - Tracciamento RFID a letto del Paziente. L'intervento Viene proposto per tutti i Reparti dei Presidi Ospedalieri della Regione con DEA di I e II Livello.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni saranno acquisiti attraverso altri strumenti di procurement presenti sulla piattaforma Acquisti in Rete PA all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Azienda Capofila	Asl BAT
Titolo dell'intervento proposto	Sistema di tracciabilità dei tempi chirurgici (ASL BT pilota regionale)
CUP	C85F22000580006

Importo	3.935.024,22
Presidio	Ospedale Dimiccoli
Descrizione sintetica del progetto	<i>Sistema di tracciabilità tempi chirurgici Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

ANAGRAFICA INTERVENTO 3	
Azienda Capofila	Asl BR
Titolo dell'intervento proposto	<i>Rete regionale dei DEA - Sistema di tracciamento e di supporto alla diagnosi patologie tempodipendenti</i>
CUP	J86G22000270009
Importo	4.100.000,00
Presidio	Tutti i presidi DEA a livello regionale
Descrizione sintetica del progetto	<i>Sistema di tracciamento e di supporto alla diagnosi patologie tempodipendenti (no lost time) - Ecografi palmari, visori, bodycam, tablet, postazioni di lavoro, licenze, sviluppo integrazioni, servizi configurazione, formazione e supporto avviamento, adeguamento storage, ampliamento di banda APN privato. Intervento che impatta sulla rete regionale dei DEA. Si richiamano le indicazioni presenti nella sezione relativa al quadro economico, "Ove invece il Richiedente non disponga di un quadro economico approvato, esporre l'importo stimato per le forniture nel campo A.1.1, le somme stimate a disposizione nel campo B e inserire a zero le rimanenti voci".</i>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

ANAGRAFICA INTERVENTO 4	
Azienda Capofila	Asl Foggia
Titolo dell'intervento proposto	<i>Rischio clinico, incident reporting</i>
CUP	G39E22000010006
Importo	1.850.00,00
Presidio	Presidio Ospedaliero Cerignola
Descrizione sintetica del progetto	<i>Sviluppo integrazioni, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Servizi Cloud. Il sistema impatterà su tutta la rete regionale DEA. Abbiamo indicato in tutti gli items previsti. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

ANAGRAFICA INTERVENTO 5	
Azienda Capofila	A.O. Univ. Cons. Policlinico di Bari
Titolo dell'intervento proposto	SOFTWARE PER LA GESTIONE DIGITALE DEL PAZIENTE RENALE
CUP	I97H22001240001
Importo	3.000.000,00
Presidio	A.O. Univ. Cons. Policlinico di Bari
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>Sviluppo e realizzazione per il software di gestione digitale del paziente renale con copertura su tutto il territorio regionale.</i></p> <p><i>Integrazione Applicativa e Sviluppo "Verticalizzazione" (Servizio di configurazione, formazione, supporto e avviamento, strumenti e sistemi per l'uso, per l'Unità Operativa Complessa a carattere Universitario di Nefrologia). L'unità operativa dispone di 25 posti letto e 27 posti per pazienti dializzati.</i></p> <p><i>Nella voce "Beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessarie al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

C2 Investimento 1.2: Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile

la Missione 6, linea di Investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, con particolare riferimento ad interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalle Regioni.

Con nota prot. 0017157 del 21/08/2020 il Ministero della Salute, nell'ambito del programma di riforme e investimenti a valere sui fondi di natura straordinaria dell'Unione Europea, ha avviato una rilevazione dei fabbisogni di edilizia sanitaria per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere;

Con nota prot. 4481 del 09/09/2020 la Regione Puglia, in riscontro alla suddetta richiesta ed alla successiva email ministeriale del 24 agosto 2020, ha trasmesso l'elenco con il fabbisogno degli interventi;

La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha comunicato con nota prot. 1957 del 28/01/2021 di aver selezionato, tra gli interventi indicati nella tabella trasmessa dalla Regione Puglia, quelli che necessitano di adeguamento/miglioramento sismico basandosi, in prima istanza, sul criterio della scelta degli interventi con il livello di progettazione più avanzato, fino alla concorrenza dell'importo di € 153.022.500,00, chiedendo di confermare gli interventi selezionati o di indicare, in sostituzione, eventuali ulteriori interventi ritenuti prioritari;

Con nota prot. 0001154 del 12/02/2021 la Regione Puglia ha confermato l'elenco di interventi per adeguamento/miglioramento sismico delle strutture ospedaliere selezionate.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 27 settembre 2021, n. 1529 si è approvato il piano per gli investimenti previsti nel PNRR/PNC, alla Regione Puglia sono assegnati, ripartiti sulla base delle quote di accesso, complessivamente € 164.386.924,20, di cui € 50.275.791,24 a valere sul PNRR e € 114.111.132,97 a valere sul Fondo complementare

TARGET MINIMO REGIONALE PNRR	7
TARGET REGIONALE PNC	18
TARGET MINIMO REGIONALE PNRR Raggiunto	7
TARGET REGIONALE PNC Raggiunto	18

Il supporto strategico

La Regione Puglia persegue l'obiettivo di creare le condizioni di contesto necessarie per l'attuazione operativa degli obiettivi di digitalizzazione del PNRR, attraverso il ricorso ai servizi di supporto, con il coinvolgimento di tutti gli Enti del Servizio Sanitario, anche al fine di accrescerne il livello di competenze e professionalità complessivo. Obiettivo specifico è quello di progettare e implementare un nuovo ecosistema digitale regionale per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio.

Per tale esigenza l'Agenzia Regionale Sanitaria e del Sociale (Aress Puglia) è incaricata di coordinare le attività di progettazione e sviluppo di attuative diversificate tra le quale:

- Potenziare il livello di digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello;
- Supporto gestionale nell'attuazione degli interventi in materia di sicurezza e sostenibilità degli ospedali in coerenza con quanto previsto dalla Missione 6 Componente 2 Intervento 1.1.2;
- Potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione in coerenza con quanto previsto dalla Missione 6 Componente 2 Intervento 1.1.3).
- Attuazione del PNRR volta all'accompagnamento generale degli Enti Sanitari nel percorso di transizione digitale nell'attuazione delle iniziative legate al PNRR sulla Missione 6;
- Attuazione della Telemedicina a livello regionale per superare la frammentazione e la disomogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio nonché sviluppare soluzioni a sostegno dell'assistenza domiciliare;
- Integrazione con i setting assistenziale di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità in coerenza con gli interventi previsti dal PNRR nella Missione 6 componente 1;

Soggetti coinvolti

I fabbisogni individuati e le eventuali progettualità che verranno implementate prevedono il coinvolgimento dei seguenti soggetti:

- **Regione Puglia**, attraverso l'Aress Puglia, quale committente del servizio;
- **Aziende** del SSR Pugliese.

Aress Puglia ha strutturato il Piano Operativo sull' *ACCORDO QUADRO, AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I., AVENTE AD OGGETTO L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI DI SUPPORTO IN AMBITO «SANITA' DIGITALE - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali» PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DEL SSN - ID 2202* per un importo complessivo di euro 7.000.000,00 Iva esclusa (8.540.000,00 Iva inclusa)

L'importo stimato nell'Offerta Tecnico Economica presentata da Aress Puglia comprensivo dei servizi di analisi, progettazione e sviluppo applicativo, dei servizi professionali necessari a supportare l'attuazione del progetto e la diffusione della trasformazione digitale dei processi per tutti gli Enti coinvolti e delle attività di configurazione e manutenzione per un periodo di 48 mesi successivi all'avvio del nuovo sistema, trova copertura per gli anni 2022-2024 a valere sul cap. 1305014 del Bilancio pluriennale 2022-2024 approvato con Legge regionale n. 52 del 30 dicembre 2021 e per gli anni successivi a valere sul cap. 1305014 dei corrispondenti esercizi, previa approvazione dei rispettivi bilanci, come di seguito specificato:

540.000,00		BILANCIO 2022
2.000.000,00		BILANCIO 2023
2.000.000,00		BILANCIO 2024
2.000.000,00		BILANCIO 2025
2.000.000,00		BILANCIO 2026

L'intervento per la progettazione di un nuovo sistema per la gestione digitale del territorio, sulla base degli obiettivi progettuali definiti che prevedono la digitalizzazione dei processi sociosanitari, l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico, è pienamente compatibile con gli obiettivi posti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e può, pertanto, essere sottoposto alle procedure amministrative definite a livello nazionale, in fase di perfezionamento, per il riconoscimento di una parte dei costi sostenuti per la realizzazione del progetto stesso

Il Dirigente di Sezione

Mauro Nicastro

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 12-05-2022 13:17:02
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023