

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 maggio 2022, n. 762

**Accordo di Programma ex art. 20 della l.n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR. Approvazione proposta regionale di programma di investimenti.**

L'Assessore alla Sanità e al Benessere Animale, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie così come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale riferisce quanto segue.

**Visti:**

- la L.R. n.51 del 30/12/2022 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2019 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità 2022)";
- la L.R. n.52 del 30/12/2022 "Bilancio di previsione della regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024";
- la DGR n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022/2024. Articolo 39 comma 10 del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e bilancio finanziario gestionale. Approvazione";
- l'art. 51 comma 2 del d.lgs. 118/2011 e smi che prevede che la Giunta regionale, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni dl documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione;
- R.R. 10 marzo 2017, n. 7 recante "Regolamento Regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", e da ultimo con il R.R. 19 febbraio 2018, n. 3 recante "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" di recepimento del decreto 2 aprile 2015 n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. In particolare si è inteso procedere:

**Premesso che:**

- con l'art. 20 della legge 67 del 1988 è stato avviato un piano pluriennale di investimenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria mediante l'attivazione di vari programmi finalizzati all'edilizia sanitaria ed all'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie;
- le risorse assegnate alla Puglia per accordi di programma a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988 ammontano complessivamente ad oggi ad € 1.204.450.339,40;
- tali risorse hanno consentito alla Regione di sottoscrivere fino ad oggi 3 accordi di programma con il Ministero della Salute:
  - a) Accordo sottoscritto in data 27/05/2004, con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 238.918.739,91 – "l accordo di programma, stralcio 2004"
  - b) Accordo integrativo sottoscritto in data 26/07/2007 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 416.223.310,00– "l accordo integrativo di programma, stralcio 2007."
  - c) Accordo integrativo sottoscritto in data 18/11/2020 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 318.440.000,00\_ Il Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020
- alla luce di quanto sopra, le risorse ancora disponibili, al netto delle revoche, nella dotazione regionale per l'Accordo di Programma da sottoscrivere ammontano ad € 245.780.914,49;
- le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli Accordi di programma ex art. 5 bis del d.lgs. 502/1992, sono disciplinate nell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province

Autonome di Trento e di Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, a cui si rimanda per una trattazione più completa della materia;

- detto Accordo è stato successivamente integrato con l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la *“Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità”*;
- secondo quanto previsto dal paragrafo 1.3 dell'Allegato “A” al suddetto Accordo Stato- Regioni del 28/2/2008 *“per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Le schede tecniche vengono, inoltre, trasmesse anche utilizzando il sistema “Osservatorio”. Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa.;*
- l'art. 10 della Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 prevede che *“Ai fini dell'applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 188, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, si conviene che per le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, sia fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di aver già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico.”*

#### **Premesso che:**

- con DGR 89 del 22/01/2019 era stato approvato il DP contenente il complesso degli interventi ( n.22 ) di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intendeva finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988 il suddetto documento programmatico prevedeva complessivamente 22 interventi:
- tre nuovi ospedali necessari a completare il disegno della rete delle strutture di riferimento lungo la dorsale interna nord-sud, ossia prioritariamente: il nuovo Ospedale di Andria (ASL BT) tra Andria e Corato, il nuovo Ospedale del sud Salento (ASL LE), tra Maglie e Melpignano, il nuovo Ospedale del Nord-Barese (ASL BA/BT);
- **interventi prioritari** nell'alveo della rete ospedaliera regionale esistente, indifferibili rispetto agli adeguamenti normativi ed agli standard previsti dal D.M. 70/2015, riconducibili alle seguenti tipologie:
  - adeguamento a norma, ammodernamento e potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere di I livello già attive, con riferimento alle piastre operatorie, alle dotazioni per la diagnostica specialistica, alle prestazioni mediche e chirurgiche di più elevata complessità;
  - ampliamento delle strutture ospedaliere e loro servizi/reparti in relazione ai fabbisogni già dichiarati;
  - acquisto di tecnologie;
- con nota prot. AOO\_081/19-06-2017/003003 si trasmetteva la versione aggiornata del documento programmatico coerente con la disponibilità finanziaria Comunicata dal Ministero della Salute, indicando gli interventi considerati prioritari;
- a seguito di interlocuzione con gli uffici del Ministero della Salute, con nota prot. 4425/SP del Presidente della Regione, si è proposto al Ministero della Salute di addivenire alla stipula di un Accordo di Programma

“a stralcio” nel quale, fermo restando il quadro complessivo delle progettualità descritte nel suddetto documento programmatico, fossero individuati come prioritari, in conformità a quanto comunicato con nota prot. 4425/SP del 19/12/2018 a firma del Presidente della Regione, i seguenti interventi, per i quali è stata prodotta la documentazione tecnica richiesta:

- nuovo ospedale del “Sud-Salento
- nuovo ospedale di Andria
- intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata “Monoblocco” dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Riuniti di Foggia”;
- intervento di riqualificazione dei plessi minori dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Riuniti di Foggia”;
- per l’effetto si proponeva la sottoscrizione di un primo Accordo di Programma stralcio,. Il Nucleo di Valutazione degli Investimenti con parere n. 3 del 2 luglio 2019 ha approvato la proposta di Accordo stralcio, che è stato successivamente sottoscritto in data 18/11/2020 per n.4 interventi prioritari:
- L’importo a carico dello Stato, per un valore di € 318.440.000,00 deriva dalle seguenti risorse assegnate alla regione Puglia:
  - per € 133.398.736,45 quali risorse residue della delibera CIPE n. 52/1998,
  - per € 23.008.974,00 dalla delibera CIPE n. 65/2002,
  - per € 162.032.289,55 quota parte delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 98/2008;
- ai fini della sottoscrizione di un secondo Accordo Integrativo di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988, e con lo scopo di contribuire ad attuare le linee strategiche regionali che aspirano ad innovare la rete ospedaliera pugliese si intende proporre il piano di interventi:
  - il completamento del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano (lavori di completamento e tecnologie);
  - il nuovo Ospedale del Nord-Barese (ASL/BT),);
- interventi prioritari nell’alveo della rete ospedaliera regionale esistente, indifferibili, consistenti nell’adeguamento a norma, ammodernamento e potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere di I livello già attive
- Il Documento Programmatico che sarà trasmesso al Nucleo di Verifica degli Investimenti Pubblici è stato elaborato con il supporto dell’Area Epidemiologica e Care Intelligence dell’ARESS Puglia che ha aggiornato gli indicatori epidemiologici, demografici e di salute e con il supporto tecnico di ASSET Puglia (Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio) che ha analizzato la qualità dei progetti tecnici presentati dalle Aziende Sanitarie e la rispondenza ai requisiti di legge.
- tenuto conto:
  - a) del Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 recante “Regolamento ministeriale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
  - b) dai piani regionali per il riordino della rete ospedaliera (da ultimo il R.R. n. 23 del 22 novembre 2019 “Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 136 suppl. del 26-11-2019 recante: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”.);
  - c) della programmazione e delle risorse a valere sull’APQ “Benessere e Salute”;
  - d) della nuova programmazione a valere sul POR Puglia 2014-2020 – FESR di cui all’Obiettivo Tematico (OT) IX, approvato con Decisione della Commissione Europea del 13 agosto 2015;
  - e) della programmazione regionale a valere sulle risorse del Patto per la Puglia (FSC 2014/2020);

- in particolare l'art.6 del RR 23/2109 "*Programmazione degli investimenti ospedalieri*", ha previsto quanto segue:
  - **Programmazione degli investimenti ospedalieri**
    1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 5 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, come di seguito indicati:
      - a) nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'Ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto comportandone la riconversione, insieme allo stabilimento ospedaliero San Giuseppe Moscati di Statte e dallo stabilimento ospedaliero di Grottaglie;
      - b) realizzazione del nuovo Ospedale del Sud Salento, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano e dell'Ospedale Santa Caterina Novella di Galatina;
      - c) realizzazione del nuovo Ospedale di Andria, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa, riconvertito con il presente provvedimento;
      - d) realizzazione del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, che comporterà la riconversione dell'Ospedale San Giacomo di Monopoli, oltre all'Ospedale di Fasano, riconvertito con il presente provvedimento;
      - e) realizzazione del nuovo Ospedale del Nord Barese, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertiti con il presente provvedimento;
    2. Alla realizzazione delle strutture ospedaliere individuate nel presente articolo si procede:
      - a) con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" e su ulteriori risorse regionali all'uopo destinate;
      - b) a valere sui fondi ex art. 20 l. n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento.
    3. Alla riqualificazione ed al potenziamento nonché all'adeguamento alla normativa vigente (antincendio, antisismica, efficientamento energetico, ecc.) degli ospedali preesistenti, non oggetto di riconversione in strutture territoriali ai sensi del presente regolamento, si procede nei limiti delle risorse finanziarie europee, nazionali e regionali all'uopo destinate sulla base di priorità da definirsi a cura della Giunta regionale con proprie deliberazioni.
- Pertanto, in coerenza con il programma già approvato con la deliberazione di Giunta Regionale n. 89, nelle more dell'acquisizione della documentazione relativa all'intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale del Nord Barese, la cui predisposizione è in fase di completamento, si ritiene di procedere prioritariamente con alla stipula di un secondo Accordo di Programma "a stralcio".
- In questa sede è opportuno evidenziare:
  1. l'indifferibilità dell'intervento "Completamento del nuovo ospedale di Monopoli", in quanto ha lo scopo di completare l'intervento, già avviato, di realizzazione a valere su altre risorse finanziarie, rendendo, pertanto, la struttura completamente funzionale e dotata della più moderne tecnologie
  2. per quanto concerne il nuovo ospedale del Nord Barese (intervento 18) , si fa presente quanto segue :
- presso la sede del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, si sono svolte apposite conferenze di servizi, con la partecipazione dei Sindaci dei Comuni di Bisceglie e Molfetta, de Direttore Generale Asset Puglia, dei Consiglieri Regionali del territorio , il Direttore Generale dell'ASL BT (quale stazione appaltante), Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, il



Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, in data 11 Marzo, 23 Marzo e 18 maggio c.a.

- i Sindaci di Bisceglie e Molfetta hanno condiviso la scelta dell'area sita nel territorio di Bisceglie ed ai fini dell'acquisizione di intese, o assensi sulla realizzazione del Nuovo ospedale del Nord Barese. sono state stabilite necessarie fasi di consultazione e collaborazioni tra stazione appaltante – ASL BT- Comune di Bisceglie ed ASSET Puglia (Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio) e i competenti servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, per consentire l'accelerazione della redazione di uno Studio di Fattibilità che metta al riparo da esiti negativi del Nucleo di valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute.
- Pertanto, acquisito lo Studio di fattibilità, si procederà alla sottoscrizione con i Ministeri Competenti di ulteriore Stralcio dell'Accordo di Programma ai sensi dell'art.20 della L.67/88.

Tutto ciò premesso,

- si ritiene di dover procedere prioritariamente con alla stipula di un secondo Accordo di Programma "a stralcio, nel quale siano individuati come prioritari degli interventi identificati con i codici da 1 a 17, così come elencati nella tabella B allegata al presente provvedimento, per i quali questa Regione ha già disponibili gli studi di fattibilità, approvati dalla Direzioni generali delle Aziende del SSR e verificati, sotto il profilo della coerenza con gli obiettivi di programmazione sanitaria e di complementarietà con gli altri investimenti in atto o pianificati, da parte delle competenti strutture regionali per un importo complessivo di € 161.312,840 di cui € 153.235.000,00 a carico dello Stato;
- il presente programma di investimenti prevede complessivamente 17 interventi (2 relativi al completamento di un nuovo ospedale, 15 relativi al potenziamento di 11 ospedali esistenti di I e II livello) già compresi nel programma approvato In questa sede è opportuno evidenziare:
- data la rilevanza di detto programma e l'esigenza della realizzazione in tempi estremamente ristretti, è necessario autorizzare il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ed il responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento di detto accordo;

Per tutto quanto sopra esposto si propone alle valutazioni della Giunta regionale di:

- approvare la proposta di programma di investimenti contenente gli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988 già compresi nel programma approvato con la deliberazione di Giunta Regionale n.89;
- approvare il documento programmatico per la realizzazione degli interventi così come definitivi nell'**allegato A** al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- approvare l'elenco degli interventi per i quali sono stati già approvati gli studi di fattibilità dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali di Andria, Bari, Brindisi, Foggia, Lecce, Taranto e dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Bari, per i quali si propone la sottoscrizione di un ulteriore accordo stralcio così come definitivi nell'**allegato B** al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- dare mandato al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ed al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento di detto accordo.

- **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., ed 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 dei 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 alla valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR 302/22.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto  
 indiretto  
 neutro

#### “SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA 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 alla Salute e al Benessere Animale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. d) e k) della Legge regionale n.7/1997:

1. di **approvare** la proposta di programma di investimenti contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese allegato “A” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale);
2. di **approvare** l'elenco degli interventi. che hanno raggiunto un idoneo livello di progettazione, per i quali si propone la sottoscrizione di un primo accordo di primo accordo stralcio, allegato “B” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
3. di **approvare** il documento programmatico per la realizzazione degli interventi così come definitivi nell'allegato “C” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. di dare mandato al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale ed al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento di detto accordo;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

#### **Sottoscrizioni dei responsabili della struttura proponente**

LA RESPONSABILE PO  
Annamaria Orsali

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Concetta Ladalardo

IL DIRIGENTE DI SEZIONE "RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE":

Benedetto Giovanni Pacifico

Il Direttore, ai sensi dell'art.18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO "PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE ANIMALE":

Vito Montanaro

#### **Sottoscrizione del soggetto politico proponente**

L'ASSESSORE

Rocco Palese

### **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA**

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore
- viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

- di **approvare** la proposta di programma di investimenti contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese allegato "A" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale);
- di **approvare** l'elenco degli interventi. che hanno raggiunto un idoneo livello di progettazione, per i quali si propone la sottoscrizione di un primo accordo di primo accordo stralcio, allegato "B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di **approvare** il documento programmatico per la realizzazione degli interventi così come definitivi nell'allegato "C" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale ed al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento di detto accordo;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

**Il Segretario della Giunta**

ANNA LOBOSCO

**Il Presidente della Giunta**

RAFFAELE PIEMONTESE

**Codice CIFRA: SIS/DEL/2022/000006****Allegato "A"**

**Proposta di programma di investimenti contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della L.n. 67/1988**

<b>Co dic e</b>	<b>Intervento</b>	<b>Importo complessivo</b>	<b>Quota Stato (95%)</b>	<b>Quota Regione (min. 5%)</b>	<b>Altro Finanziamento regionale (oltre il 5%)</b>
1	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
2	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00	
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	
7	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
8	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	
9	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00	
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00	
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00	
13	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	

14	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00	
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00	
18	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	106.900.000,00	92.545.914,49	4.870.837,61	9.483.247,89
	TOTALE	268.200.000,00	245.780.914,49	12.935.831,61	

**Allegato "B"****Proposta di programma di investimenti contenente gli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con il presente Stralcio ex art. 20 della L.n. 67/1988**

Codice	Intervento	Importo complessivo	Quota Stato (95%)	Quota Regione (min. 5%)	Altro Finanziamento regionale (oltre il 5%)
1	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
2	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00	
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	
7	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
8	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	
9	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00	
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00	
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00	
13	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	



14	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00	
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00	
	<b>TOTALE</b>	<b>161.300.000,00</b>	<b>153.235.914,50</b>	<b>8.065.000,00</b>	



**Allegato C**

**REGIONE PUGLIA  
DIPARTIMENTO  
PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE ANIMALE**

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO  
DEGLI INVESTIMENTI IN SANITÀ  
PER LA PUGLIA**

**INTERVENTI PER IL II ACCORDO INTEGRATIVO  
2° STRALCIO  
EX ART. 20 L.N. 67/1988**

**VERSIONE  
MAGGIO 2022**

**CONTROLLO DELLA CONFIGURAZIONE DEL DOCUMENTO  
(STORIA DEL DOCUMENTO)**

<b>Versione</b>	<b>Data</b>	<b>Note</b>
1.0	Maggio 2022	Versione iniziale

## RIFERIMENTI E CONTATTI

*Il presente Documento è stato elaborato dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie del Dipartimento Promozione della Salute e del benessere animale, con il supporto per l'analisi dei dati dell'Area Epidemiologica e Care Intelligence dell'Agenzia Regionale Strategica per la salute ed il Sociale. Gli studi di fattibilità sono stati elaborati dalle Aree tecniche delle Aziende Sanitarie interessate*

### Contatti

REGIONE PUGLIA  
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE ANIMALE  
SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE  
via Gentile, 52 - 70126 Bari

PEC: [servizioaps.regione.puglia@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizioaps.regione.puglia@pec.rupar.puglia.it)  
Tel. 080.540.3211/7614/3431

Benedetto Giovanni Pacifico, dirigente della Sezione, responsabile regionale per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988.  
[bg.pacifico@regione.puglia.it](mailto:bg.pacifico@regione.puglia.it)

Annamaria Orsali, referenti amministrativi per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988  
[a.orsali@regione.puglia.it](mailto:a.orsali@regione.puglia.it); Adele Milella [a.milella@regione.puglia.it](mailto:a.milella@regione.puglia.it) -

## Sommario

<b>0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA</b>	<b>10</b>
<b>0.1 PREMessa</b>	<b>10</b>
<b>0.2 LO STATO DI ATTUAZIONE DEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L.N. 67/1988</b>	<b>10</b>
<b>0.3 SINTESI DEL PROGRAMMA (COMPLESSIVO) DI INVESTIMENTI</b>	<b>11</b>
<b>0.4 PROPOSTA DI INTERVENTI PER IL SECONDO ACCORDO STRALCIO.</b>	<b>14</b>
<b>0.5 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI</b>	<b>16</b>
<b>1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO</b>	<b>16</b>
1.1.1. PROFILO DEMOGRAFICO E SOCIOECONOMICO	16
1.1.2. STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	28
1.1.2.1. Mortalità ed ospedalizzazione	28
1.1.2.2. Malattie Croniche	42
1.1.2.3. Tumori	53
1.1.3. QUADRO NORMATIVO	68
1.1.4. ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	68
1.1.5. QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	72
<b>1.2 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI</b>	<b>74</b>
1.2.1. CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	74
1.2.2. OFFERTA ANTE OPERAM	74
<b>2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA</b>	<b>78</b>
<b>2.1 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI</b>	<b>78</b>
2.1.1. ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ	79
2.1.2. LA CATENA DEGLI OBIETTIVI	80
<b>2.2 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI</b>	<b>82</b>
2.2.1. GLI INTERVENTI COMPLEMENTARI DEL NUOVO OSPEDALE DI MONOPOLI – FASANO (CODICI INTERVENTO: 1 E 2)	82
2.2.2. GLI INTERVENTI PRIORITARI DI ADEGUAMENTO ED AMPLIAMENTO FUNZIONALE E TECNOLOGICO DEGLI OSPEDALI ESISTENTI DI I E II LIVELLO	88
2.2.2.1. Ospedale San Paolo di Bari (Codice intervento: 3)	90
2.2.2.2. Ospedale “Di Venere” di Bari (Codice intervento: 4)	93
2.2.2.3. Ospedale “Perrino” di Brindisi (Codice intervento: 5)	95
2.2.2.4. Ospedale di Francavilla Fontana (Codice intervento: 6)	98
2.2.2.5. Ospedale “Dimiccoli” di Barletta (Codice intervento: 7)	99
2.2.2.6. Ospedale di Castellaneta (Codice intervento: 8)	100
2.2.2.7. Azienda Ospedaliero Universitaria “Policlinico di Bari – Giovanni XXIII” (Codici intervento: 9 – 10 – 11 – 12 – 13 - 14)	101
2.2.2.8. Ospedale di Cerignola (Codice intervento: 15)	106
2.2.2.9. Ospedale di San Severo (Codice intervento: 16)	108
2.2.1.1 Ospedale di Gallipoli (Codice intervento: 17)	110
2.2.3. REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE (CODICE INTERVENTO: 18)	112
2.2.4. L'OFFERTA POST-OPERAM	114
<b>2.3 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA</b>	<b>115</b>
2.3.1. RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ	115

2.3.2.	ANALISI DEI RISCHI	115
<b>3.</b>	<b>COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE</b>	<b>119</b>
<b>3.1</b>	<b>COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE</b>	<b>119</b>
3.1.1.	COERENZA CON IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	119
3.1.2.	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (PIANO DI RIENTRO E PIANO OPERATIVO)	120
3.1.3.	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI	123
<b>3.2</b>	<b>SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI</b>	<b>124</b>
3.2.1.	FATTIBILITÀ TECNICA	124
3.2.2.	SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	125
3.2.3.	ANALISI DELLA COMPATIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLE LOCALIZZAZIONI	125
3.2.4.	SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE	127
3.2.5.	SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE	127
3.2.6.	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	127
<b>4.</b>	<b>RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI</b>	<b>133</b>
<b>4.1</b>	<b>IL SISTEMA DEGLI INDICATORI</b>	<b>133</b>
4.1.1.	INDICATORI DI CONTESTO	133
4.1.2.	INDICATORI DI PROGRAMMA	135
4.1.3.	INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	136
<b>4.2</b>	<b>VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI</b>	<b>137</b>
4.2.1.	ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA	137
4.2.2.	VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	138
<b>5.</b>	<b>IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO</b>	<b>139</b>
<b>5.1</b>	<b>PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA</b>	<b>139</b>
4.2.4.	ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE	141
<b>5.2</b>	<b>SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA</b>	<b>142</b>
	Bibliografia e link utili	142
	<b>SCHEDE DI SINTESI DEGLI INTERVENTI</b>	<b>144</b>
	<b>SCHEDE DI RIFERIMENTO</b>	<b>159</b>

#### Allegati

- A. Schede degli interventi
- B. Schede di Riferimento



## **0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

### **0.1 Premessa**

Il presente *Documento Programmatico* (DP) ha lo scopo di aggiornare, alla luce delle modifiche normative e della programmazione sanitaria regionale, il precedente documento approvato con DGR n. 89 del 22/01/2019 e trasmesso dalla regione Puglia con note prot. AOO\_081/PROT/21/01/2019/0000318, AOO\_081/PROT/01/03/2019/0001088 e AOO\_081/PROT/04/03/2019/0001134, approvato dal Nucleo di Valutazione degli Investimenti con parere n. 3 del 2 luglio 2019 prot. 19570 del 3/7/2019, come da nota 0020772-15/07/2019-DGPROGS-MDS-P.

Nello specifico, con DGR 89 del 22/01/2019 era stato approvato il DP contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intendeva finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988 unitamente all'elenco di 4 interventi prioritari per i quali si proponeva la sottoscrizione di un primo Accordo di Programma stralcio, in conformità a quanto comunicato con nota prot. 4425/SP del 19/12/2018 a firma del Presidente della Regione. Il Nucleo di Valutazione degli Investimenti con parere n. 3 del 2 luglio 2019 ha approvato la proposta di Accordo stralcio, che è stato successivamente sottoscritto in data 18/11/2020.

Detto Primo Accordo Stralcio si articola nei seguenti interventi per un ammontare complessivo di € 335.200.000,00 (di cui € 318.440.000,00 a carico dello Stato):

- a) Nuovo ospedale del "Sud-Salento",
- b) Nuovo ospedale di Andria,
- c) Intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata "Monoblocco" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia",
- d) Intervento di riqualificazione dei plessi minori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia".

L'importo a carico dello Stato, per un valore di € 318.440.000,00 deriva dalle seguenti risorse assegnate alla regione Puglia:

- per € 133.398.736,45 quali risorse residue della delibera CIPE n. 52/1998,
- per € 23.008.974,00 dalla delibera CIPE n. 65/2002,
- per € 162.032.289,55 quota parte delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 98/2008;

Il presente documento descrive la proposta di programma di investimenti, contenente gli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988, al fine di un fornire un quadro organico sull'intera programmazione regionale di medio e lungo periodo.

Il Documento è stato elaborato con il supporto dell'Area Epidemiologica e Care Intelligence dell'ARESS Puglia che ha aggiornato gli indicatori epidemiologici, demografici e di salute e con il supporto tecnico di ASSET Puglia (Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio) che ha analizzato la qualità dei progetti tecnici presentati dalle Aziende Sanitarie e la rispondenza ai requisiti di legge.

Il presente documento descrive la proposta di un secondo programma stralcio di investimenti, contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988, al fine di un fornire un quadro organico sull'intera programmazione regionale di medio e lungo periodo.

### **0.2 Lo stato di attuazione dei precedenti accordi ex art. 20 l.n. 67/1988**

Le risorse assegnate alla Puglia per accordi di programma a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988 con delibere CIPE n. 97 e n. 98 del 18/12/2008 ammontano complessivamente ad € 1.204.450.339,40.

Tali risorse hanno consentito alla Regione di sottoscrivere inizialmente due accordi di programma con il Ministero della Salute:

- Accordo sottoscritto in data 27/05/2004, con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 238.918.739,91 – “I accordo di programma, stralcio 2004”
- I Accordo integrativo sottoscritto in data 26/07/2007 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 416.223.310,00– “II accordo di programma, stralcio 2007.”

Il finanziamento a carico dello Stato per questi due accordi, aggiornato ai sensi dell’art. 1, commi 310 e 312 L. 266/2005 al netto delle revoche, risulta pari a € 640.229.424,91.

Allo stato attuale sono pervenuti alla fase dell’assunzione dell’impegno giuridicamente vincolante tutte le risorse finanziarie allocate su 126 interventi dei programmi 2004 e 2007.

Successivamente, a valere sulle risorse residue (pari a € 564.220.914,49), in data 18/11/2020 è stato sottoscritto il II accordo integrativo – 1° stralcio con finanziamento a carico dello Stato pari ad euro 318.440.000,00.

Le strutture preposte e gli uffici competenti del Dipartimento per la Promozione della Salute e del benessere animale sono impegnate nella costante verifica sullo stato di avanzamento fisico e finanziario di ciascun intervento, nella verifica del profilo di coerenza degli interventi rispetto agli obiettivi di riconversione e di razionalizzazione definiti con il vigente piano di riordino della rete ospedaliera, nonché con la evoluzione della normativa tecnica di riferimento (es: adeguamento antisismico, antincendio, ecc.), in modo da attualizzare e correttamente finalizzare gli interventi medesimi, a parità di natura ed entità delle opere ovvero delle dotazioni tecnologiche da acquisire.

In particolare l’Accordo di Programma “Stralcio 2004”, in coerenza con l’allora piano di riordino della rete ospedaliera adottato con la DGR. n.1087/2002 e successiva DGR n. 1429/2002, ha rappresentato l’avvio di una serie di investimenti per rimuovere le criticità strutturali ed organizzative attraverso la razionalizzazione della rete ospedaliera, l’adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997. In totale sono stati realizzati 94 interventi prevalentemente finalizzati alla messa a norma degli stabilimenti ospedalieri e delle strutture territoriali, ivi compresi quelli di riconversione di ex P.O. per servizi territoriali o di nuove opere economicamente e funzionalmente impiegabili.

Il successivo Accordo di Programma “Stralcio 2007” aveva tra gli altri obiettivi principali quello di ottenere i requisiti strutturali e tecnologici per le strutture interessate, al fine di dare impulso anche nel sistema pubblico al processo di accreditamento a garanzia della sicurezza e qualità nonché di distribuire sul territorio regionale una adeguata dotazione di strutture di eccellenza per meglio soddisfare i bisogni di cura della popolazione, migliorando le condizioni di accessibilità alle strutture sanitarie da parte della popolazione.

L’ultimo accordo stralcio sottoscritto in data 18/11/2020 è scaturito dalla necessità di dare avvio alle ulteriori fasi di progettazione dei due nuovi ospedali di Andria e del Sud-Salento, il cui iter è complesso, ed allo stesso tempo di avviare i lavori urgenti presso gli Ospedali Riuniti di Foggia a seguito delle verifiche effettuate sulla vulnerabilità sismica di alcuni plessi.

### **0.3 Sintesi del programma (complessivo) di investimenti**

La Regione Puglia ha inteso accompagnare, già da alcuni anni, il riordino della rete ospedaliera con un ambizioso programma di investimenti capace di supportare, da un lato, la costruzione e il potenziamento della rete sanitaria territoriale e, dall’altro, la razionalizzazione della rete ospedaliera. Si intende, infatti, conseguire un definitivo salto di qualità lungo le seguenti direttrici:

- a) la realizzazione di pochi nuovi ospedali di riferimento provinciale, capaci di completare l’offerta e sostituire i presidi e stabilimenti ospedalieri obsoleti o non più nelle condizioni di operare in condizioni di sicurezza e qualità, date le loro dimensioni e le loro collocazioni in contesti urbani già troppo congestionati;
- b) l’ammodernamento e il potenziamento tecnologico dei presidi ospedalieri di eccellenza e di riferimento regionale (I e II livello), per ridurre la mobilità passiva, incrementare l’appropriatezza e ridurre le liste d’attesa per esami diagnostici specialistici;

- c) la riconversione dei presidi ospedalieri che possono accogliere presidi territoriali di assistenza nei quali assicurare assistenza specialistica e residenziale (p.l. hospice, residenziali per anziani, riabilitazione, ecc.);
- d) il completamento della rete dei servizi sanitari territoriali e distrettuali con poliambulatori, consultori, centri di salute territoriale, sedi per la medicina di gruppo e la continuità assistenziale.

Il presente documento programmatico, ai fini della sottoscrizione di un secondo Accordo Integrativo di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988, ha lo scopo di contribuire ad attuare le linee strategiche regionali che aspirano ad innovare la rete ospedaliera pugliese.

In particolare con il presente documento programmatico si intende proporre il seguente **piano di interventi**:

- a) il completamento del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano (lavori di completamento e tecnologie);
- b) interventi prioritari nell'alveo della rete ospedaliera regionale esistente, indifferibili, consistenti nell'adeguamento a norma, ammodernamento e potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere di I livello già attive.

Si procederà con un ulteriore stralcio per il Nuovo Ospedale del Nord-Barese (ASL BT), posizionato nel territorio di Bisceglie.

#### **COERENZA INTERNA ED ESTERNA**

Il suddetto piano di investimenti trova la sua **coerenza interna** quale naturale completamento della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e della rete della emergenza-urgenza nel quadro più ampio del Piano Operativo 2016/2018 per la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale adottato in continuità con il precedente Piano di Rientro 2010/2012 ed il Piano Operativo 2013/2015. In particolare deve citarsi la deliberazione della Giunta Regionale n. 1933 del 30/11/2016 recante “*DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014*” con la quale la Giunta regionale ha previsto:

- di approvare il Regolamento di Riordino della rete ospedaliera ad oggetto “*Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del DM 70/2015 e della legge di stabilità 28/12/2015 n. 208 e del RR n. 14/2015*” (il riordino della rete ospedaliera è stato ulteriormente aggiornato con il R.R. n. 7/2017, approvato con DGR n. 239 del 28/02/2017, poi con il R.R. n. 3/2018, approvato con DGR n. 53 del 23/01/2018, e infine con il R.R. 23/2019, approvato con DGR 1726 del 23/09/2019; in ultimo è intervenuto il R.R. 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);
- di approvare la nuova rete Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, comprensiva del protocollo operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN), confermata dai successivi provvedimenti;

La nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, definita dal RR 7/2017 così come modificato dal RR 3/2018, confermata con il RR 23/2019 e il RR 14/2020, prevede in prima applicazione 5 ospedali di II livello (tra cui due Aziende Ospedaliere Universitarie), 17 ospedali di I livello e 10 ospedali di base, oltre a due IRCCS pubblici, due IRCCS privati e 25 case di cura private accreditate; la programmazione di medio periodo (2017-2025) prevede invece un passaggio ad uno schema con 6 ospedali di secondo livello, 16 ospedali di primo livello e 8 ospedali di base.

Nello specifico l’art. 6 del regolamento 23/2019 prevede inoltre la realizzazione del nuovo Ospedale di Andria, del nuovo ospedale del Sud Salento, del nuovo ospedale di Taranto, del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano, ed in un fase successiva di un ospedale di I livello nel Nord-Barese.

Per maggiori dettagli sulla coerenza interna ed esterna si rimanda al capitolo 3.

Il quadro finanziario complessivo del presente DP, riportato nella tabella seguente, è basato sull'intero ammontare delle risorse residue destinate alla Regione Puglia.

Tabella 0.1 Quadro finanziario aggregato del documento programmatico

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Cofinanziamento aziendale o altro finanziamento regionale oltre 5%
1	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
2	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00	-
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
7	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	-
8	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	-
9	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	-
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	-
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00	-
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00	-
13	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	-
14	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00	-
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00	-
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00	-
18	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	106.900.000,00	92.545.914,49	4.870.837,61	9.483.247,89
	<b>TOTALE</b>	<b>268.212.840,00</b>	<b>245.780.914,50</b>	<b>12.935.837,61</b>	

## 0.4 Proposta di interventi per il secondo accordo stralcio.

Fermo restando tale quadro complessivo si ritiene di dover procedere prioritariamente con l'ammissione a finanziamento degli interventi identificati con i codici da 1 a 17 per i quali questa Regione ha già disponibili gli studi di fattibilità, nelle more dell'acquisizione della documentazione relativa all'intervento n.18, la cui predisposizione a cura delle rispettive Aziende Sanitarie è in fase di completamento.

In particolare si propone di addivenire alla stipula di un secondo Accordo di Programma "a stralcio" nel quale, fermo restando il quadro complessivo delle progettualità descritte nel presente documento programmatico, siano individuati come prioritari i seguenti interventi (Tabella 0.2), per un importo complessivo di € 161.312,840 di cui € 153.235.000,00 a carico dello Stato:

**Tabella 0.2 Quadro finanziario aggregato della proposta di secondo accordo stralcio**

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Cofinanziamento aziendale o altro finanziamento regionale oltre 5%
1	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
2	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00	-
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
7	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	-
8	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	-
9	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	-
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	-

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Cofinanziamento aziendale o altro finanziamento regionale oltre 5%
	Giovanni XXXII				
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00	-
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00	-
13	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	-
14	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00	-
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00	-
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00	-
	<b>TOTALE</b>	<b>161.312.840,00</b>	<b>153.235.000,00</b>	<b>8.065.000,00</b>	

La scelta di operare in più fasi (con il presente secondo accordo stralcio) deriva dalla necessità di avviare i lavori di potenziamento e adeguamento degli ospedali esistenti, dei quali si ravvisa sempre maggiore urgenza.

## 0.5 Struttura del documento e metodologia

Il presente documento è stato elaborato in ossequio alle vigenti linee guida del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti, istituito in attuazione dell'articolo 1 della Legge 144/1999 e confermato come organismo interno al Ministero ai sensi Decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44 che è competente per l'istruttoria e la valutazione delle proposte regionali, propedeutica alla loro approvazione e alla sottoscrizione del relativo accordo di programma.

In particolare si è fatto riferimento al documento recante "*Metodologia per la formulazione e la valutazione di documenti programmatici – MexA Metodologia ex Ante*", allegato A1 all'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "*Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità*".

Va evidenziato che, dal punto di vista metodologico, il presente documento tende a dimostrare la coerenza degli interventi proposti con il più generale quadro degli investimenti della Regione Puglia nel settore sanitario e con la programmazione sanitaria regionale rinveniente dal Programma Operativo 2016-2018 e dalla attuazione del DM 70/2015 nonché con l'attuale cornice normativa rinveniente dall'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).



## 1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA 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 zona 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.

#### 1.1.1. 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 <sup>2</sup> )
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
<b>Totale Regione</b>	<b>257</b>	<b>3.953.305</b>	<b>19.540</b>

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)**

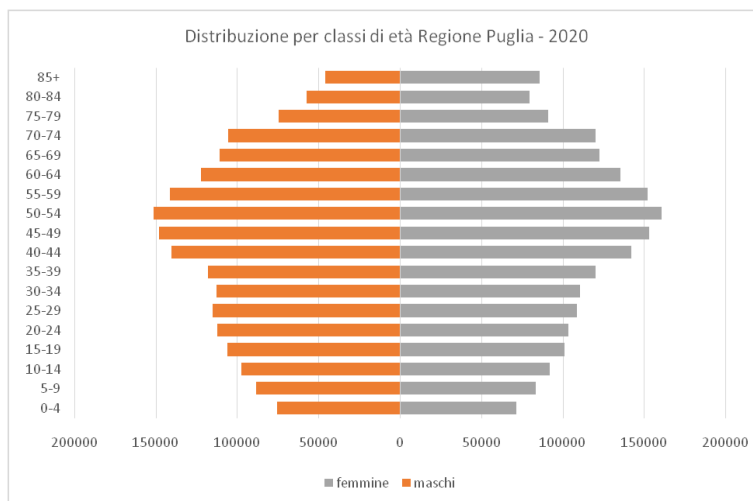
Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	27.678	196.754	762.965	270.486	79.964	1.230.205
Bat	8.909	66.065	242.453	76.283	21.270	384.801
Brindisi	7.639	58.331	236.967	89.937	26.935	385.235
Foggia	13.548	101.438	373.057	132.409	41.066	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
<b>Totale Regione</b>	<b>85.189</b>	<b>629.459</b>	<b>2.432.004</b>	<b>891.842</b>	<b>268.126</b>	<b>3.953.305</b>

Classi di età (valori percentuali)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Tot popolazione
Bari	2,2	16,0	62,0	22,0	6,5	100,0
Bat	2,3	17,2	63,0	19,8	5,5	100,0
Brindisi	2,0	15,1	61,5	23,3	7,0	100,0
Foggia	2,2	16,7	61,5	21,8	6,8	100,0
Lecce	2,0	15,0	60,5	24,5	7,7	100,0
Taranto	2,1	15,9	60,9	23,2	6,8	100,0
<b>Totale Regione</b>	<b>2,2</b>	<b>15,9</b>	<b>61,5</b>	<b>22,6</b>	<b>6,8</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istat

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>

Come si è detto, 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).

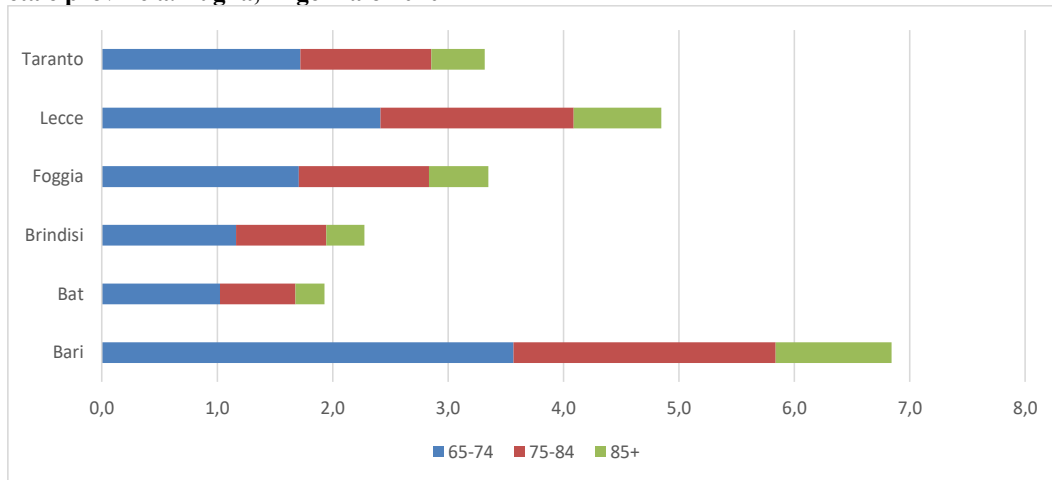
**Tabella 1.3 - Distribuzione assoluta e percentuale della popolazione per le seguenti fasce di età: 65-74, 75-84, 85+ (Puglia vs Italia)**

	PUGLIA						ITALIA					
	Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>65-74</b>	458415	11,6	216269	11,2	242146	11,9	6795374	11,4	3208046	11,0	3587328	11,7
<b>75-84</b>	301953	7,6	131944	6,9	170009	8,4	4875549	8,2	2112020	7,3	2763529	9,0
<b>85+</b>	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- Proporzioni (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	<b>Italia</b>	21,53	21,44	21,31	21,14	20,95	20,73	20,47	
22	<b>Nord Ovest</b>	21,47	21,43	21,34	21,22	21,06	20,87	20,59	
23	<b>Nord Est</b>	21,71	21,68	21,59	21,45	21,26	21,05	20,76	
24	<b>Nord</b>	21,57	21,54	21,45	21,32	21,15	20,94	20,66	
25	<b>Centro</b>	20,89	20,87	20,83	20,72	20,58	20,39	20,14	
26	<b>Sud</b>	22,11	21,89	21,63	21,35	21,08	20,81	20,54	
27	<b>Isole</b>	21,24	21,08	20,91	20,71	20,52	20,34	20,12	
28	<b>Mezzogiorno</b>	21,83	21,63	21,4	21,14	20,9	20,66	20,4	
29	<b>Italia</b>	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%	-	-	13%
15-64	64,6%			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/>)

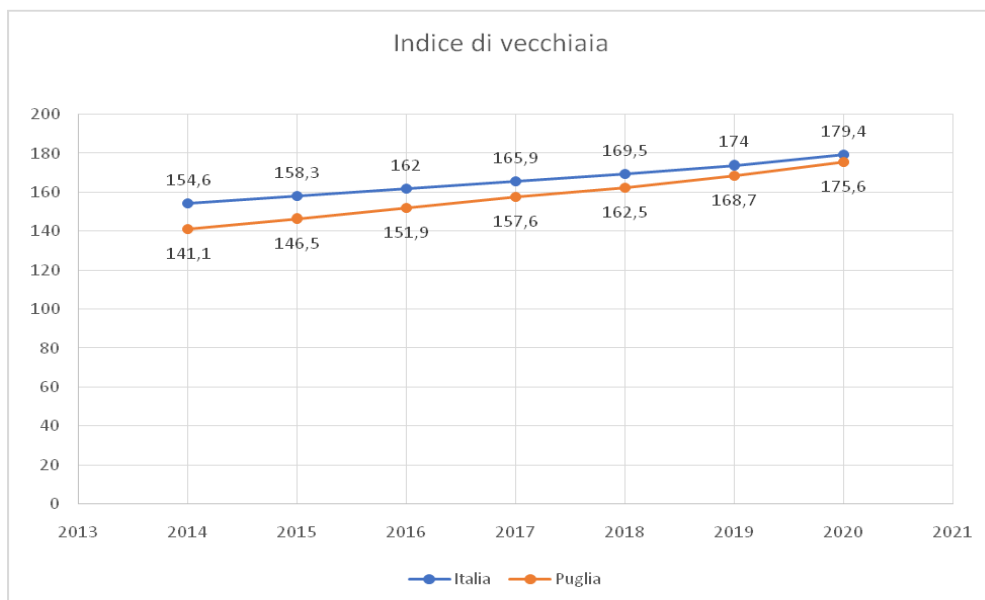
\*\* Stimato 2020

\* 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%).

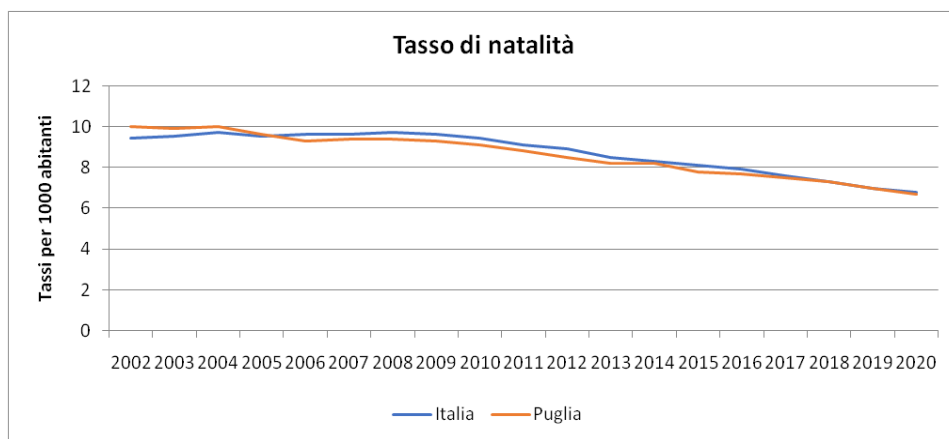
**Figura 1.3 Indice vecchiaia Puglia vs Italia**



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

	<b>Italia</b>	<b>Puglia</b>
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).

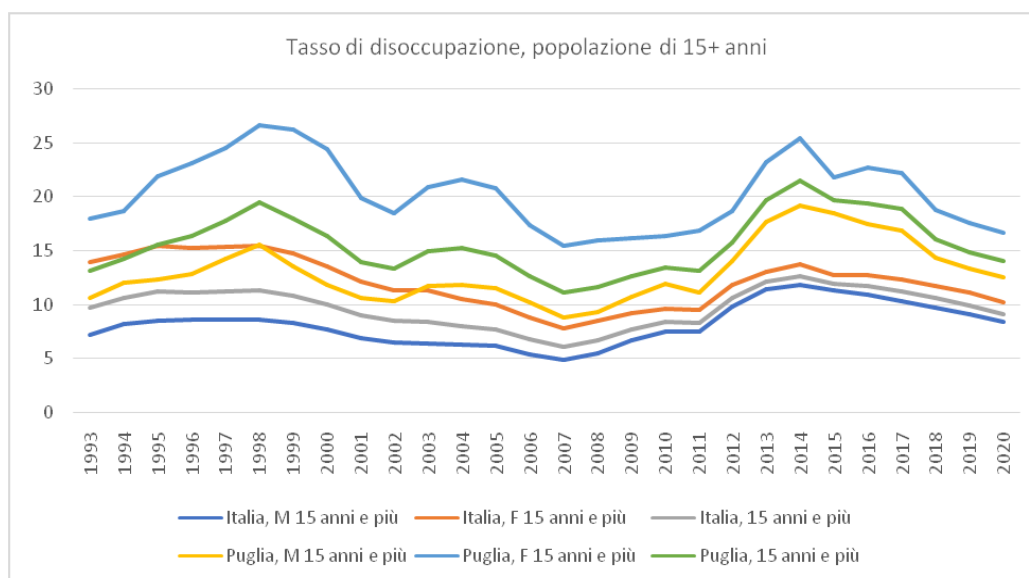
Il tema delle disuguaglianze sociali nelle varie dimensioni di salute ha lo scopo di stimolare l'individuazione

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-economici 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 famigliare (€) (2018)	23.087	25.716
Distribuzione per quintili di reddito (2018)		
	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
Q1	31,8	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 mediani 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)		
Selezione Periodo		2018	2019	2020
<b>Territorio</b>				
Italia		11,8	11,4	10,1
Piemonte		6,6	7,5	6,1
Valle d'Aosta / Vallé ed'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
ProvinciaAutonoma Bolzano / Bozen		..	..	..
ProvinciaAutonoma 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 deprivazione 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 deprivazione abitativa	5,9	6,5	5	-0,6	0,9	2018	-	valori percentuali
Grave deprivazione materiale	12,8	16,7	8,5	-8,2	4,3	2018	-	valori percentuali
Indice composito Condizioni economiche minime	98,4	90,8	103,3	7,6	-4,9	2018	-	
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,3	99,7	6,3	-9,1	2017	-	
Reddito medio disponibile pro capite	14338,5	13995,4	18902,2	343,1	-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	-0,3	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	8,6	-1,2	2,1	1,1	2017	-	valori percentuali
Grave deprivazione abitativa	7,3	6,8	5,5	-1,4	-0,3	-0,5	2017	-	valori percentuali
Grave deprivazione materiale	15,1	16,5	10,1	-2,3	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	-	
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,9	99,9	0	-0,6	-0,2	2016	-	
Reddito medio disponibile pro capite	13976,7	13685,7	18511,8	361,8	309,7	390,4	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

### 1.1.2.1. Mortalità ed ospedalizzazione

**Ospedalizzazioni e mortalità per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio)**

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 1.102.803 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 8699 x 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (9767 vs 7845 per 100.000 abitanti). (Tabella 1.9, Figura 1.6).

Tra le cause di ricovero, le più frequenti sono le malattie del sistema circolatorio (con un TS pari a 1562 per 100.000 abitanti), le malattie dell'apparato digerente (con un TS pari a 1139 per 100.000 abitanti), i tumori maligni (con un TS pari a 915 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (con un TS di 870 per 100.000). Tutti e quattro i grandi gruppi di cause sono più frequenti tra gli uomini piuttosto che tra le donne (Figure 1.7a e 1.7b).

Sempre nel triennio 2017-2019, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari - 7757 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia - 12130 per 100.000 abitanti. La figura 1.8 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le

singole ASL e, a partire dal triennio 2011-2013, con un dato per ASL totalmente allineato con quello regionale. Unica eccezione è rappresentata dall'ASL di Foggia che traccia, per il periodo in analisi (2002-2019), una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia.

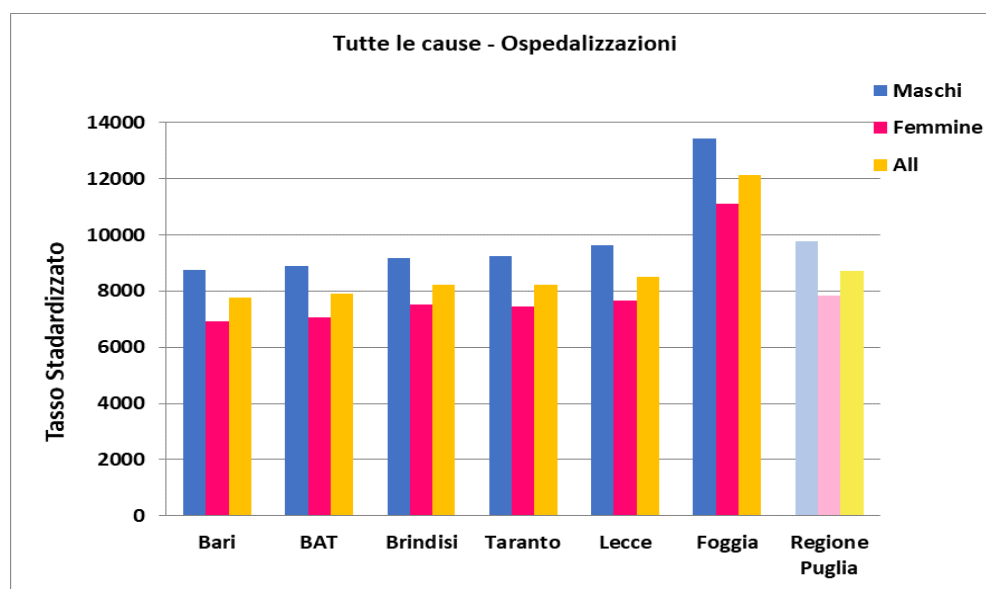
Nel triennio 2016-2018 si sono verificati 117.077 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 839 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1007 vs 705 per 100.000 abitanti) e presenta una variabilità geografica con valori più elevati nell'ASL di BAT e più bassa nell'ASL di Bari (871 vs 809 per 100.000 abitanti). La mortalità per tutte le cause si è ridotta nel tempo con tassi che vanno da 1063 per 100.000 abitanti nel triennio 201-2003 a 839 nell'ultimo triennio analizzato (2016-2018) per l'intera regione (**Figura 1.9**).

**Tabella 1.9 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	52961	9178	9099; 9257	50276	7510	7442; 7577	103237	8224	8173; 8275
Taranto	78995	9234	9169; 9299	72872	7440	7385; 7495	151867	8234	8192; 8276
BAT	48952	8890	8811; 8970	42713	7060	6992; 7127	91665	7899	7848; 7951
Bari	159636	8760	8717; 8803	142583	6933	6896; 6970	302219	7757	7729; 7785
Foggia	121375	13417	13341; 13493	113236	11094	11028; 11160	234611	12130	12080; 12179
Lecce	113789	9628	9572; 9684	105415	7643	7595; 7691	219204	8504	8467; 8540
<b>Regione Puglia</b>	<b>575708</b>	<b>9767</b>	<b>9742; 9793</b>	<b>527095</b>	<b>7845</b>	<b>7824; 7867</b>	<b>1102803</b>	<b>8699</b>	<b>8682; 8715</b>

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

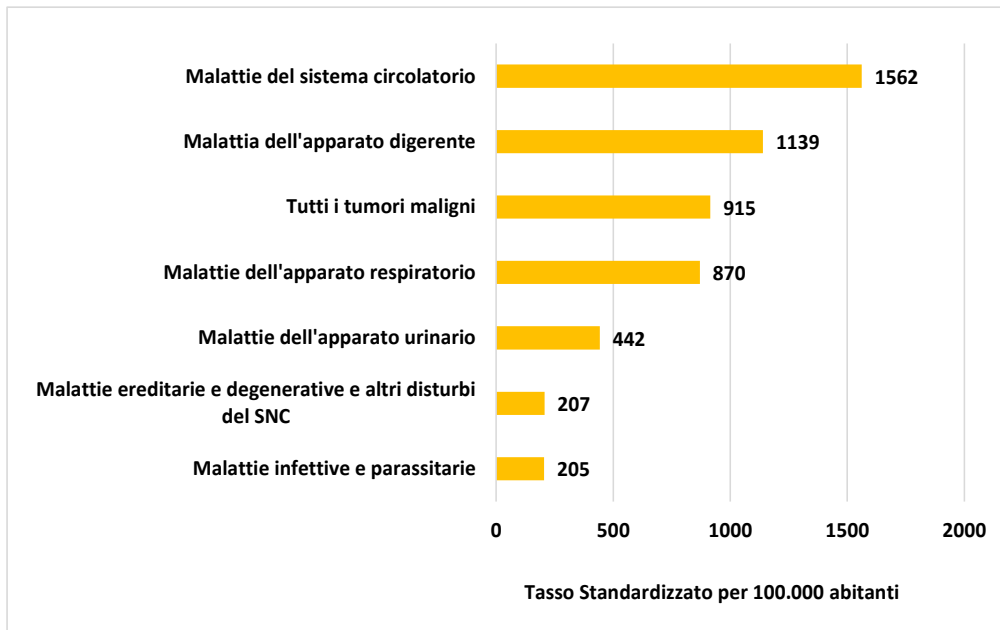
**Figura 1.6 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2017-2019**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

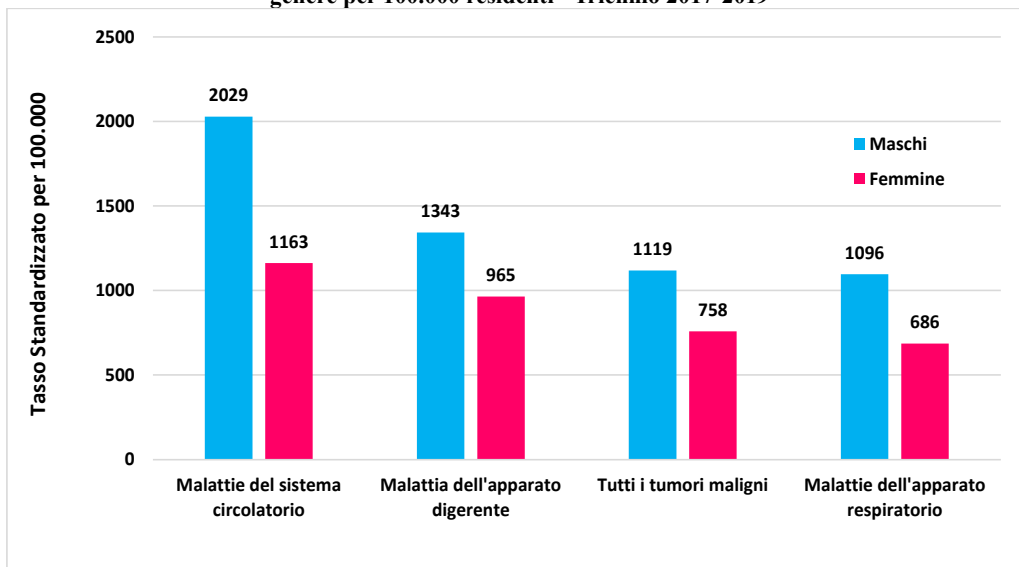
**Figura 1.7a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019**





Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.7b - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per le prime 4 cause più frequenti di ricovero per genere per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.8 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL

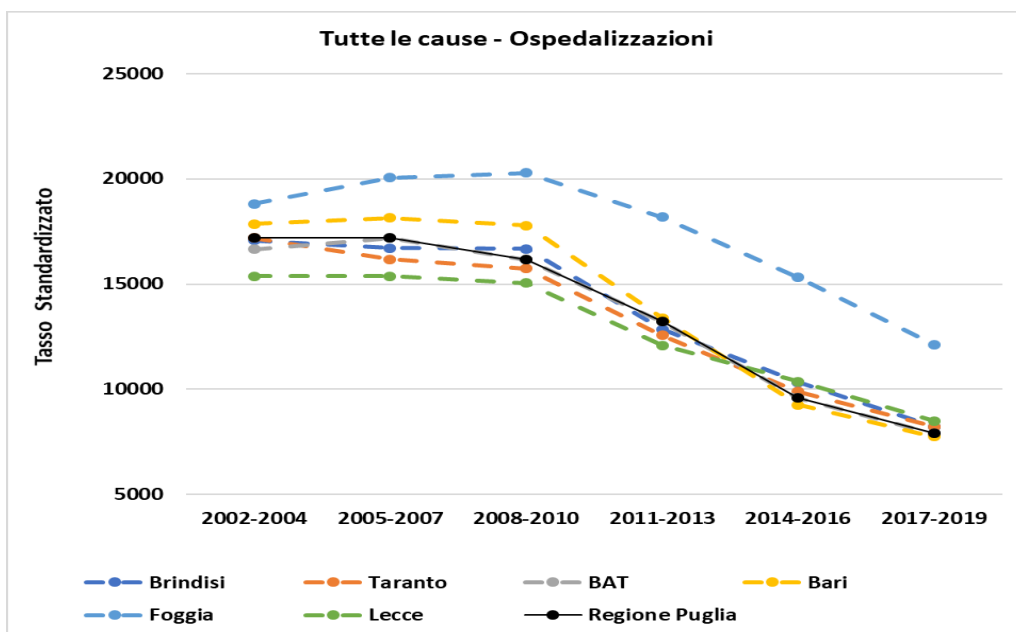
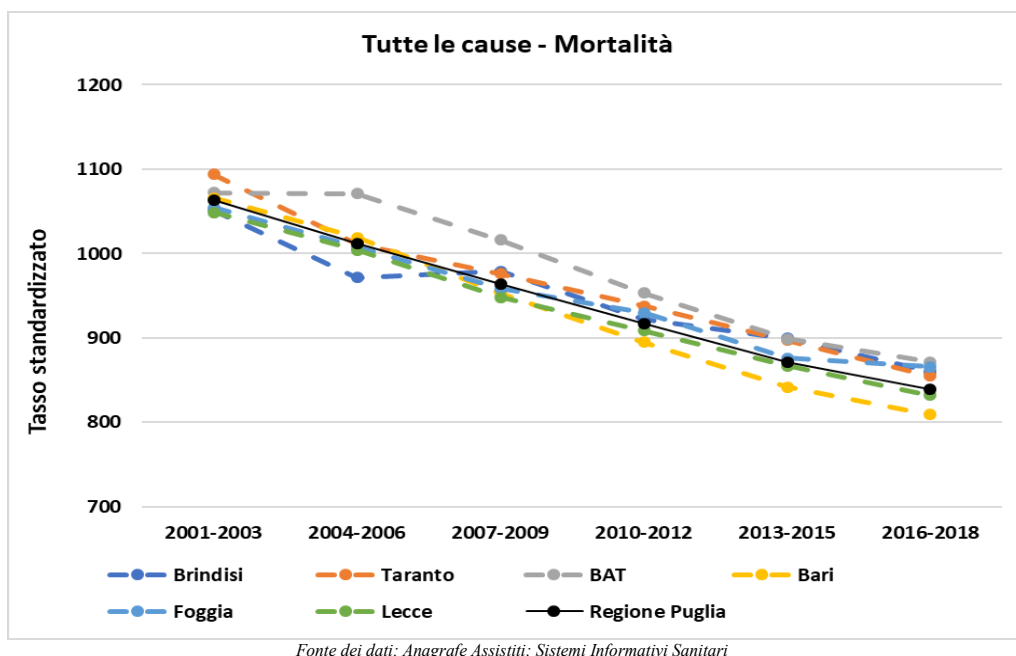


Figura 1.9 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL



**Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni**

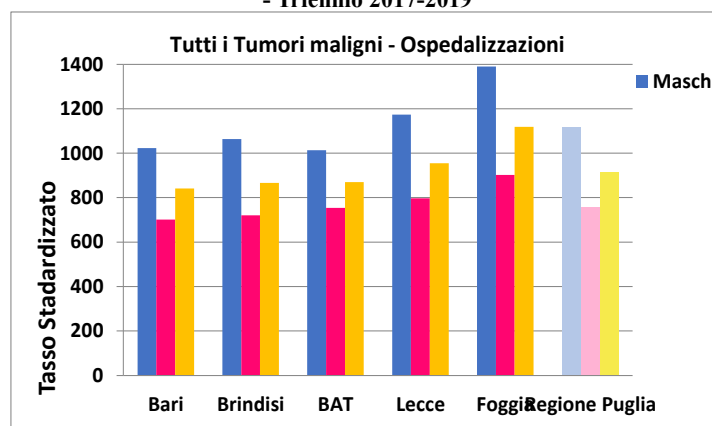
Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 120.608 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 915 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (1119 vs 758 per 100.000 abitanti). (Tabella 1.10, Figura 1.10). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Foggia (841 vs 1118 per 100.000 abitanti). La figura 1.11 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2002-2010 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2011-2019 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Complessivamente, per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Foggia presenta una curva nettamente al di sopra all'andamento complessivo mentre l'ASL di Brindisi presenta tassi inferiori ai valori regionali. Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 31.223 decessi con un TS pari a 232 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (310 decessi tra gli uomini vs 175 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 271 decessi a 232 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL di Foggia che presenta la mortalità più bassa. (Figura 1.12)

**Tabella 1.10 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	6311	1063.1	1036.9; 1089.8	5083	720.6	700.7; 741.0	11394	866.3	850.4; 882.5
Taranto	9408	1065.3	1043.8; 1087.1	7192	704.9	688.6; 721.6	16600	861.6	848.5; 874.9
BAT	5564	1013.9	987.3; 1041.1	4681	754.1	732.5; 776.1	10245	869.9	853.1; 887.0
Bari	19007	1022.4	1007.8; 1037.1	15070	700.8	689.5; 712.1	34077	841.3	832.3; 850.3
Foggia	12616	1389.7	1365.5; 1414.3	9453	902.6	884.3; 921.2	22069	1118.1	1103.3; 1133.0
Lecce	14518	1173.6	1154.5; 1192.9	11705	796.4	781.8; 811.2	26223	955.4	943.7; 967.1
<b>Regione Puglia</b>	<b>67424</b>	<b>1119.0</b>	<b>1110.5; 1127.5</b>	<b>53184</b>	<b>758.2</b>	<b>751.7; 764.7</b>	<b>120608</b>	<b>914.8</b>	<b>909.6; 920.0</b>

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

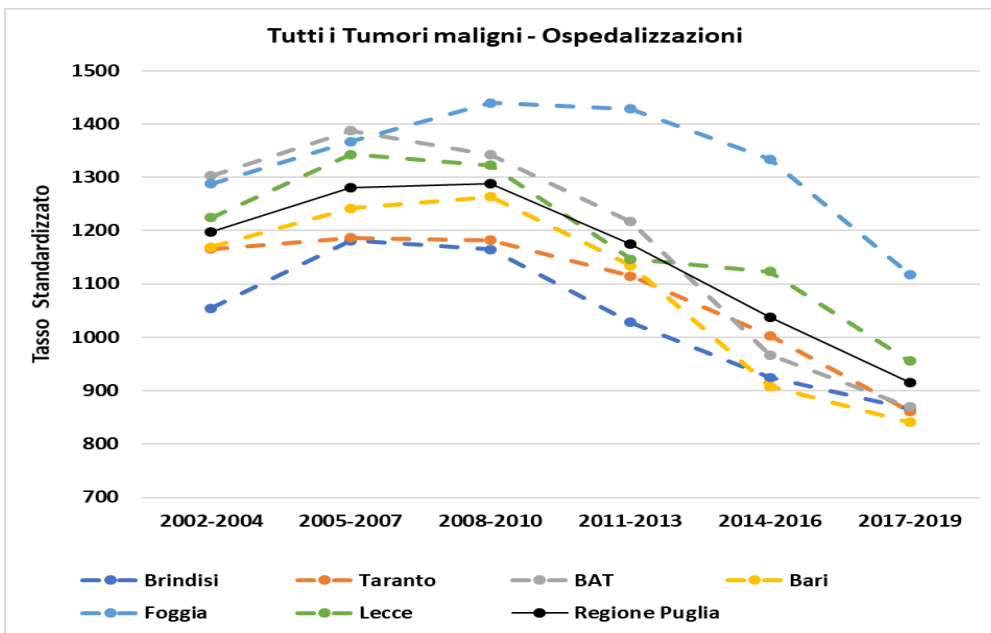
**Figura 1.10 - Tasso di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2017-2019**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

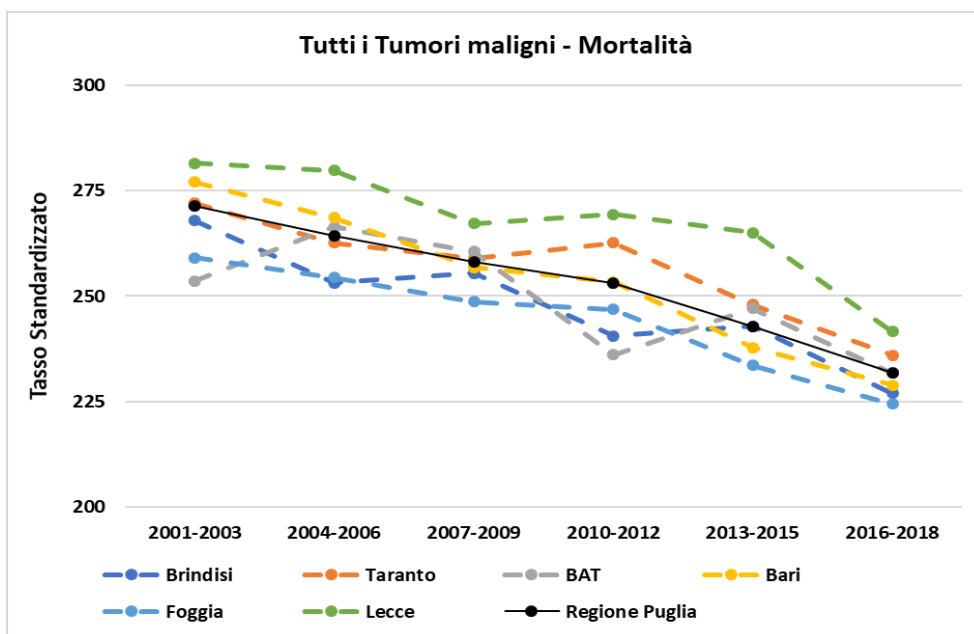
**Figura 1.11 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 per tutti i**

tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.12 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per tumore del colon retto

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati circa 12.171 ricoveri per tumore del colon retto in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 91 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (113 vs 73 per 100.000 abitanti) (**Tabella 1.11, Figura 1.13**). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nelle ASL di Brindisi e BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (79 vs 110 per 100.000 abitanti). La **figura 1.14** mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2002-2010 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2011-2019 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL ad eccezione dell'ASL di Lecce dove il tasso di ospedalizzazione torna ad aumentare a partire dal triennio 2014-2016.

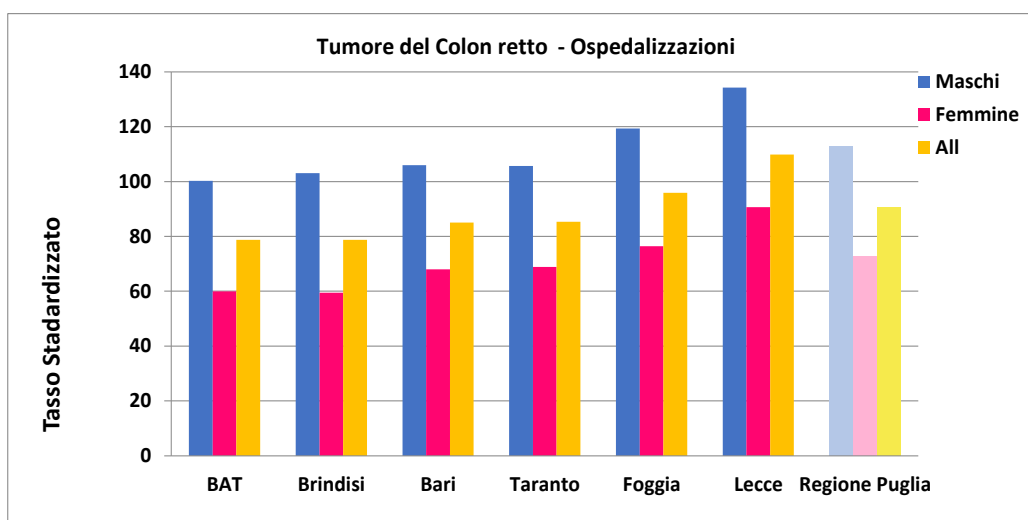
Per quanto riguarda la mortalità (**Figura 1.15**), nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 3456 decessi con un TS pari a 25: il TS di mortalità risulta più alto tra gli uomini che tra le donne (34 vs 19 per 100.000 abitanti). Inoltre, la mortalità rimane stabile per l'intero periodo di osservazione (2001-2018).

**Tabella 1.11 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	617	103.1	95.1; 111.6	445	59.5	54.0; 65.5	1062	78.8	74.1; 83.7
Taranto	939	105.7	99.0; 112.7	737	68.9	64.0; 74.2	1676	85.3	81.3; 89.5
BAT	547	100.3	92.0; 109.2	376	60.0	54.0; 66.4	923	78.7	73.7; 84.0
Bari	1963	106.0	101.3; 110.8	1516	68.0	64.6; 71.6	3479	85.0	82.2; 87.9
Foggia	1084	119.3	112.3; 126.7	849	76.4	71.3; 81.9	1933	95.9	91.6; 100.3
Lecce	1674	134.2	127.9; 140.9	1424	90.7	86.0; 95.7	3098	109.9	106.0; 113.9
<b>Regione Puglia</b>	<b>6824</b>	<b>113.0</b>	<b>110.3; 115.7</b>	<b>5347</b>	<b>72.6</b>	<b>70.7; 74.6</b>	<b>12171</b>	<b>90.7</b>	<b>89.1; 92.4</b>

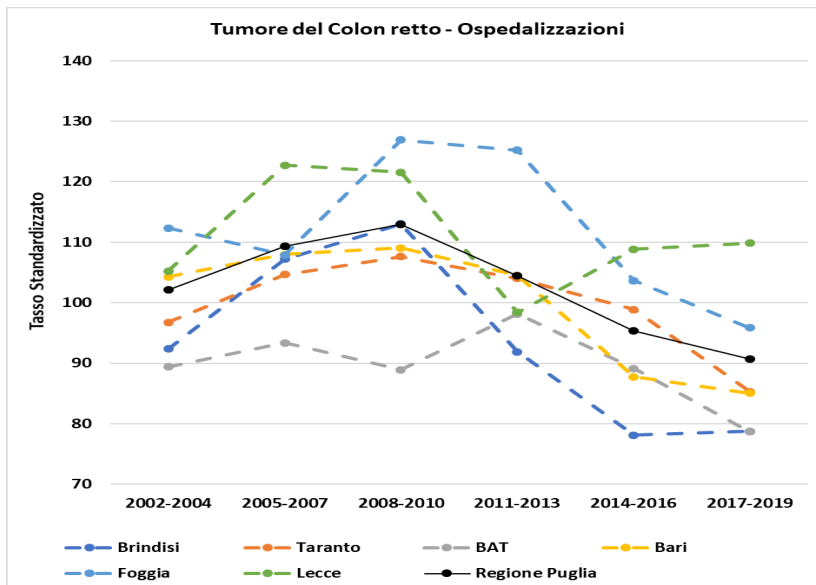
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.13 - Tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2017-2019**



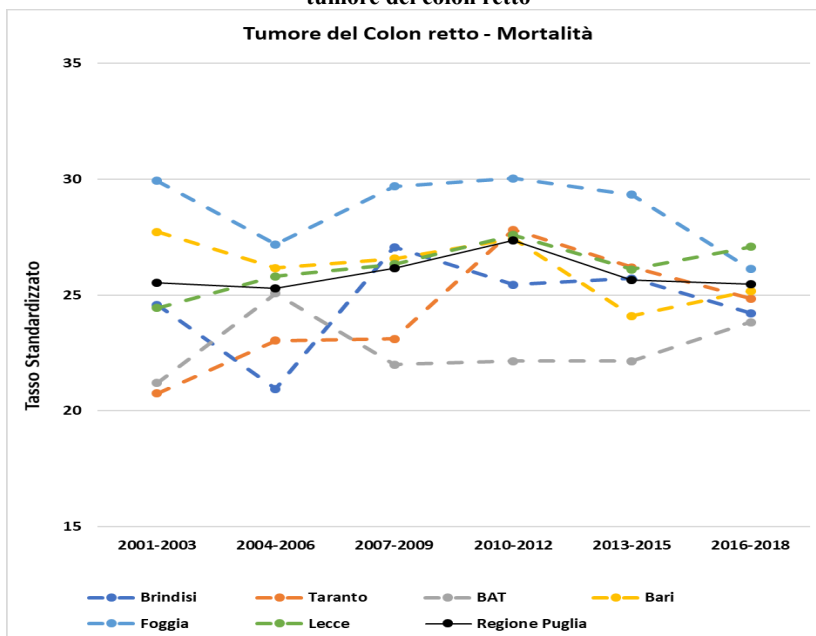
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.14 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 1.15 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del polmone**

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 9103 ricoveri per tumore del polmone in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 69 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (114 vs 31 per 100.000 abitanti) (**Tabella 1.12, Figura 1.16**). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (50 vs 90 per 100.000 abitanti) con una variabilità che riguarda sia le donne (24 vs 40 per 100.000 abitanti) che gli uomini (80 vs 151 per 100.000 abitanti).

La **figura 1.17** mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione del tumore del polmone a partire dal triennio 2008-2010 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL ad eccezione dell'ASL di Foggia dove il tasso oscilla mantenendosi sostanzialmente costante. Per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Lecce presenta una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'ASL BAT presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi con una variabilità tra ASL che rimane tutto sommato costante per il periodo analizzato.

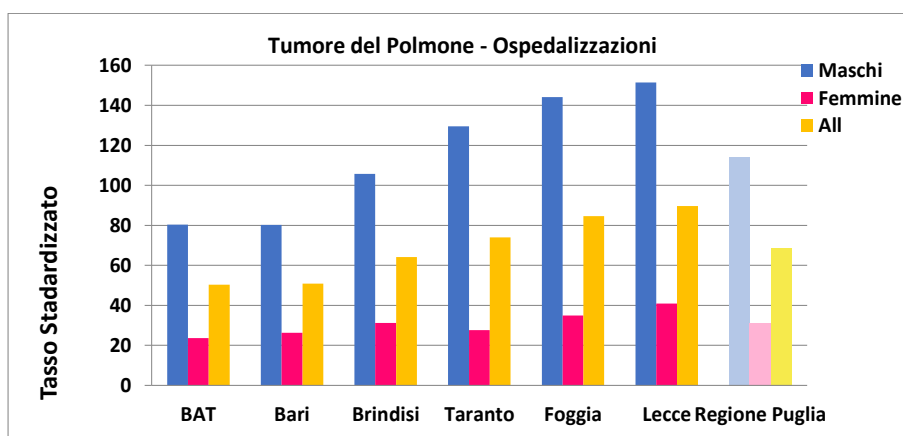
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 5519 decessi con un TS di mortalità pari a 41 per 100.000 (16 per le donne e 74 per gli uomini). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 52 decessi a 40 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL BAT, che, a partire dal triennio 2010-2012, presenta la mortalità più bassa. (**Figura 1.18**).

**Tabella 1.12 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	633	105.8	97.7; 114.4	222	31.2	27.2; 35.7	855	64.2	60.0; 68.7
Taranto	1156	129.6	122.2; 137.3	288	27.6	24.5; 31.1	1444	74.0	70.2; 77.9
BAT	439	80.4	73.1; 88.4	146	23.7	20.0; 27.9	585	50.4	46.4; 54.6
Bari	1491	80.3	76.2; 84.5	567	26.4	24.2; 28.7	2058	50.9	48.7; 53.2
Foggia	1303	144.1	136.4; 152.2	368	34.9	31.4; 38.7	1671	84.6	80.6; 88.8
Lecce	1888	151.4	144.6; 158.4	602	40.9	37.6; 44.3	2490	89.7	86.2; 93.3
<b>Regione Puglia</b>	<b>6910</b>	<b>114.4</b>	<b>111.7; 117.1</b>	<b>2193</b>	<b>31.1</b>	<b>29.8; 32.4</b>	<b>9103</b>	<b>68.7</b>	<b>67.3; 70.2</b>

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.16 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2017-2019**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.17 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone**

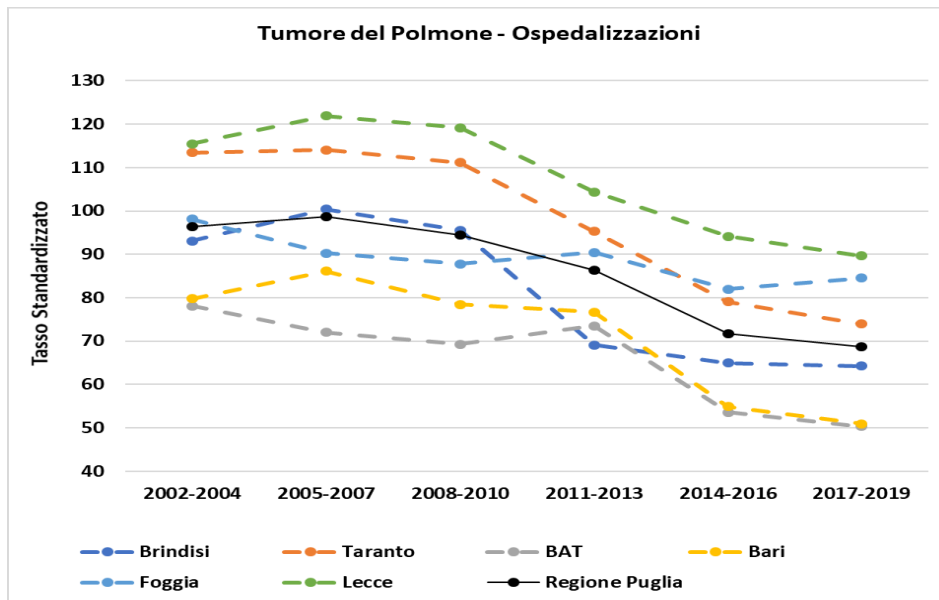
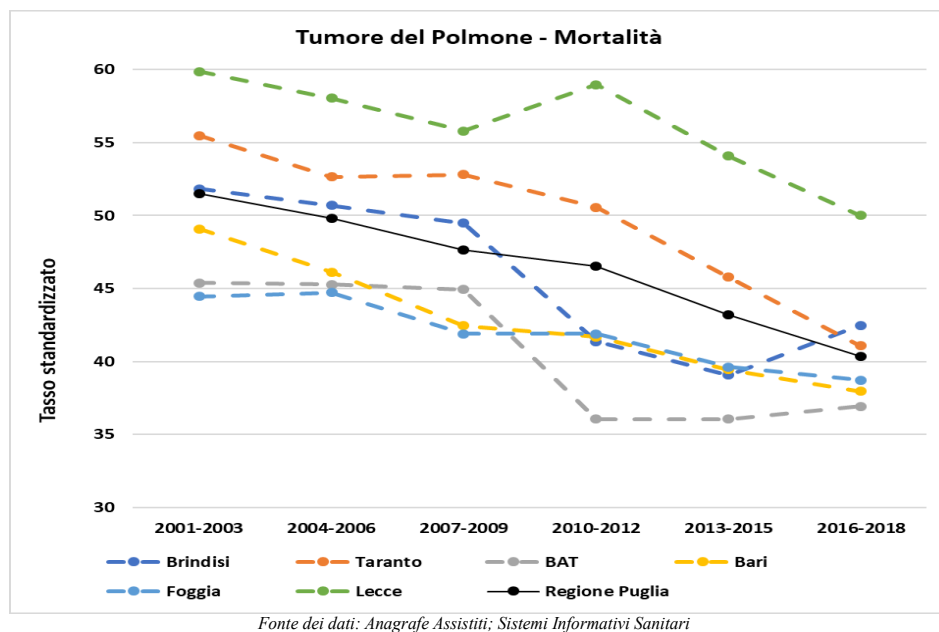


Figura 1.18 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del polmone



**Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore della mammella**



Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 12.523 ricoveri per tumore della mammella in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 181 x 100.000 donne (**Tabella 1.13, Figura 1.19**). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Lecce (159 vs 212 per 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2002-2019), nella regione Puglia il tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella ha un andamento tutto sommato stabile mentre nelle singole ASL si riscontra una variabilità più importante nel tempo con tassi di ospedalizzazione che oscillano e che si differenziano dal valore regionale a seconda del triennio considerato. (**Figura 1.20**)

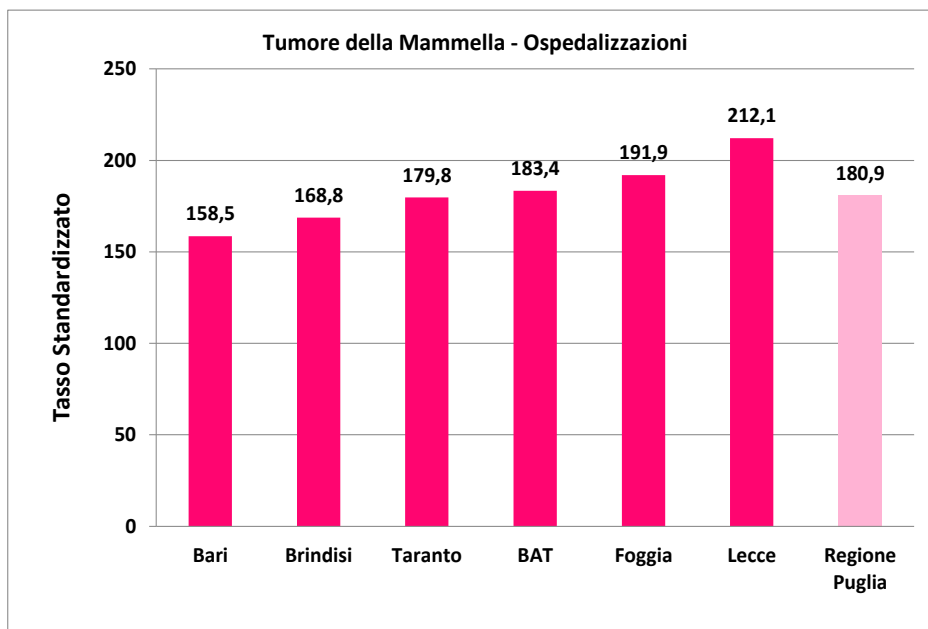
Nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 2498 decessi con un TS di mortalità pari a 33 per 100.000 donne con una mortalità che è rimasta stabile per tutto il periodo osservato (2001-2018). (**Figura 1.21**)

**Tabella 1.13 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2017-2019**

Asl	Femmine		
	N	Tasso	IC 95%
Bari	3396	158.5	153.2; 164.0
Brindisi	1167	168.8	159.2; 178.9
Taranto	1802	179.8	171.5; 188.4
BAT	1151	183.4	173.0; 194.5
Foggia	1962	191.9	183.5; 200.7
Lecce	3045	212.1	204.6; 219.9
<b>Regione Puglia</b>	<b>12523</b>	<b>180.9</b>	<b>177.7; 184.1</b>

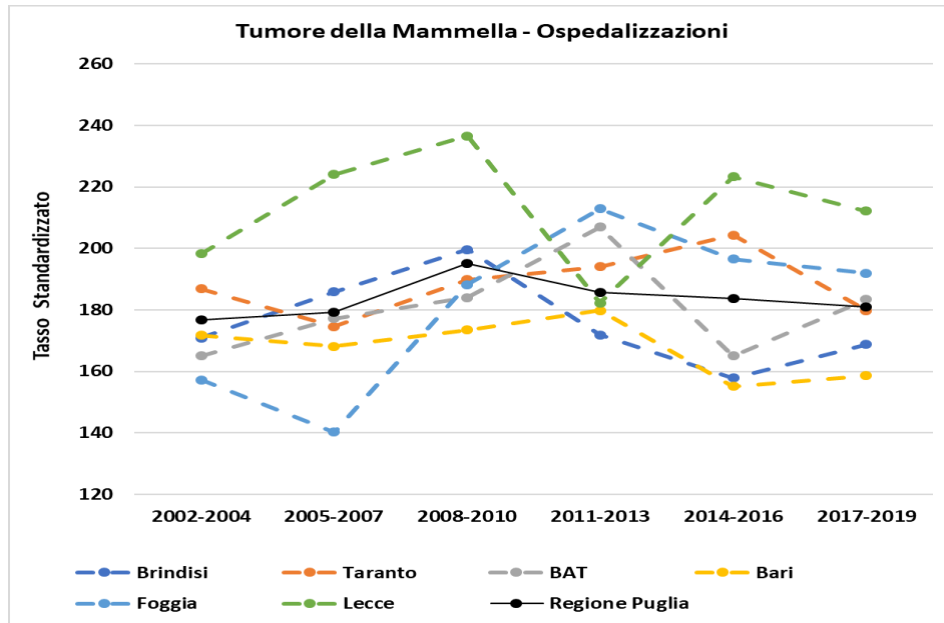
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.19 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2017-2019**



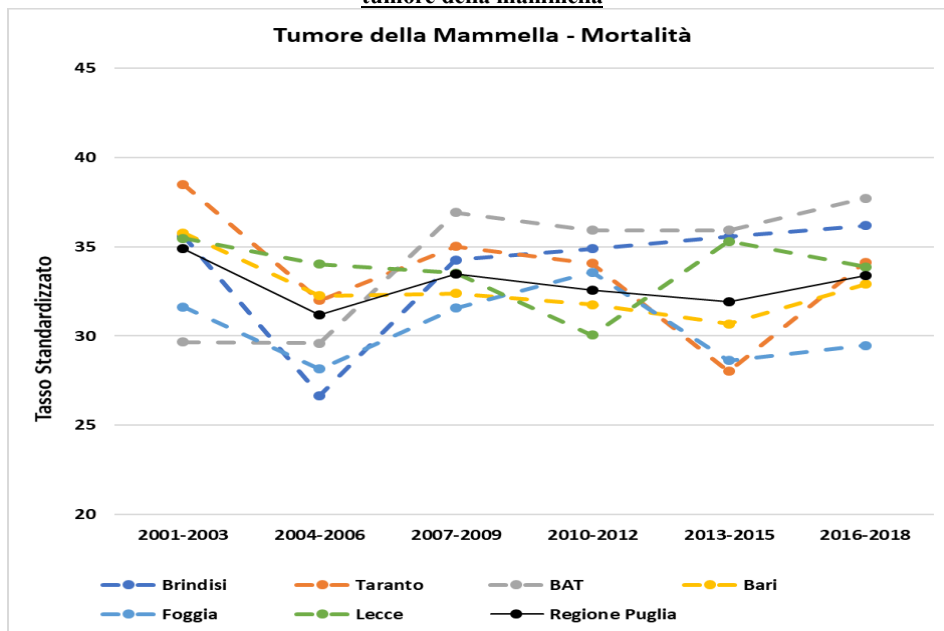
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.20 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.21 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore della mammella**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del fegato**

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 3868 ricoveri per tumore del fegato in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 29 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (49 vs 12 per 100.000 abitanti). (Tabella 1.14, Figura 1.22). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL Brindisi mentre quello più alto nella ASL di Foggia (24 vs 36 per 100.000 abitanti). La figura 1.23 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione del tumore del fegato: si passa da 42 ospedalizzazioni per 100.000 abitanti nel triennio 2002-2004 a 29 ospedalizzazioni per 100.000 abitanti nel triennio 2017-2019. Per l'intero periodo, l'ASL di Brindisi presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi mentre l'ASL BAT quelli più alti: le differenze tra le ASL si riducono nel tempo con valori che convergono verso il valore regionale.

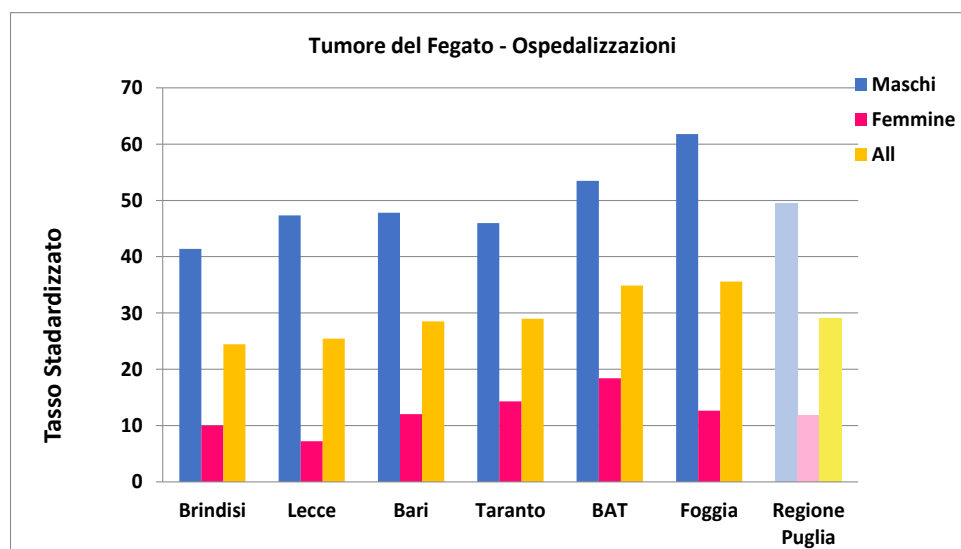
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 1811 decessi con un TS di mortalità pari a 14 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini rispetto alle donne (21 vs 8 per 100.000 abitanti). In Puglia la mortalità si è ridotta passando da 22 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2001-2003 a 14 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2016-2018. Lo stesso trend si registra in tutte le ASL con una riduzione più marcata nell'ASL BAT. (Figura 1.24)

**Tabella 1.14 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	246	41.4	36.4; 47.0	76	10.0	7.9; 12.7	322	24.4	21.8; 27.3
Taranto	411	46.0	41.6; 50.7	153	14.3	12.1; 16.9	564	29.0	26.6; 31.5
BAT	295	53.5	47.5; 60.1	115	18.4	15.2; 22.2	410	34.9	31.6; 38.4
Bari	893	47.8	44.7; 51.1	265	12.0	10.6; 13.6	1158	28.5	26.9; 30.2
Foggia	566	61.8	56.8; 67.1	139	12.6	10.6; 15.0	705	35.6	33.0; 38.3
Lecce	592	47.4	43.6; 41.4	117	7.2	6.0; 8.7	709	25.4	23.6; 27.4
<b>Regione Puglia</b>	<b>3003</b>	<b>49.4</b>	<b>47.7; 51.2</b>	<b>865</b>	<b>11.7</b>	<b>11.0; 12.6</b>	<b>3868</b>	<b>29.1</b>	<b>28.2; 30.1</b>

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.22 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2017-2019**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.23 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato**

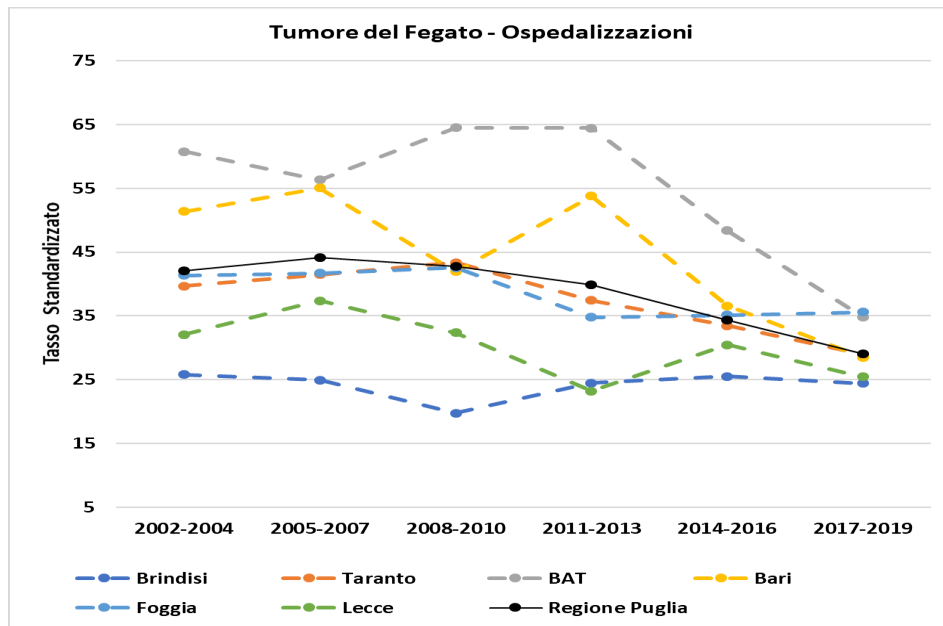
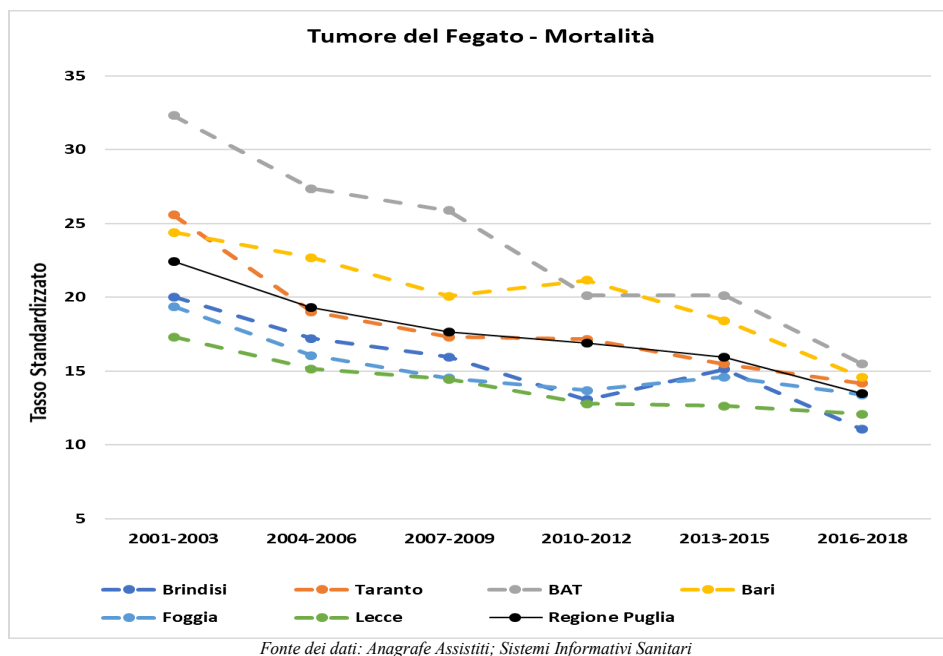


Figura 1.24 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del fegato



### 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 1.15). 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 1.25).

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

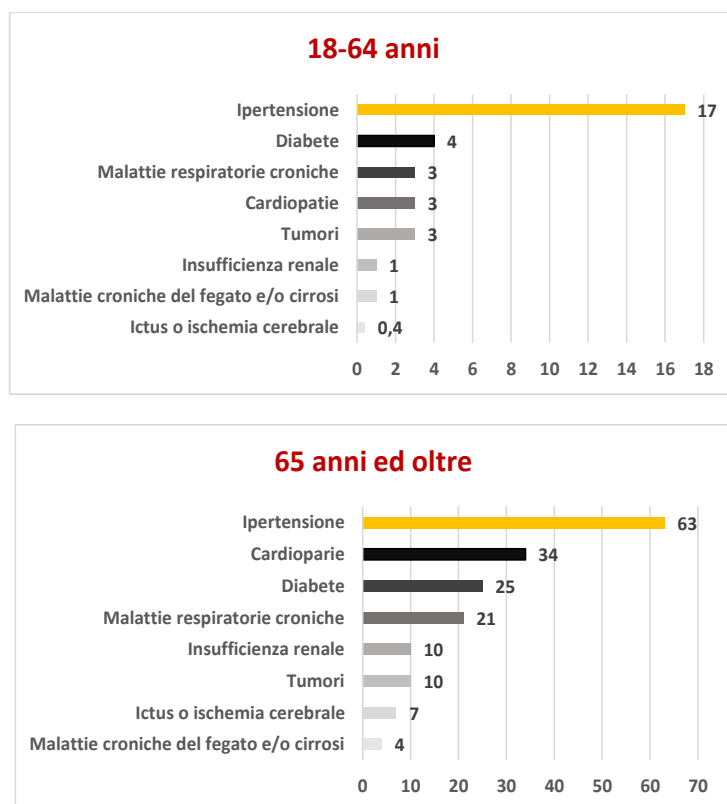
PASSI	18-64 anni					
	Italia			Puglia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	81.8	81.5	82	85.5	84.8	86.3
Persone con almeno 1 patologie cronica*	18.2	18	18.5	14.5	13.8	15.2
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	4.4	4.2	4.5	3.2	2.8	3.6

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



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

**Tabella 1.16 – Comorbidità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche nella popolazione ultra65enne - Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2019.**

		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
<b>Età</b>	65-74	18.8	18	19.6
	75-84	30.2	29.2	31.3
	85 o più	38	36.1	39.8
<b>Sesso</b>	uomini	27.5	26.6	28.5
	donne	24.3	23.5	25.2
<b>Istruzione</b>	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
<b>Difficoltà economiche</b>	molte	42.8	40.8	44.9
	qualche	28.9	27.8	30
	nessuna	18.6	17.8	19.4
<b>Vivere soli</b>	no	26.2	25.5	26.9
	sì	23.3	22	24.6
<b>Macro area di residenza</b>	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

Cardiopatía 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 1.17, Figura 1.26**). 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) (**Figura 1.27**).

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

ripercorrere 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 1.28**).

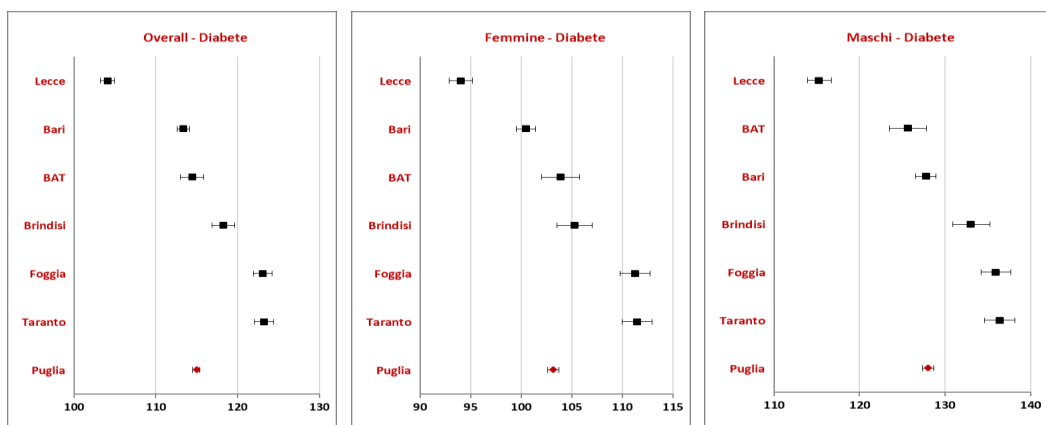
**Tabella 1.17 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

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
<b>Regione Puglia</b>	<b>287599</b>	<b>114.9</b>	<b>114.5; 115.4</b>	<b>141998</b>	<b>103.2</b>	<b>102.6; 103.7</b>	<b>145601</b>	<b>128.0</b>	<b>127.4; 128.7</b>

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

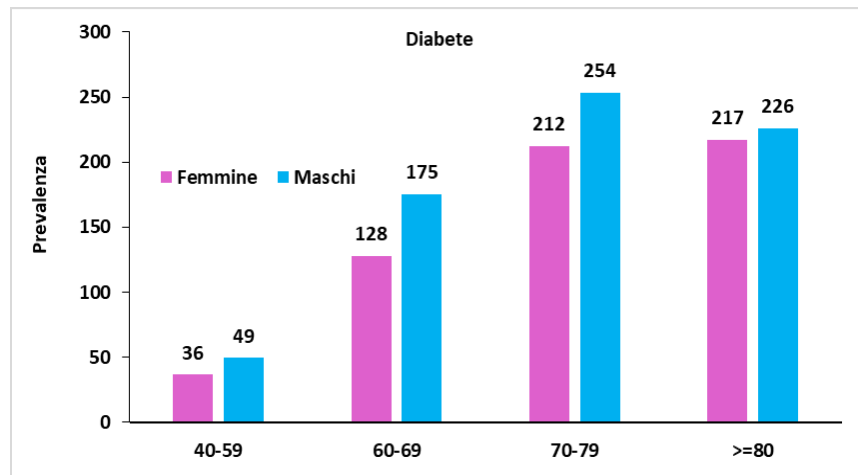
**Figura 1.26 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

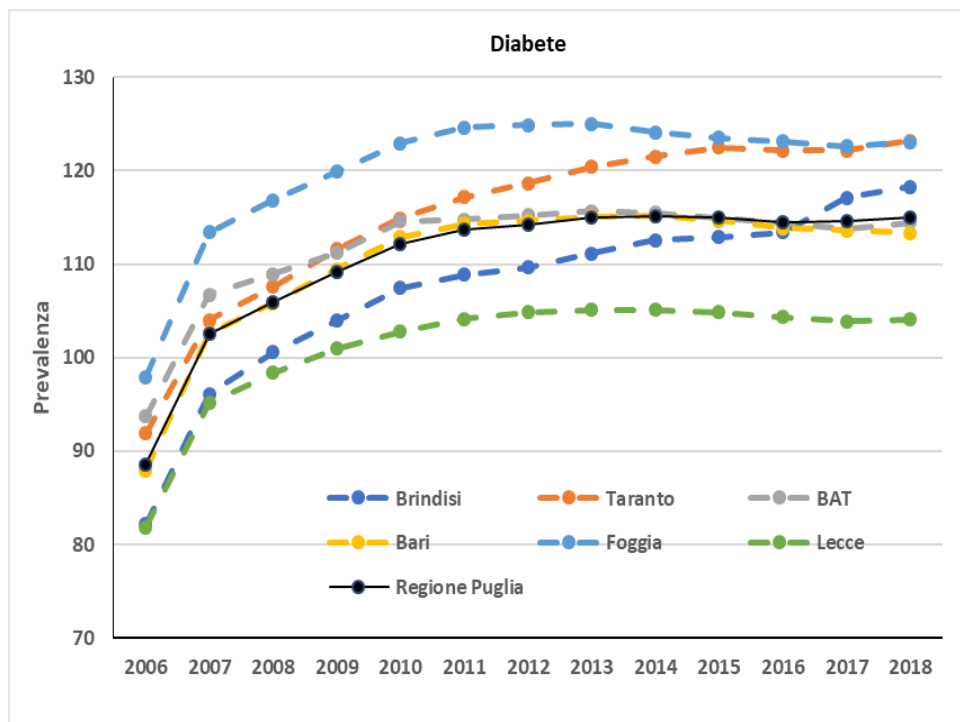


**Figura 1.27 - Prevalenza del diabete per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti**



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.28 – 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 (448/00) mentre l'asl di BAT quella più bassa (399/00) (Tabella 1.18, Figura 1.29). Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 1.31 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 1.30 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).

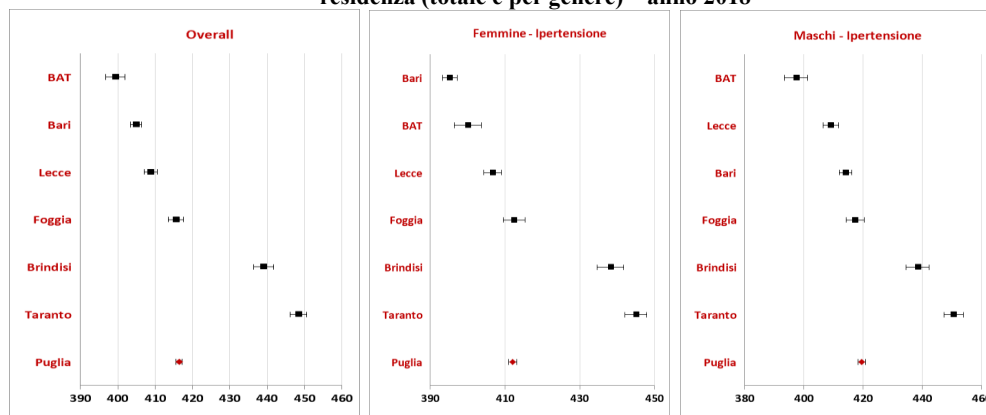
**Tabella 1.18 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

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	148784	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
<b>Regione Puglia</b>	<b>1044078</b>	<b>416.4</b>	<b>415.6; 417.2</b>	<b>564773</b>	<b>412.0</b>	<b>411.0; 413.1</b>	<b>479305</b>	<b>419.5</b>	<b>418.4; 420.7</b>

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

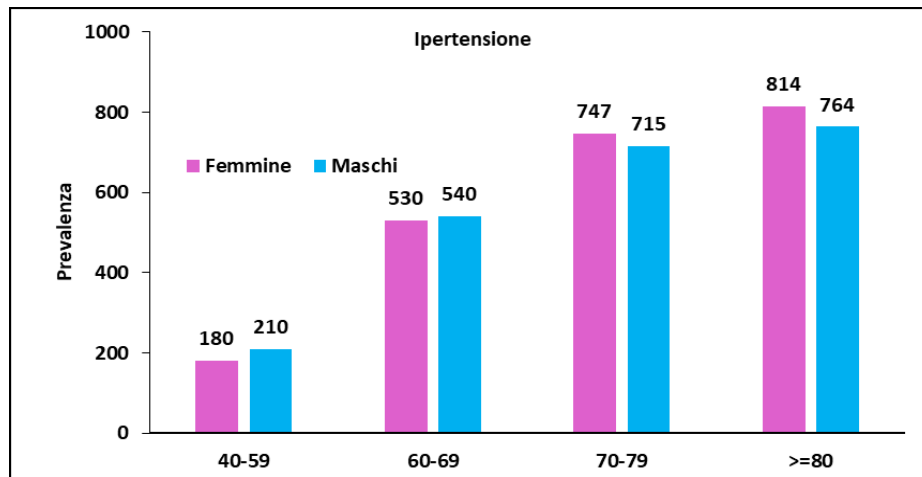
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.29 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

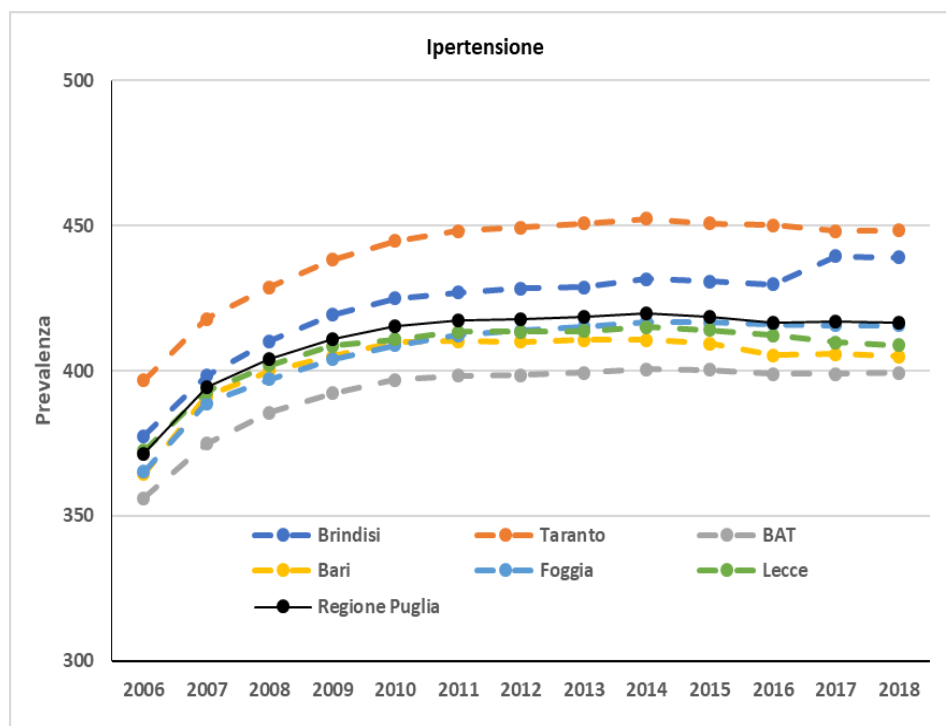


Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.30 - Prevalenza dell'ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti**



**Figura 1.31 – Andamento temporale della prevalenza dell'ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti**



### 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 1.19, Figura 1.32**). La **figura 1.33** 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 1.34**)

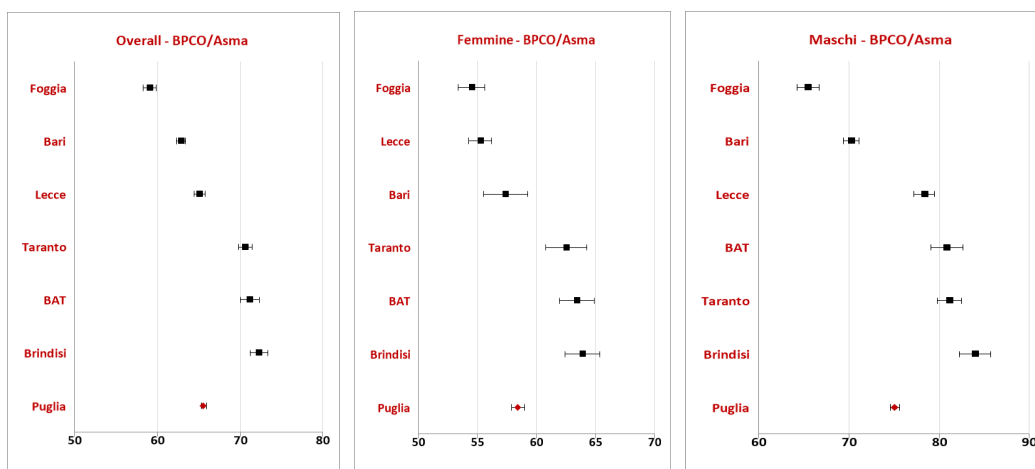
**Tabella 1.19 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

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
<b>Regione Puglia</b>	<b>167483</b>	<b>65.6</b>	<b>65.3; 65.9</b>	<b>81612</b>	<b>58.4</b>	<b>58.0; 58.8</b>	<b>85871</b>	<b>75.1</b>	<b>74.6; 75.6</b>

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

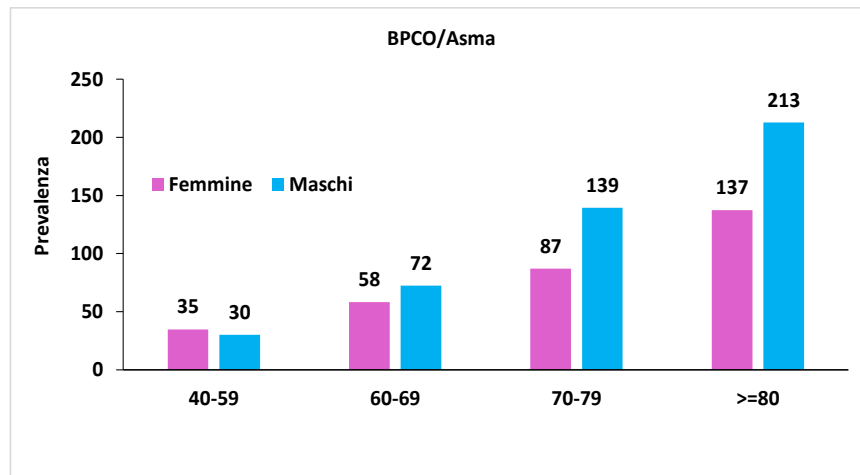
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.32 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2018**



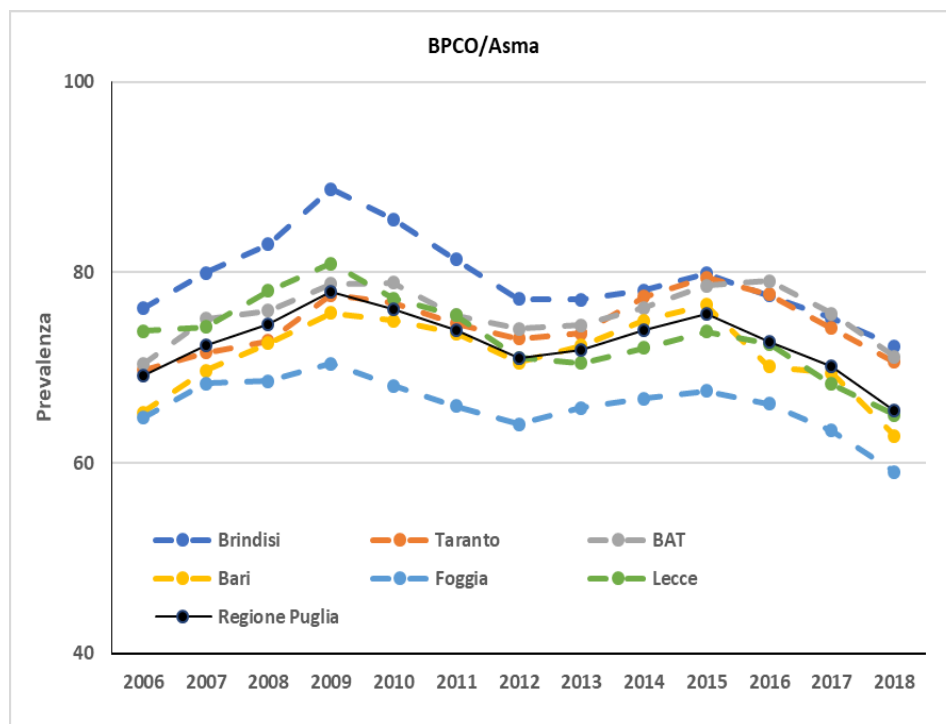
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.33 - 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 1.34 – 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 1.20, Figura 1.35). La figura 1.36 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).

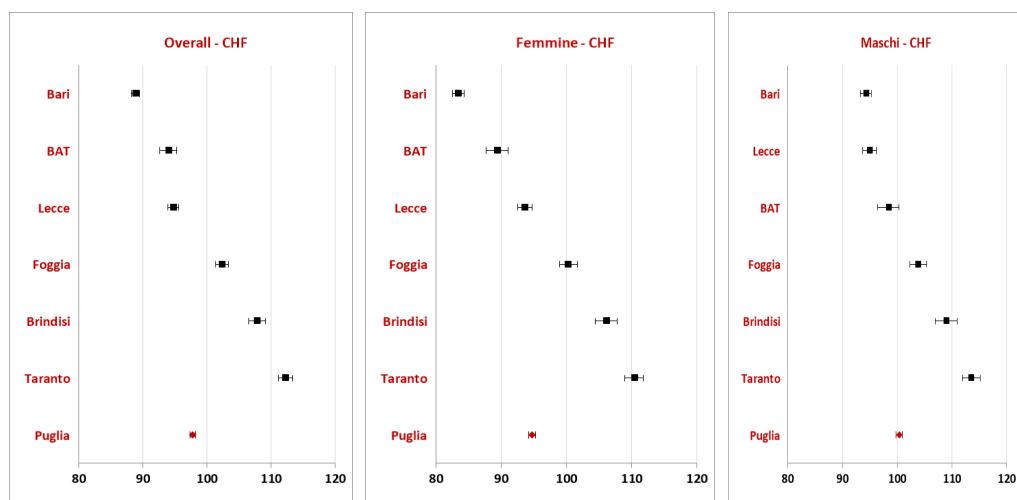
**Tabella 1.20 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

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
<b>Regione Puglia</b>	<b>253052</b>	<b>97.8</b>	<b>97.4; 98.1</b>	<b>138729</b>	<b>94.7</b>	<b>94.2; 95.2</b>	<b>114323</b>	<b>100.4</b>	<b>99.8; 100.9</b>

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

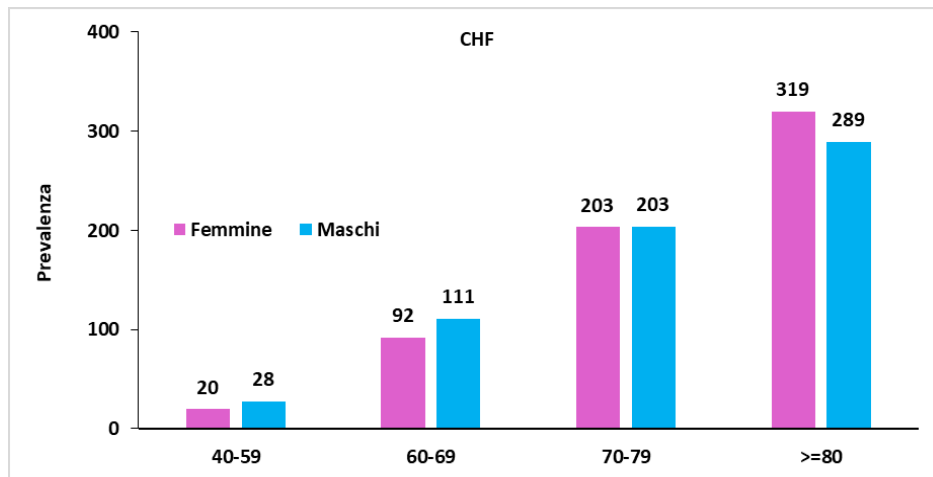
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.35 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**

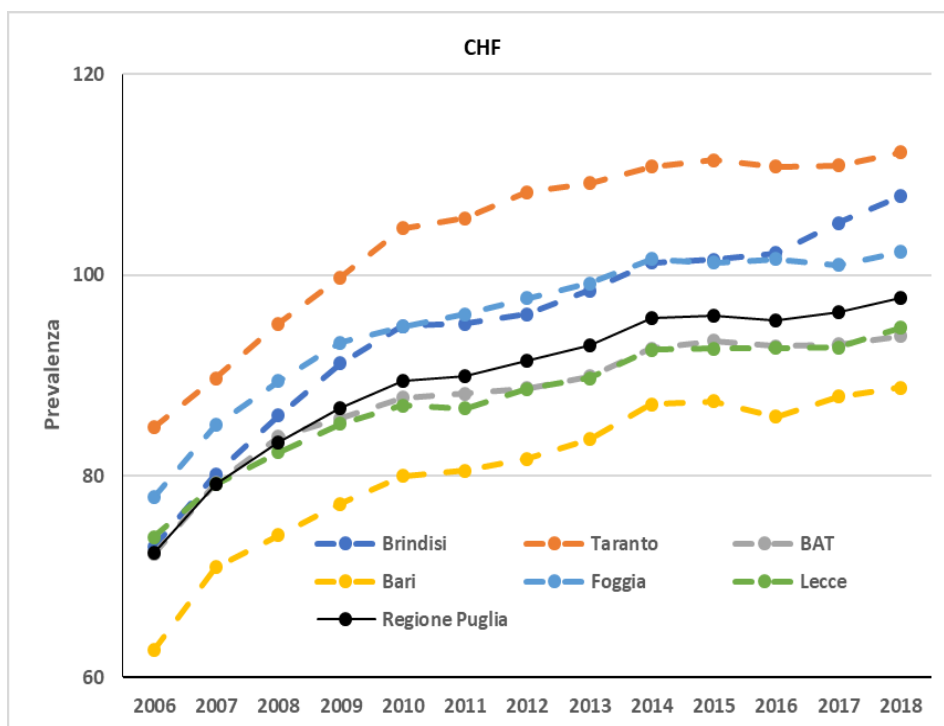


Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 1.36 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti**



**Figura 1.37 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti**



### 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

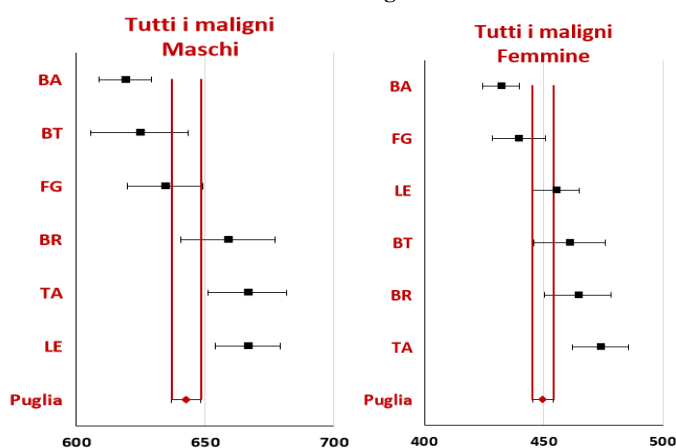
I tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 per tutti i tumori risultano più alti negli uomini rispetto alle donne. Nella regione Puglia per entrambi i generi l'incidenza di tumori maligni è più bassa tra i residenti della provincia di Bari ed è significativamente al di sotto della media regionale. 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 1.21 e Figura 1.38**). In entrambi i casi le differenze sono statisticamente significative.

**Tabella 1.21 – 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 1.38 - 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 1.22). A Bari si sviluppano meno casi di tumore dell'atteso per entrambi i sessi (SIR<1).

**Tabella 1.22 - 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

#### Tumore del colon, retto e ano

I tumori del colon-retto sono il terzo tumore più frequente nei maschi con età superiore ai 50 anni, e il secondo nelle femmine della stessa classe di età. Come per il tumore del polmone, anche i tumori del colon-retto si riconducono a stili di vita e familiarità. I principali fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

In Puglia i tassi di incidenza del tumore del colon, retto e ano sono più alti nei maschi rispetto alle femmine in tutte le province (Tabella 1.23 e Figura 1.39). Per entrambi i generi non si evidenziano differenze significative rispetto alla media regionale in nessuna area territoriale.

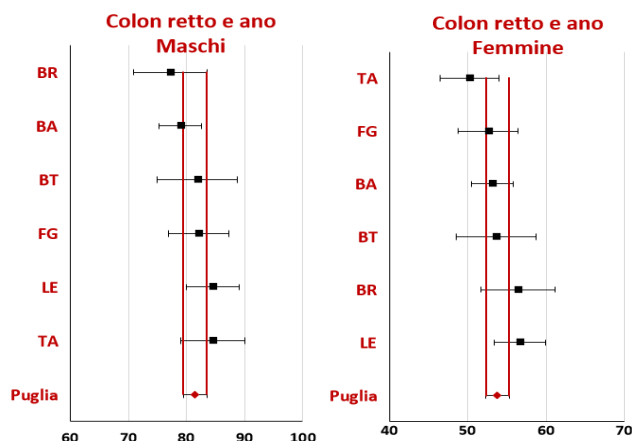
**Tabella 1.23 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore del colon, retto e ano per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DEL COLON, RETTO E ANO						
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)						
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
Puglia	81,5	79,4	83,5	53,8	52,3	55,3
BA	79,0	75,3	82,6	53,1	50,4	55,8
BR	77,2	70,9	83,5	56,4	51,6	61,2
BT	81,9	75,0	88,8	53,6	48,5	58,7
FG	82,1	76,9	87,4	52,6	48,8	56,4
LE	84,5	79,9	89,0	56,6	53,3	59,9

TA	84,5	79,1	90,0	50,3	46,5	54,0
----	------	------	------	------	------	------

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Figura 1.39 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore del colon, retto e ano



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

La **Tabella 1.24** mostra complessivamente che per entrambi i sessi e per tutte le province il numero osservato di casi di tumore del colon retto è simile a quello atteso, con SIR vicini ad 1 ed intervalli di confidenza al 95% che comprendono l'unità. Solo nella provincia di Lecce si registra per le donne un eccesso di casi di tumore del colon, retto e ano rispetto all'atteso, al limite della significatività statistica.

Tabella 1.24 - SIR del tumore del colon, retto e ano per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DEL COLON, RETTO E ANO						
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)						
POOL RTP 2014-2017						
Provincia	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
BA	0.97	0.93	- 1.02	0.99	0.94	- 1.04
BR	0.94	0.87	- 1.02	1.05	0.96	- 1.14
BT	1.01	0.92	- 1.09	1.00	0.91	- 1.10
FG	1.01	0.94	- 1.07	0.98	0.91	- 1.05
LE	1.04	0.98	- 1.09	1.07	1.01	- 1.13
TA	1.04	0.97	- 1.11	0.92	0.86	- 1.00

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

### Tumore dello stomaco

Il tumore dello stomaco rappresenta la quinta neoplasia incidente tra gli uomini (19,5 casi/100.000) e la settima tra le donne (9,3 casi/100.000). In Italia abbiamo assistito ad una costante riduzione di incidenza e mortalità sia negli uomini che nelle donne, decremento sostenuto prevalentemente dalla riduzione dell'infezione di H. Pylori (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

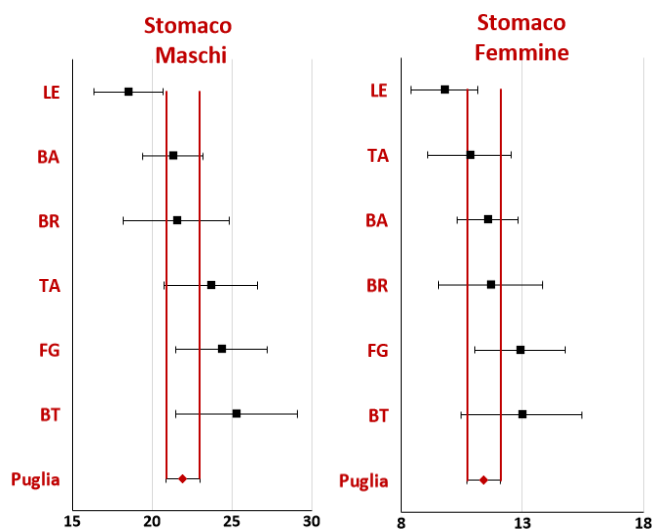
Per entrambi i sessi l'incidenza si presenta più elevata nella provincia BT e più bassa nella provincia di Lecce, con valori significativamente al di sotto del tasso regionale nel caso del sesso maschile (Tabella 1.25 e Figura 1.40).

**Tabella 1.25 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore dello stomaco per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLO STOMACO						
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)						
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
<b>Puglia</b>	21,9	20,9	23,0	11,4	10,7	12,1
<b>BA</b>	21,3	19,4	23,1	11,6	10,3	12,8
<b>BR</b>	21,5	18,2	24,8	11,7	9,5	13,8
<b>BT</b>	25,3	21,4	29,1	13,0	10,5	15,5
<b>FG</b>	24,3	21,5	27,2	12,9	11,0	14,8
<b>LE</b>	18,5	16,4	20,6	9,8	8,4	11,2
<b>TA</b>	23,7	20,7	26,6	10,8	9,1	12,6

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.40 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore dello stomaco**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

I rapporti standardizzati di incidenza disaggregati per provincia di residenza (Tabella 1.26) mostrano una certa omogeneità in entrambi i generi: gli scostamenti in eccesso o in difetto non risultano statisticamente significativi, ad eccezione della provincia di Lecce, dove si registra un basso rischio di diagnosi di tumore dello stomaco.

Tabella 1.26 - SIR del tumore dello stomaco per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELLO STOMACO						
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)						
POOL RTP 2014-2017						
Provincia	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
BA	0.98	0.89	- 1.07	1.02	0.91	- 1.13
BR	0.98	0.83	- 1.14	1.03	0.85	- 1.23
BT	1.16	0.99	- 1.35	1.14	0.93	- 1.38
FG	1.11	0.98	- 1.24	1.13	0.98	- 1.31
LE	<b>0.85</b>	<b>0.75</b>	<b>- 0.95</b>	<b>0.85</b>	<b>0.74</b>	<b>- 0.98</b>
TA	1.08	0.95	- 1.21	0.95	0.81	- 1.12

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

#### Tumore del polmone (trachea, bronchi e polmone)

Il tumore del polmone è la seconda neoplasia più frequente nei maschi (15%) e la terza nelle femmine (6%). L'elevata incidenza e mortalità di tumore del polmone, sia negli uomini che nelle donne, dimostrano quanto sia importante la prevenzione primaria e in particolare della lotta al fumo, principale fattore di rischio del tumore polmonare (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

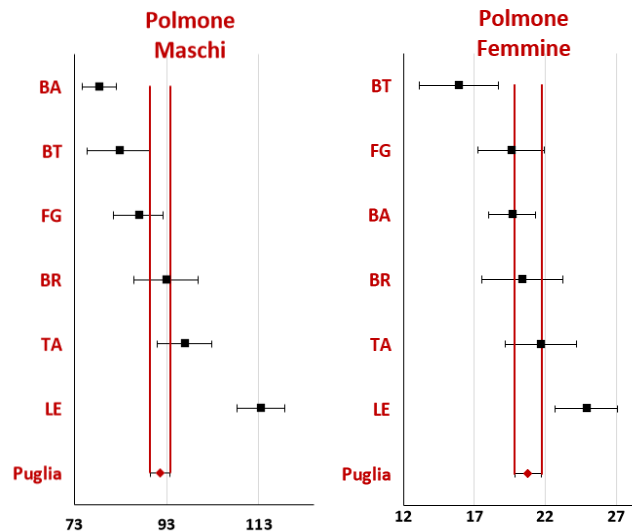
I tassi di incidenza in **Tabella 1.27** e **Figura 1.41** mostrano che per entrambi i generi la provincia di Lecce riporta il tasso di incidenza più elevato rispetto alle altre province, ben al di sopra del valore regionale. Tra gli uomini l'incidenza è significativamente più bassa nella provincia di Bari, tra le donne nella provincia BT.

Tabella 1.27 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore della trachea, bronchi e polmone per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELLA TRACHEA, BRONCHI E POLMONE						
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)						
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
Puglia	91,6	89,4	93,7	20,78	19,8	21,7
BA	78,4	74,8	82,0	19,65	18,0	21,3
BR	92,9	86,0	99,8	20,37	17,5	23,2
BT	82,6	75,7	89,6	15,89	13,1	18,7
FG	86,8	81,4	92,2	19,56	17,2	21,9
LE	113,4	108,2	118,7	24,89	22,7	27,1
TA	96,9	91,0	102,7	21,68	19,2	24,2

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.41 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della trachea, bronchi e polmone**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Per entrambi i generi Lecce presenta un eccesso statisticamente significativo di casi di tumore della trachea, bronchi e polmone rispetto all'atteso (Tabella 1.28). Negli uomini e nelle donne della provincia BT il rischio di diagnosi di tumore del polmone risulta significativamente basso, lo stesso per gli uomini della provincia di Bari.

**Tabella 1.28 - SIR del tumore della trachea, bronchi e polmone per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA TRACHEA, BRONCHI E POLMONE						
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)						
POOL RTP 2014-2017						
Provincia	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
BA	0.86	0.82	- 0.90	0.93	0.86	- 1.02
BR	1.01	0.94	- 1.09	1.00	0.87	- 1.15
BT	0.90	0.83	- 0.98	0.77	0.64	- 0.92
FG	0.95	0.89	- 1.01	0.93	0.82	- 1.05
LE	1.24	1.19	- 1.30	1.20	1.10	- 1.31
TA	1.06	0.99	- 1.12	1.04	0.92	- 1.16

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

### Tumore della vescica (maligno)

Il tumore della vescica è il quarto tumore per frequenza negli uomini con fascia di età 50-69 anni, mentre nelle donne è il tumore meno frequente ed è responsabile dell'1% di tutti i tumori nella stessa fascia di età. Tra i fattori di rischio più noti vi sono il fumo di sigaretta e l'esposizione ad amine aromatiche (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

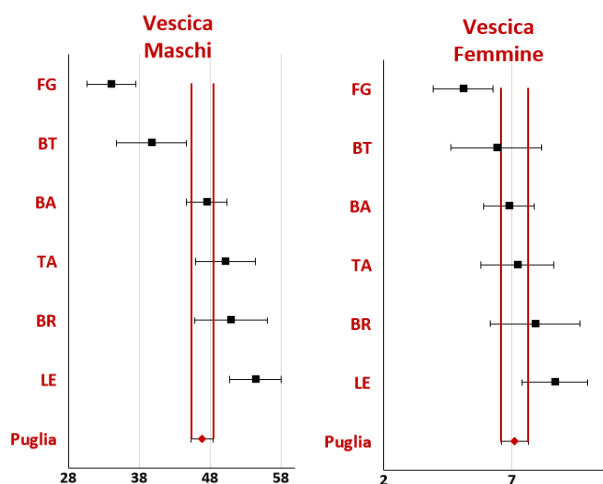
Gli uomini residenti nelle province di Taranto, Brindisi e Lecce registrano valori di incidenza del tumore della vescica più alti della media regionale e la differenza che si registra a Lecce è statisticamente significativa. Diversamente, Foggia mostra il tasso di incidenza più basso, seguito dalla provincia BT, con tassi significativamente inferiori alla media regionale. Nelle femmine l'unica differenza significativa rispetto al dato regionale è quella della provincia di Foggia, con un tasso al di sotto di quello regionale (Tabella 1.29 e Figura 1.42).

**Tabella 1.29 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore della vescica (maligno) per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA VESCICA (MALIGNO)						
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)						
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
Puglia	46,9	45,3	48,4	7,1	6,6	7,6
BA	47,5	44,6	50,3	6,9	5,9	7,9
BR	50,9	45,7	56,0	7,9	6,2	9,7
BT	39,7	34,8	44,6	6,4	4,6	8,2
FG	34,0	30,6	37,4	5,1	3,9	6,3
LE	54,3	50,7	58,0	8,7	7,4	9,9
TA	50,1	45,9	54,3	7,2	5,8	8,6

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.42 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della vescica (maligno)**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Per entrambi i sessi, la provincia di Foggia presenta un basso rischio di diagnosi di tumore della vescica

statisticamente significativo (**Tabella 1.30**). Al contrario, Lecce mostra un eccesso significativo di casi osservati rispetto a quelli attesi, mentre nelle restanti province gli scostamenti non risultano significativi.

**Tabella 1.30 – SIR del tumore maligno della vescica per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA VESCICA (MALIGNO)						
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)						
POOL RTP 2014-2017						
Provincia	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%	
BA	1.01	0.95	- 1.07	0.95	0.82	- 1.09
BR	1.09	0.98	- 1.21	1.14	0.90	- 1.41
BT	<b>0.83</b>	<b>0.73</b>	<b>- 0.93</b>	0.88	0.66	- 1.16
FG	<b>0.72</b>	<b>0.65</b>	<b>- 0.79</b>	<b>0.73</b>	<b>0.58</b>	<b>- 0.91</b>
LE	<b>1.16</b>	<b>1.09</b>	<b>- 1.25</b>	<b>1.23</b>	<b>1.06</b>	<b>- 1.42</b>
TA	1.08	0.99	- 1.17	1.01	0.83	- 1.23

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

#### Tumore della tiroide

Il tumore della tiroide è oggi uno dei tumori più frequenti in Italia e in particolare nelle donne giovani con età inferiore ai 40 anni è al secondo posto dopo il tumore della mammella. L'aumento dell'incidenza è attribuito soprattutto alla sovradiagnosi. Infatti, nonostante l'incremento di incidenza, la mortalità rimane stabile nel tempo e complessivamente molto bassa e la sopravvivenza è una delle migliori fra le forme tumorali maligne (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

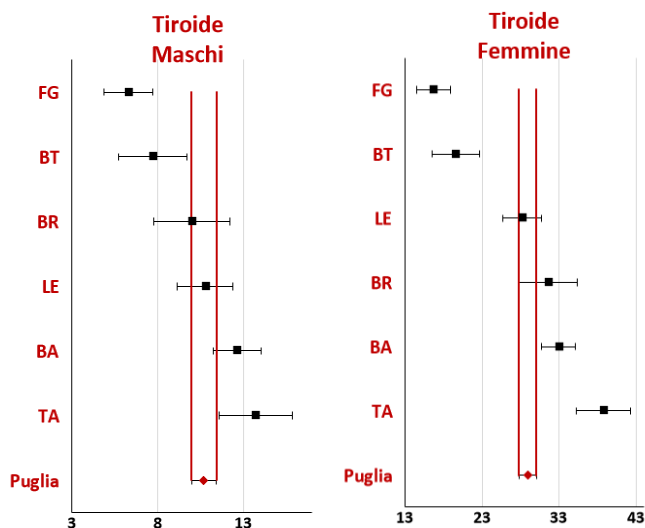
I tassi standardizzati di incidenza sono pari a più del doppio nelle donne rispetto agli uomini (**Tabella 1.31 e Figura 1.43**). In entrambi i generi il tasso delle aree di Foggia, e a seguire BT, si colloca al di sotto del dato regionale, con stime che raggiungono la significatività statistica. La provincia di Taranto riporta invece l'incidenza statisticamente più elevata di tutta la regione.

**Tabella 1.31 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della tiroide per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA TIROIDE					
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)					
Area	Maschi	IC 95%		Femmine	IC 95%
Puglia	10,7	10,0	11,4	29,0	27,8 30,1
BA	12,6	11,2	14,0	33,0	30,8 35,1
BR	10,0	7,8	12,2	31,5	27,7 35,3
BT	7,7	5,8	9,7	19,6	16,6 22,6
FG	6,3	4,9	7,7	16,7	14,5 19,0
LE	10,8	9,2	12,4	28,2	25,7 30,7
TA	13,7	11,6	15,8	38,7	35,2 42,2

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Figura 1.43 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della tiroide



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Per entrambi i generi le province di Foggia e BT presentano un basso rischio statisticamente significativo di diagnosi di tumore della tiroide. Al contrario, le province di Bari e Taranto risultano ad alto **rischio** (Tabella 1.32).

Tabella 1.32 – SIR del tumore della tiroide per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELLA TIROIDE							
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)							
POOL RTP 2014-2017							
Provincia	Maschi	IC 95%			Femmine	IC 95%	
BA	1.18	1.05	-	1.31	1.14	1.06	- 1.21
BR	0.94	0.74	-	1.17	1.09	0.96	- 1.23
BT	0.71	0.54	-	0.92	0.68	0.58	- 0.79
FG	0.59	0.47	-	0.74	0.58	0.50	- 0.66
LE	1.00	0.86	-	1.16	0.97	0.89	- 1.06
TA	1.28	1.09	-	1.50	1.34	1.22	- 1.47

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia



**Tumore della mammella (femminile)**

Il tumore della mammella è il più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia. Tra i fattori di rischio identificati vi sono l'età, i fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, storia di pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020"). Lo screening e le campagne di sensibilizzazione hanno migliorato la consapevolezza delle donne sul tema, ed oggi la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate.

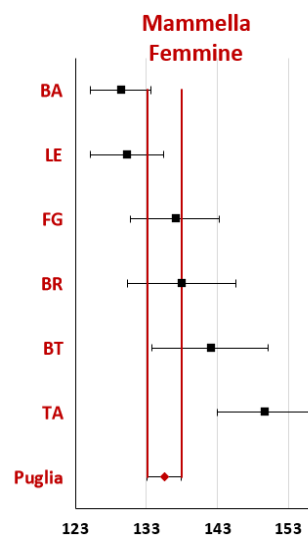
Tra tutte le province della regione Puglia, Taranto è quella che si discosta maggiormente dal dato regionale, presentando il tasso di incidenza significativamente più elevato di tutta la Puglia. La provincia che mostra invece il tasso più basso, inferiore anche al valore regionale con una differenza quasi significativa, è la provincia di Bari.

**Tabella 1.33 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della mammella per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA MAMMELLA		
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)		
Area	Femmine	IC 95%
<b>Puglia</b>	135,5	133,1 138,0
<b>BA</b>	129,3	125,1 133,6
<b>BR</b>	137,9	130,3 145,6
<b>BT</b>	142,0	133,8 150,2
<b>FG</b>	137,0	130,7 143,3
<b>LE</b>	130,2	125,0 135,4
<b>TA</b>	149,6	143,0 156,3

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.44 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della mammella**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tra le donne della provincia di Bari il numero di casi osservato di tumore della mammella è inferiore all'atteso, mentre a Taranto si osserva un eccesso di rischio di diagnosi di tumore.

**Tabella 1.34 – SIR del tumore della mammella per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELLA MAMMELLA			
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)			
POOL RTP 2014-2017			
Provincia	Femmine	IC 95%	
<b>BA</b>	<b>0.95</b>	<b>0.92</b>	<b>- 0.99</b>
<b>BR</b>	1.02	0.96	- 1.08
<b>BT</b>	1.05	0.99	- 1.12
<b>FG</b>	1.01	0.96	- 1.05
<b>LE</b>	0.96	0.92	- 1.00
<b>TA</b>	<b>1.10</b>	<b>1.06</b>	<b>- 1.15</b>

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

### Tumore dell'utero(corpo)

Il tumore del corpo dell'utero è il terzo tumore più frequente nelle donne con età compresa tra i 50-69 anni, mentre il tumore del collo dell'utero è il quinto tumore più frequente nelle giovani donne. Il tumore dell'ovaio, benché più raro, il decimo per frequenza nelle donne, è ancora oggi un "big killer". Infatti se per i tumori dell'utero la sopravvivenza netta a 5 anni è pari al 77%, nell'ovaio scende al 40% (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2020").

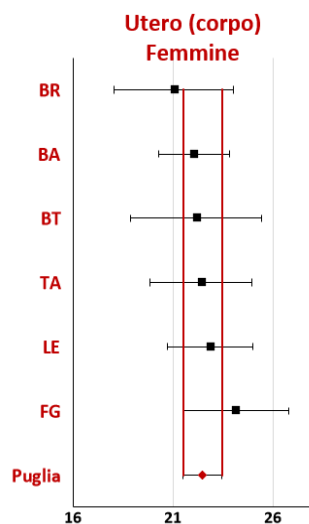
Complessivamente in tutte le province della regione si registrano tassi di incidenza del tumore dell'utero (corpo) simili al valore regionale, con differenze non statisticamente significative (Tabella 1.35 e Figura 1.45).

**Tabella 1.35 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore dell'utero (corpo) per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DEL CORPO DELL'UTERO			
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)			
Area	Femmine	IC 95%	
<b>Puglia</b>	22,5	21,5	23,5
<b>BA</b>	22,1	20,3	23,8
<b>BR</b>	21,1	18,1	24,0
<b>BT</b>	22,2	18,9	25,5
<b>FG</b>	24,1	21,5	26,8
<b>LE</b>	22,9	20,7	25,0
<b>TA</b>	22,4	19,8	25,0

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.45 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore del corpo dell'utero**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

In Puglia si osserva una certa omogeneità nei SIR del tumore del corpo dell'utero: i SIR relativi a ciascuna provincia risultano molto vicini all'unità e non statisticamente significativi.

**Tabella 1.36 – SIR tumore del corpo dell'utero per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DEL CORPO DELL'UTERO			
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR)			
POOL RTP 2014-2017			
Provincia	Femmine	IC 95%	
BA	0.98	0.91	- 1.07
BR	0.93	0.81	- 1.08
BT	0.98	0.84	- 1.14
FG	1.07	0.96	- 1.20
LE	1.01	0.92	- 1.11
TA	1.00	0.89	- 1.12

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

### Tumore dell'ovaio

In Italia il tumore dell'ovaio colpisce circa 5.200 donne ogni anno ed occupa il decimo posto tra tutti i tumori femminili (AIRTUM-AIOM, "I Numeri del Cancro in Italia-2020"). L'elevata mortalità associata a questo tumore è attribuibile a molti fattori tra cui: una sintomatologia aspecifica e tardiva e l'assenza di strategie di screening validate che consentano di effettuare una diagnosi precoce.

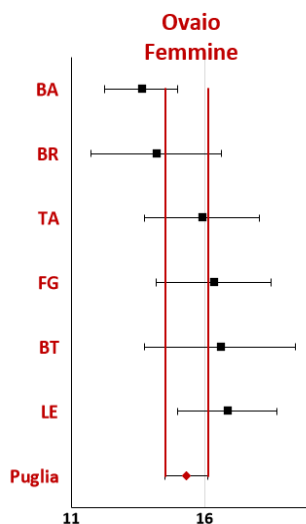
In Puglia tutte le province mostrano tassi di incidenza del tumore dell'ovaio simili al dato regionale, con differenze non statisticamente significative (Tabella 1.37 e Figura 1.46).

**Tabella 1.37 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore dell'ovaio per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017**

TUMORE DELL'OVAIO			
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)			
Area	Femmine	IC 95%	
Puglia	15,3	14,5	16,1
BA	13,6	12,2	15,0
BR	14,2	11,7	16,6
BT	16,6	13,7	19,4
FG	16,3	14,2	18,5
LE	16,8	15,0	18,7
TA	15,9	13,7	18,0

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.46 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore dell'ovaio**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Per quanto riguarda i SIR, si distingue la provincia di Bari con un basso rischio di tumore dell'ovaio (Tabella 1.38).

Tabella 1.38 – SIR del tumore dell’ovaio per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELL’OVAIO			
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR) POOL RTP 2014-2017			
Provincia	Femmine	IC 95%	
<b>BA</b>	<b>0.89</b>	<b>0.80</b>	<b>- 0.98</b>
<b>BR</b>	0.92	0.77	- 1.09
<b>BT</b>	1.08	0.90	- 1.28
<b>FG</b>	1.05	0.92	- 1.20
<b>LE</b>	1.10	0.98	- 1.22
<b>TA</b>	1.04	0.91	- 1.20

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

### Tumore della prostata

Il tumore prostatico è nell’ultimo decennio il tumore più frequente nella popolazione maschile dei paesi occidentali e in Italia rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni. Alla base di questo fenomeno, più che la presenza di fattori di rischio, c’è la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia attraverso uno screening precoce, come il dosaggio del PSA (AIRTUM-AIOM, “I numeri del cancro in Italia-2020”).

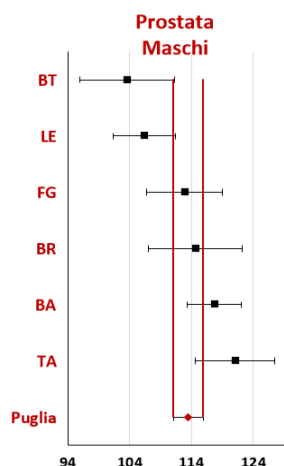
Nella regione Puglia la provincia BT, e a seguire la provincia di Lecce, presenta l’incidenza più bassa di tumore alla prostata, con una differenza rispetto al dato regionale che è al limite della significatività statistica. I tassi di incidenza più alti della media regionale risultano tra gli uomini residenti nelle province di Bari e Taranto.

Tabella 1.39 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della prostata per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELLA PROSTATA			
TASSI STANDARDIZZATI (x 100.000 abitanti)			
Area	Maschi	IC 95%	
<b>Puglia</b>	113,5	111,1	115,9
<b>BA</b>	117,7	113,3	122,1
<b>BR</b>	114,6	106,9	122,2
<b>BT</b>	103,5	95,8	111,2
<b>FG</b>	112,9	106,7	119,0
<b>LE</b>	106,3	101,2	111,4
<b>TA</b>	121,1	114,6	127,5

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Figura 1.47 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della prostata



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Le province di Lecce e BT presentano SIR<1 statisticamente significativi con un numero di eventi osservati minore di quelli attesi, mentre a Taranto si evidenzia un eccesso di rischio di diagnosi di tumore alla prostata (Tabella 1.40). Le restanti province mostrano un numero di casi allineato all'atteso.

Tabella 1.40 - SIR tumore della prostata per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017

TUMORE DELLA PROSTATA			
STANDARDIZED INCIDENCE RATIO (SIR) POOL RTP 2014-2017			
Provincia	Maschi	IC 95%	
BA	1.04	1.00	- 1.08
BR	1.01	0.94	- 1.08
BT	<b>0.91</b>	<b>0.85</b>	- <b>0.98</b>
FG	0.99	0.94	- 1.05
LE	<b>0.94</b>	<b>0.89</b>	- <b>0.98</b>
TA	<b>1.06</b>	<b>1.01</b>	- <b>1.12</b>

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne e si è ridotta negli anni.

La prevalenza di patologie croniche aumenta con l'età.

L'incidenza dei tumori maligni è più alta negli uomini che nelle donne: il tumore più frequente in assoluto in Puglia è il tumore della mammella femminile mentre tra gli uomini quello più frequente è il tumore della prostata.

### 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. Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

Al fine di rappresentare le performance delle strutture assistenziali pugliesi, di seguito si presenta un'analisi dei volumi delle prestazioni erogate, insieme agli indicatori elaborati nell'ambito del Network delle Regioni - Laboratorio MES Sant'Anna e nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dell'erogazione dei LEA, con riferimento all'area ospedaliera.

Il volume per le prestazioni erogate è in leggera crescita per il periodo 2017 - 2019, (più stabile rispetto al trend del periodo precedente 2011-2014), mentre il 2020 conferma il calo delle prestazioni dovuto alla pandemia da Covid 19. (Tabelle 1.41, 1.42, 1.43, 1.44)

Tabella 1.41 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2017

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche								TOTALE ASL
	Altro diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite		Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	29.729	217.995	1.520.340	434.036	2.842	38.991	89.244	9.483	46.335	1.438	1.030	2.283	23.667	2.417.443
AD UNIV. OO RR FOGGIA	16.078	145.877	1.038.099	182.629	2.217	16.833	45.136	2.936	28.354	1	4.842	1.997	33.122	1.586.001
Bari	16.721	1.205.607	8.803.587	1.266.046	182.200	842.781	355.281	36.064	155.643	42.697	509	2.159	67.859	13.083.047
BAT	17.815	337.301	2.511.004	437.738	165.779	535.287	122.113	12.198	63.703	7.735	37.325	829	7.532	4.296.188
Bernaldi	30.278	893.977	3.028.519	463.913	37.154	185.634	118.188	7.782	41.566	22.938	25.708	1.769	25.788	4.383.161
Foggia	39.212	511.545	3.735.441	631.530	22.991	118.353	123.444	15.448	25.254	7.283	18.296	2.409	33.857	5.291.063
IRCCS SAVERIO DE BELLI	2.405	20.629	284.664	18.628			5.241	666	1.983				1.888	336.063
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II		53.115	286.168	67.993			46.228	4.560	8.969		32.736	611	712	581.052
Leze	53.295	734.731	7.012.537	953.941	142.635	533.625	244.466	31.274	108.483	123.496	41.922	17.898	61.031	10.839.354
Taranto	27.942	510.196	5.069.639	606.638	96.869	302.235	132.649	16.879	69.272	13.981	43.122	1.733	36.601	6.927.751
TOTALE REGIONE	263.405	4.138.773	33.283.998	5.863.967	652.789	2.570.699	1.291.900	137.290	540.562	218.524	285.484	31.688	298.837	48.748.266

Tabella 1.42 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2018

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche								TOTALE ASL
	Altro diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite		Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	30.930	218.636	1.412.313	417.402	2.799	39.849	72.330	9.512	27.632	929	18.360	4.620	37.838	2.293.704
AD UNIV. OO RR FOGGIA	17.317	153.748	1.123.034	185.875	2.043	15.235	39.902	4.121	36.178	1	4.698	2.195	50.035	1.614.322
Bari	17.947	1.192.832	8.791.280	1.132.739	176.071	835.547	189.763	35.474	12.437	44.838	444	2.708	155.192	12.667.232
BAT	17.882	350.635	2.552.353	416.467	127.394	587.400	63.152	12.483	34.269	7.094	33.822	1.144	38.348	4.232.105
Bernaldi	28.239	405.283	3.108.597	425.670	37.688	190.818	90.066	7.562	38.023	20.939	15.605	1.966	66.475	4.617.885
Foggia	45.430	553.236	3.841.465	611.930	32.451	164.110	146.113	17.428	12.188	7.779	4.466	1.682	33.341	5.521.674
IRCCS SAVERIO DE BELLI	2.516	21.236	317.503	19.247			7.218	598	2.763				1.807	372.880
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	1	55.099	339.964	83.883			59.265	5.020	9.829	6	36.272	1.143	1.186	591.688
Leze	53.297	743.639	7.405.117	831.144	130.274	511.944	166.710	28.162	39.513	116.995	5.263	12.087	98.499	10.142.604
Taranto	28.883	536.158	5.384.335	582.438	89.347	295.580	81.287	18.483	33.975	13.931	45.022	1.692	96.474	7.212.625
TOTALE REGIONE	287.542	4.238.522	34.275.261	4.711.795	598.062	2.648.483	915.486	138.763	271.887	212.486	164.812	28.239	629.195	49.866.876

Tabella 1.43 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2019

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche								TOTALE ASL
	Altro diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite		Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	30.633	230.734	1.201.673	423.540	1.383	33.446	63.890	10.430	30.693	1.100	20.887	4.501	48.436	2.081.136
AD UNIV. OO RR FOGGIA	17.299	161.458	1.143.448	191.311	2.229	15.594	28.856	4.177	9.217		4.411	2.099	53.047	1.633.186
Bari	17.235	1.151.609	8.983.873	1.086.569	144.182	838.434	163.867	36.141	29.740	44.502	24.184	2.504	236.739	12.798.578
BAT	17.289	352.804	2.570.994	399.664	115.995	610.527	49.200	11.100	39.135		5.701	33.270	1.186	4.237.892
Bernaldi	27.085	409.152	3.202.637	413.348	40.401	189.002	78.017	7.942	11.080	20.313	8.817	2.312	39.725	4.688.832
Foggia	44.390	354.249	4.102.389	609.636	32.858	163.924	124.030	36.688	9.894	6.453	4.346	916	35.236	5.755.879
IRCCS SAVERIO DE BELLI	2.649	20.121	354.636	12.289			6.789	663	3.098				1.531	406.564
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	7	61.665	388.372	92.311			59.861	5.418	11.968	41	43.030	817	1.502	605.995
Leze	53.438	784.410	7.529.572	809.805	122.857	510.172	80.243	27.144	24.890	114.834	72.388	3.135	158.157	10.209.085
Taranto	27.275	531.419	5.699.766	572.241	83.341	289.300	65.634	17.251	22.428	10.434	51.653	1.117	125.438	7.582.897
TOTALE REGIONE	289.891	4.257.631	35.176.548	4.613.689	543.046	2.650.389	728.395	136.954	171.263	283.481	262.586	18.587	831.788	49.888.443



**Tabella 1.44 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2020**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche										TOTALE ASL
	Altre diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro				
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	19.833	130.187	752.697	291.897	215	10.955	36.187	6.385	28.012	270	12.703	3.323	50.254	1.342.778			
AD UNIV. OO RR FOGGIA	7.277	106.736	895.802	139.291	988	8.133	20.308	2.111	13.281	4.690	1.585	61.547	1.261.749				
Bari	47.181	922.636	8.091.888	822.363	106.371	643.733	137.151	24.912	31.475	39.739	74.911	3.191	222.032	11.167.561			
BAT	11.447	267.107	2.311.834	279.100	87.389	469.899	30.297	7.332	21.210	2.777	33.110	1.004	41.468	3.563.761			
Belluno	14.682	284.351	2.825.667	269.395	23.058	138.146	32.559	5.226	18.548	17.945	8.504	1.791	72.853	3.796.116			
Foggia	20.034	310.091	3.281.090	312.029	18.352	73.832	59.155	8.305	8.069	1.766	3.394	932	68.362	4.169.859			
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1.560	14.979	354.189	11.571		55	6.246	190	3.364				300	395.872			
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	238	61.129	405.286	92.476			60.055	5.305	14.614	1	42.581	1.016	1.579	694.274			
Lecco	23.647	520.640	7.013.795	478.131	94.953	468.128	17.723	6.846	105.959	48.896	2.431	74.409	8.963.186				
Taranto	14.941	381.227	4.603.825	391.799	63.018	231.494	50.485	13.116	20.809	6.692	29.443	1.086	113.132	5.928.267			
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>161.729</b>	<b>2.999.794</b>	<b>38.598.073</b>	<b>3.892.713</b>	<b>394.149</b>	<b>2.041.705</b>	<b>488.065</b>	<b>98.615</b>	<b>158.219</b>	<b>177.189</b>	<b>259.222</b>	<b>36.358</b>	<b>787.349</b>	<b>41.106.139</b>			

Le prestazioni DayService confermano la crescita debole (Tabelle 1.45, 1.46, 1.47).

**Tabella 1.45 - Numero di prestazioni Day-Service anno 2017**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche										TOTALE ASL
	Altre diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro				
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.211	19.227	9.848	8.699		21	440	580			3	14	40.600	88.717			
AD UNIV. OO RR FOGGIA	191	5.144	3.328	5.363		2	14.882	1.314		1	984		20.387	56.199			
Bari	363	9.911	81.914	2.777		3	3.490	3.777		1.500	14	1	117.679	221.426			
BAT	126	2.137	582	572		1	7.390	387		2			14.930	26.177			
Belluno	2.608	12.956	9.983	22.890	156	2	13.961	1.168	2.055		66	16	79.529	138.324			
Foggia	1.738	15.940	148.569	9.963		402	2.495	1.840		699	8.458	8	47.500	237.532			
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	4	2.028	3				5	247					2.680	4.967			
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	39	236	6	6			31	12					1.749	2.869			
Lecco	4.145	16.546	20.707	16.960	1	15	19.292	836	142	122	43	90	65.382	194.881			
Taranto	1.463	9.263	8.898	20.220			13.789	353	2	1	1	41	55.511	189.472			
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>11.871</b>	<b>93.388</b>	<b>333.838</b>	<b>91.446</b>	<b>157</b>	<b>446</b>	<b>75.788</b>	<b>18.514</b>	<b>2.281</b>	<b>2.248</b>	<b>9.583</b>	<b>233</b>	<b>498.721</b>	<b>1.871.757</b>			

**Tabella 1.46 - Numero di prestazioni Day-Service anno 2018**

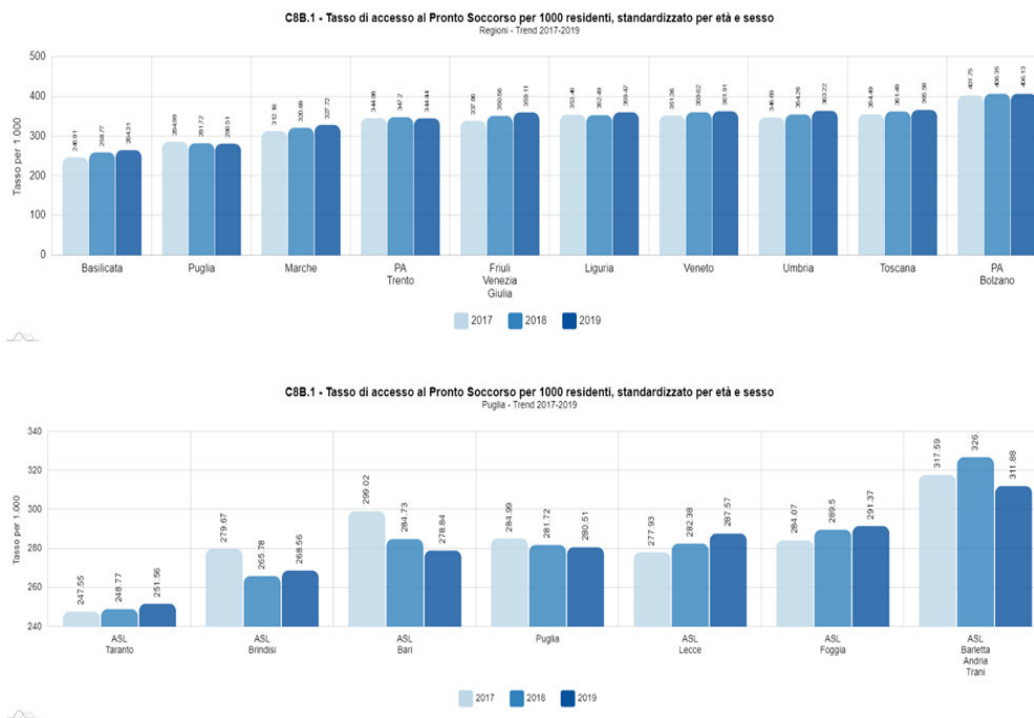
TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche										TOTALE ASL
	Altre diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia Fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro				
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.325	21.614	9.172	8.612		140	498	1.012			4	2	46.389	88.772			
AD UNIV. OO RR FOGGIA	540	7.309	5.226	9.859		3	12.486	1.889	1		10.308		23.691	71.112			
Bari	1.154	12.256	95.743	3.927	1	13	3.817	3.878	6	1.452			134.959	257.218			
BAT	188	2.904	969	1.956	1	1	7.015	544	6				17.361	38.395			
Belluno	2.292	13.402	9.902	22.674	97	3	15.722	1.258	2.219				72.620	139.768			
Foggia	1.774	16.531	150.990	9.699		409	2.529	2.817	2	1.056	18.476		63.298	387.592			
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	2	1.838	2				3	261					2.362	4.468			
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	12	1.130	15	11			183	190					40	2.450			
Lecco	4.447	16.951	91.627	17.842		9	19.011	1.028	29	120	54	148	72.000	191.266			
Taranto	1.748	10.190	11.336	23.831			16.475	609	2		3	70	64.677	128.881			
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>13.482</b>	<b>104.125</b>	<b>382.521</b>	<b>97.815</b>	<b>99</b>	<b>578</b>	<b>77.679</b>	<b>13.486</b>	<b>2.285</b>	<b>2.628</b>	<b>28.485</b>	<b>418</b>	<b>499.795</b>	<b>1.223.493</b>			

Tabella 1.47 - Numero di prestazioni Day-Service anno 2019

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altro diagnostico	Diagnostico strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odonoiatria	Radoterapia	Trasfusioni	Altro	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.638	27.643	12.731	11.035		81	797	1.457	1	1	11	30	62.885	118.706
AD UNIV. OD. RIF. FOGGIA	724	9.835	9.956	11.738		6	14.506	1.936	5		10.478		21.086	66.299
Bari	961	12.596	16.452	5.882	1	35	1.508	4.040	21	1.234		3	136.507	263.274
BAT	395	1.422	2.290	1.599		2	6.617	722	24		1	240	19.717	26.329
Basilicata	1.636	12.976	9.843	20.225	100		15.393	1.290	2.562			12	66.078	138.111
Foggia	1.503	17.889	199.577	8.063		310	2.956	3.956	4	1.221	15.854	73	68.222	219.888
IGCCS SAVERIO DE BELLIS	1	1.487	7	1			3	208					2.128	3.835
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	4	138	44	7			31	66				64	1.463	1.828
Lece	4.051	18.608	65.909	18.391		5	21.223	1.019	34	90	29	133	78.434	287.928
Taranto	1.600	11.586	12.677	24.921		1	18.636	695			1	49	68.909	138.144
TOTALE REGIONE	12.486	116.184	295.986	181.823	181	468	85.652	14.789	2.853	2.826	26.374	684	533.436	1.297.895

L'indicatore Mes "C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso" non monitora l'attività del PS ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio (Figura 1.48).

Figura 1.48 - C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso



(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Il tasso di accessi al Pronto Soccorso resta tra i più bassi del Network, a conferma di una buona integrazione ospedale-territorio.

Dall'analisi di altri indicatori (dei quali per brevità non si riportano i dati completi) per il triennio 2017-2019,

si rileva la seguente situazione:

- il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali continua a diminuire, dimostrando che il territorio è in grado di fungere da filtro tra paziente e struttura ospedaliera;
- si registra una diminuzione dei ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriata;
- non si osservano, invece, miglioramenti significativi nell'assistenza domiciliare, un'area a cui prestare senz'altro maggiore attenzione;
- si registra una contrazione della durata media delle degenze per la casistica chirurgica;
- la Puglia presenta i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco più alti (benchè progressivamente in riduzione) tra le regioni analizzate; tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico;
- la Puglia presenta un tasso di ospedalizzazione per diabete che è tra i più alti, con un trend in decrescita rispetto al 2017. La riduzione del tasso di ospedalizzazione avviene a fronte di una prevalenza stabile nel tempo, segno di una migliorata gestione dei pazienti;
- in merito ai tassi di ospedalizzazione per BPCO, la Puglia è tra le regioni che presentano i tassi più bassi e con un trend in decrescita;
- per quanto riguarda il Percorso Emergenza-Urgenza, sono molto buoni i risultati nella fase di accesso, mentre sono confermate le problematiche relative alle fasi successive; in particolare, il tasso di abbandono del Pronto Soccorso resta il più alto del Network. Nella media i tempi di attesa in Pronto Soccorso dopo il triage;
- per quanto riguarda il "Percorso cronicità", continua il calo dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche (salvo un lieve aumento per lo scompenso cardiaco) ma permane un eccesso di amputazioni maggiori per diabete (dato in peggioramento);
- si registrano risultati buoni nella gestione del percorso oncologico. In particolare, i tempi di attesa per interventi chirurgici restano molto contenuti;
- per quanto riguarda il "Percorso Materno-Infantile la Puglia si conferma tra le migliori regioni del Network per i parti operativi ma permangono specularmente notevoli problematiche nei parti cesarei e nelle episiotomie, per quanto il trend sia in netto miglioramento. Nelle fasi del percorso relative all'età pediatrica, si conferma il complessivo miglioramento già riscontrato negli anni precedenti, ma la situazione, soprattutto per i tassi di ospedalizzazione e per il consumo di antibiotici, resta critica, evidenziando ancora carenze nella presa in carico territoriale. Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomie si conferma, invece, più basso rispetto alle altre Regioni;

In sintesi gli aspetti regionali che presentano criticità sono: Cure Domiciliari, Dimissioni volontarie, Abbandoni da PS, Screening Oncologici, Appropriata chirurgica.

Buone sono le performance relative al "Governo della domanda", "Rispetto dei tempi di max attesa per chirurgia oncologica", "Trattamenti oncologici", "IPDM DRG chirurgici e medici".

A livello Aziendale, risulta che:

- per le ASL di Lecce, BAT e Brindisi gli screening oncologici hanno una inversione di tendenza rispetto alla regione;
- l'appropriata chirurgica regionale viene confermata anche a livello aziendale;
- il governo della domanda viene meno solo per la ASL di Foggia;
- l'IPDM chirurgico delle ASL di Lecce e Brindisi è peggiore rispetto al valore regionale.

### 1.1.5. Quadro della mobilità attiva e passiva

In **tabella 1.48** 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 1.48 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2012-2019)**

ANNO	<b>totale</b>	% rispetto anno precedente	IN REGIONE	% sul totale	% rispetto anno precedente	FUORI REGIONE	% sul totale	% 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.

### 1.2.2. Offerta ante operam

Per effetto dei provvedimenti di riordino ospedaliero già citati, in tutte le aziende sanitarie sono stati rimodulati i posti letto per acuti in maniera proporzionale ai fabbisogni valutati sul territorio, tenendo conto dei dati di mobilità passiva intra-regionale, con il duplice scopo di riequilibrare le funzioni all'interno delle singole province e garantire l'autosufficienza a livello provinciale e/o comunque di bacino, attraverso l'individuazione di centri di riferimento.

In questo senso, sulla base delle indicazioni dei pareri ministeriali si è provato a definire un riequilibrio della dotazione di posti letto per disciplina in funzione del bacino di utenza, vincolando tuttavia la rimodulazione in funzione del profilo epidemiologico delle popolazioni, delle dinamiche di utilizzo e consumo di prestazioni, della rete territoriale di offerta di servizi, nelle more del completamento del potenziamento dell'assistenza territoriale e delle ulteriori iniziative di razionalizzazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria complessiva.

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.

Ai sensi del RR n. 14/2015 tutte le strutture ospedaliere riconvertite con i Regolamenti Regionali n. 18/2011 e s.m.i. e n. 36/2012 si configurano quali Presidi Territoriali di Assistenza (PTA); ad essi si aggiungono gli ex ospedali di Trani, Fasano, San Pietro Vernotico e Mesagne, riconvertiti in PTA con il successivo RR n. 7/2017.

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.

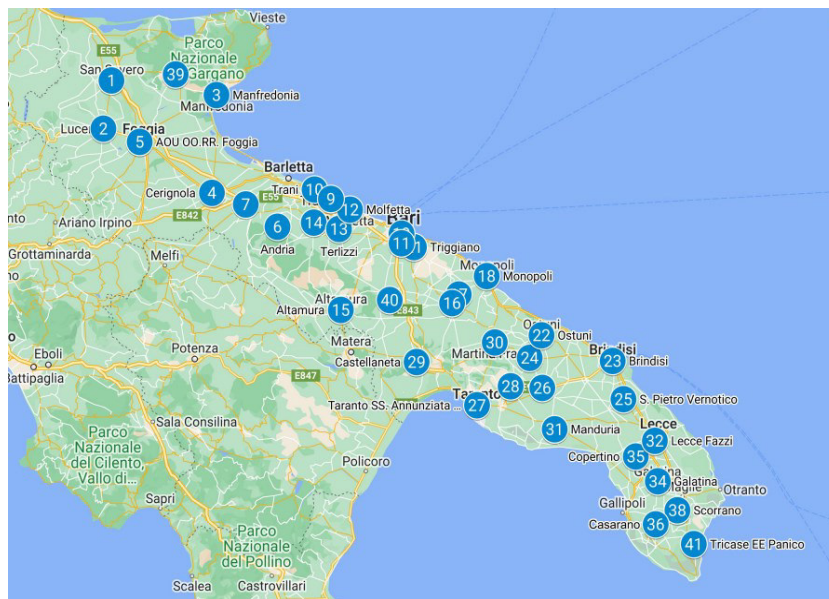
La **Figura 1.49** e la **Tabella 1.49** riassumono l'attuale rete degli ospedali pubblici e privati pugliesi, così come definita dal R.R. 23/2019 "*Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione 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 1.49 - Mappa degli ospedali pubblici pugliesi, integrata con i grandi ospedali gestiti da Enti Ecclesiastici.**



**Figura 1.49 – 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

Accanto agli ospedali e ai PTA di cui sopra, si segnala che la Regione Puglia è in procinto di avviare 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.

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.

## 2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

### 2.1 La strategia del programma: gli obiettivi

L'individuazione degli obiettivi del presente programma di investimenti non può prescindere dal richiamo dei principi su cui si fonda il Servizio Sanitario della Regione Puglia. In particolare, è indispensabile ribadire, tra gli altri, l'importanza della:

- libertà di scelta dei luoghi e partecipazione alla scelta delle modalità di cura;
- responsabilità, che implica una sapiente gestione del sistema sanitario e una lotta agli sprechi attraverso una migliore organizzazione;
- unicità del sistema e sua appropriatezza;
- centralità del territorio;
- approccio integrato per una personalizzazione dell'intervento;
- sostenibilità.

All'interno dei processi di riqualificazione in atto, il ruolo della pianificazione strategica sta assumendo sempre più importanza. I principali motivi di questa trasformazione, soprattutto nei paesi economicamente più sviluppati e con sistemi sanitari consolidati, come quello italiano, sono individuabili nell'esigenza del contenimento dei costi, da un lato, e nel miglioramento della qualità dei servizi, dall'altro. In presenza di tali motivazioni oggi più che mai le Regioni sono chiamate a ridisegnare l'assistenza sanitaria.

Le direttrici della **strategia regionale** definita per raccogliere la sfida della costruzione di un moderno servizio sanitario regionale sono:

- la riorganizzazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente con grandi strutture di eccellenza capaci di svolgere un ruolo di *hub* nei confronti degli altri punti della rete, e un numero limitato di strutture di media dimensione (tra i 250 e i 400 p.l.) di riferimento territoriale capaci di operare come *spoke* con standard qualitativi elevati anche in termini di sicurezza, nonché come strutture di servizio per la rete dei presidi territoriali, con moderni servizi ambulatoriali e di *day service* in grado di supportare la rete sanitaria territoriale con diagnostica specialistica e prestazioni chirurgiche di bassa complessità che non richiedano ricovero;
- la costruzione di una rete sanitaria territoriale capillare e articolata su più livelli, in modo da assicurare l'integrazione ospedale-territorio e la presa in carico dei pazienti nella fase post-ricovero o post-acuzie e in tutte le condizioni di cronicità, nonché la prevenzione e la cura, attraverso un sistema articolato di servizi ambulatoriali, riabilitativi, per le cure palliative e la lungodegenza, sanitari e sociosanitari di tipo residenziale e semiresidenziale, capaci di costituire il necessario complemento ai progetti individualizzati di presa in carico di tipo prevalentemente domiciliare.

Tali obiettivi, in uno con le finalità di riduzione e di razionalizzazione della spesa previsti nel Piano di Rientro 2010-2012 e, successivamente, nel Piano Operativo 2013/2015 e nel Programma Operativo 2016-2018, rappresentano un'inderogabile e forse unica opportunità di ammodernare complessivamente l'offerta ospedaliera e specialistica del SSR al fine di:

- ammodernare il sistema e accrescere il grado di eccellenza dell'offerta ospedaliera;
- accrescere l'accessibilità alle prestazioni specialistiche;
- migliorare il grado di appropriatezza dei ricoveri, governare sia la domanda di assistenza a maggiore intensità sia la riconversione di una parte significativa dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale;
- ridurre la parcellizzazione dell'offerta ospedaliera per accrescerne contestualmente la capacità di risposta e la qualità delle prestazioni erogate;
- ridisegnare il ruolo dei piccoli stabilimenti, quali nodi di una rete di servizi sanitari e sociosanitari territoriali adeguata rispetto a un bisogno di salute in profonda evoluzione rispetto all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore incidenza delle patologie croniche.

Tra i risultati attesi di maggiore impatto di efficienza complessiva del SSR, in generale, e della rete ospedaliera, in particolare, occorre considerare i seguenti:

- riduzione della mobilità passiva;
- riduzione della parcellizzazione dell'offerta ospedaliera regionale;
- incremento dell'offerta di qualità, colmando le lacune nella rete dell'offerta attuale;
- strutturazione di una offerta sanitaria territoriale capace di migliorare la capacità di presa in carico in uscita dall'area ospedaliera, riducendo il tasso di inappropriatezza dei ricoveri e delle degenze.

### 2.1.1. Analisi dei problemi e priorità

Le criticità che si intendono superare con il presente programma di investimenti riguardano principalmente l'adeguamento della rete ospedaliera della Regione Puglia alle nuove esigenze rinvenienti dal D.M. 70/2015, considerato che la suddetta rete è per la maggior parte costituita da stabilimenti ospedalieri vetusti, di vecchia generazione ed inadatti a supportare i nuovi modelli organizzativi e clinici.

Nonostante la Regione Puglia, sia nell'alveo della programmazione dei fondi europei 2007/2013 sia nell'ambito del ciclo di programmazione 2014/2020, abbia investito notevoli risorse nel settore sanitario e sociosanitario, tali risorse sono state quasi totalmente destinate alla assistenza territoriale, considerati i vincoli e le regole di rendicontazione che impediscono la destinazione di tali risorse finanziarie agli ospedali.

Dal punto di vista della identificazione dei bisogni assistenziali gli interventi regionali attuati nel corso dell'ultimo decennio, concentrati sul potenziamento dell'assistenza territoriale da un lato e dall'altro sulla rimodulazione della rete ospedaliera, hanno prodotto risultati in termini di un complessivo miglioramento delle performance di sistema, con la riduzione dell'eccessiva ospedalizzazione.

Permane tuttavia, come visto, una importante frammentazione dei punti di erogazione cui si associa una quota di inappropriatezza che, per quanto ridotta rispetto al passato, rimane comunque elevata.

Ciò è dovuto ai limiti costitutivi della rete ospedaliera esistente, articolata in un numero elevato di vecchi presidi con dotazioni di posti letto contingentate, il cui superamento non può prescindere da interventi di rinnovamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico.

Pertanto, se la cronicità, con il suo carico di bisogni e il correlato assorbimento di risorse economiche, costituisce la vera sfida assistenziale per il ripensamento dell'assetto organizzativo della Regione, occorre strutturare e definire una strategia regionale di interventi finalizzati con il modello di offerta per garantire da un lato la presa in carico effettiva ed efficace nel *setting* territoriale e dall'altro percorsi dedicati all'acuzie in contesti ospedalieri all'altezza dei bisogni espressi dalla popolazione, in termini di efficienza e di capacità di garantire i migliori esiti.

Tali interventi guardano in due direzioni prevalenti: da un lato, l'ammodernamento e l'ottimizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento degli ospedali di riferimento regionale e provinciale e con la creazione di nuovi poli che concentrino le dotazioni dei vecchi presidi esistenti in strutture dotate di un'offerta assistenziale

adeguata ai bisogni di salute espressi dai territori; dall'altro la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse verso una vocazione di assistenza territoriale in grado di accogliere in maniera efficace ed appropriata il carico assistenziale crescente derivante dalle cronicità con le caratteristiche di sicurezza dei percorsi all'altezza degli standard ministeriali vigenti.

I risultati attesi sono pertanto la definizione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente, concentrata in un numero inferiore di strutture ma strutturalmente e tecnologicamente adeguate, in grado di rispondere compiutamente alle esigenze dei cittadini pugliesi evitando il ricorso alle cure fuori regione, integrata con una rete territoriale diffusa che possa assicurare in modo capillare l'assistenza specialistica e distrettuale evitando accessi ospedalieri inappropriati e riducendo le liste di attesa.

### 2.1.2. La catena degli obiettivi

La catena degli obiettivi prevede l'identificazione di:

- **obiettivi generali**, che sono riferibili a finalità di natura strategica e che attengono al sistema sanitario regionale nel suo complesso, quali principi ispiratori e di governo del programma;
- **obiettivi specifici**, più circoscritti e maggiormente delineati ai fini della loro attuazione, che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale;
- **interventi operativi**, rappresentati dagli specifici interventi progettuali o aggregazioni di singoli interventi.

Ciò premesso, gli obiettivi che il programma degli investimenti intende perseguire sono di seguito esplicitati. Si sottolinea che nella sezione 3 di questo documento è evidenziata la coerenza con gli obiettivi della programmazione settoriale e intersettoriale.

#### 1. Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero

La riqualificazione della offerta ospedaliera della Regione Puglia determina un fabbisogno tecnico e tecnologico necessario a rendere l'offerta sanitaria adeguata alla domanda dei cittadini. L'attuale rete dei servizi offre strutture ospedaliere di dimensioni ridotte che, nonostante l'apparente utilità per l'ambito territoriale di riferimento, risultano spesso obsolete e generano ogni anno costi di manutenzione ricorrenti di ammontare rilevante. L'offerta sanitaria deve riflettere al meglio l'effettiva domanda e soddisfarla attraverso strutture tecnicamente e tecnologicamente all'avanguardia. L'adeguamento della rete ospedaliera passa, quindi, dalla riconversione o chiusura di taluni presidi ospedalieri non allineati a criteri di efficienza economica ovvero non strategici, rispetto ai nuovi progetti di investimento. Per altro verso, è utile potenziare le dotazioni tecnologiche dei presidi ospedalieri, ottimizzando l'utilizzo dei macchinari già disponibili ovvero procedendo alla loro acquisizione.

È, inoltre, necessario procedere ad un adeguamento complessivo della rete ospedaliera agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal D.M. n. 70/2015, anche al fine della conclusione del procedimento di accreditamento delle strutture pubbliche del SSR.

#### 2. Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali devono operare secondo i principi della efficacia, della qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente nel rispetto della dignità della persona. 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 ai nuovi bisogni di salute che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri (nell'ottica delle reti) e, dall'altro, sull'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 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.

L'ammodernamento della rete ospedaliera, si integra, quindi, con la rivisitazione di tutte le altre

componenti dell'assistenza sanitaria. In questa prospettiva, con la riconversione delle strutture ospedaliere minori si darà impulso ad un'integrazione verticale sia verso le strutture ospedaliere intermedie sia verso le funzioni assistenziali distrettuali, massimizzando la loro effettiva utilità per le comunità locali, per le quali continueranno a costituire una importante risorsa.

### 3. Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale

La Regione Puglia, con il Piano di Rientro e le varie fasi del Piano di Riordino Ospedaliero, ha avviato un articolato percorso di risanamento del sistema con il quale si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e razionale delle risorse disponibili, assicurando non solo lo sviluppo di una azione di rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di insufficienza e inappropriata erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali.

I piani comprendono azioni combinate tra loro, volte da un lato a garantire economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale, dall'altro a riqualificare l'assistenza sanitaria verso forme più appropriate e meno costose.

In particolare, gli obiettivi generali del piano hanno previsto un consistente ridimensionamento dell'assistenza sanitaria ospedaliera in termini di posti letto per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie. In tale contesto la riqualificazione anche strutturale e tecnologica della offerta ospedaliera consente un notevole miglioramento della efficacia e della efficienza nell'uso delle risorse con risparmi rinvenienti non solo dalla chiusura di vecchi ospedali, con elevati costi di manutenzione e gestione, ma anche dalla realizzazione di nuovi ospedali, che consentono grazie alle nuove tecnologie ed ai nuovi standard costruttivi minori costi di gestione e manutenzione, connessi ad esempio all'efficientamento energetico, alla migliore logistica ed alla concentrazione delle risorse umane e delle infrastrutture in pochi centri di eccellenza in grado di sfruttare al meglio le dotazioni tecnologiche.

In sintesi, gli effetti sulla spesa sanitaria, che sono pervasivi e trasversali anche rispetto ai precedenti obiettivi, possono essere riassunti come segue:

- il miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria e della sua efficacia, garantito da strutture sanitarie nuove e da tecnologie avanzate, determina la progressiva riduzione della mobilità passiva extra regionale con un impatto economico, oltre che sociale, positivo (il saldo negativo di mobilità regionale è pari a circa 180 milioni annui);
- la maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie ha un effetto diretto sulla riduzione dell'inefficienza economica nell'utilizzo dei posti letto;
- la riorganizzazione e razionalizzazione di molteplici funzioni con particolare riferimento alla logistica dei magazzini farmaceutici, economici e tecnici, oltre a quelle amministrative, connessa alla concentrazione dei posti letto in un numero inferiore di strutture;
- riduzione dei costi di manutenzione ordinaria e straordinaria relativi alle strutture da riconvertire.

Al fine di fornire una sintesi della **catena degli obiettivi generali e specifici**, viene proposto in **tabella 2.1** un quadro sinottico – catena degli obiettivi.

**Tabella 2.1 – Catena degli obiettivi**

Obiettivi Generali (G)		Obiettivi Specifici (S)		Obiettivi Operativi (O) - Interventi o aggregazione di interventi -	
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I e II livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano

				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
				O3	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
				O3	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
		S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese				

## 2.2 Gli interventi progettuali proposti

In questa sezione sono descritti gli interventi progettuali che si intende proporre con il presente documento. Ulteriori dettagli sono riportati nella sezione 3 relativa alla sostenibilità degli interventi.

### 2.2.1. Gli interventi complementari del nuovo ospedale di Monopoli – Fasano (Codici intervento: 1 e 2)

La Regione Puglia ha finanziato il progetto del nuovo ospedale di Monopoli – Fasano con le risorse FSC 2007-2013 (Accordo di Programma Quadro “Benessere e Salute”)

Il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA – BR), sarà allocato in un'area al confine tra le province di Bari e Brindisi (**Figura 2.1**), a ridosso della SS 16, tra Monopoli e Fasano, e in posizione baricentrica rispetto ai principali comuni del sud-est barese, dell'area nord-brindisina e della Valle d'Itria.

**Figura 2.1 - Localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli – Fasano**

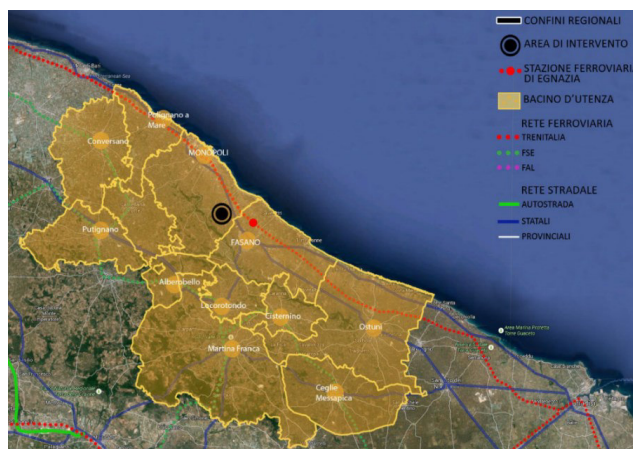


Figura 2.2 - Area di localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli (circa 18 ettari)



Il nuovo ospedale prevede una dotazione di 300 posti letto (inclusi quelli tecnici) ed è in corso di realizzazione in un lotto di circa 18 ettari per servire un bacino di circa 260.000 abitanti, come meglio dettagliato in **Tabella 2.2**.

Tabella 2.2 - Bacino di riferimento del nuovo ospedale di Monopoli.

COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE (01-01-2015) Fonte dati: demo.istat	POTENZIALE ATTRATTIVA NUOVO OSPEDALE (variazione rispetto a SdF)	BACINO CORRISPONDENTE
Monopoli	49.246	100%	49.246
Conversano	26.078	90% (-10%)	23.470
Polignano	17.991	100%	17.991
Locorotondo	14.265	100%	14.265
Alberobello	10.790	90% (+10%)	9.711
Putignano	26.863	50%	13.432
Castellana Grotte *	19.675	80% (nuovo)	15.740
Noci *	19.367	80% (nuovo)	15.494
Fasano	39.913	100%	39.913
Ostuni	31.573	50%	15.787
Cisternino	11.678	90% (-10%)	10.510
Ceglie Messapica	20.243	70% (-10%)	14.170
Martina Franca	49.222	50%	24.611
<b>TOT Popolazione Residente</b>	<b>336.904</b>	<b>TOT Bacino Corrispondente</b>	<b>264.339</b>

La *mission* del Nuovo Ospedale di Monopoli Fasano è di essere una **struttura di I livello per acuti** atta a dare il miglior contributo possibile all'incremento dello stato di salute dei cittadini ed alla gestione dei percorsi di cura, garantendo l'equilibrio tra le diverse esigenze espresse dagli *inpatients* ed *outpatients*.

L'ospedale sarà attrattivo non solo per i pazienti (recuperare la mobilità passiva e migliorare le performance di mobilità attiva) ma anche per gli operatori.

In questa direzione è stato sviluppato e concettualizzato il dimensionamento dei processi e sono state definite le relazioni tra di essi, garantendo la rispondenza del progetto alle esigenze clinico-sanitarie di funzionamento

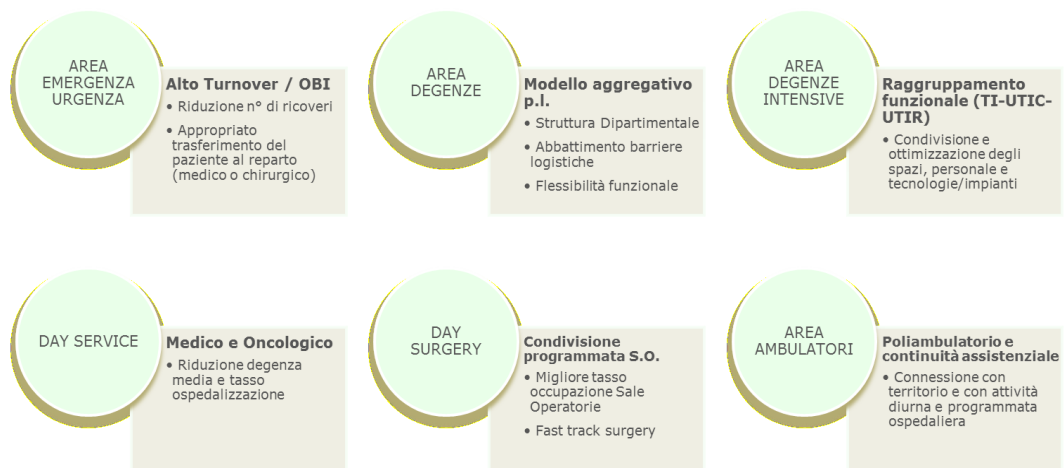


della struttura sia a livello di singolo processo che a livello integrato di sistema ospedale, con l'obiettivo di:

- soddisfare gli obiettivi di qualità dell'assistenza e di ottimizzazione dei processi organizzativi e gestionali;
- potenziare il processo di deospedalizzazione mediante l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero alternativo a quello ospedaliero;
- migliorare l'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale;
- premiare le professionalità esistenti creando opportunità di qualificazione clinico-assistenziale e di espansione delle competenze.

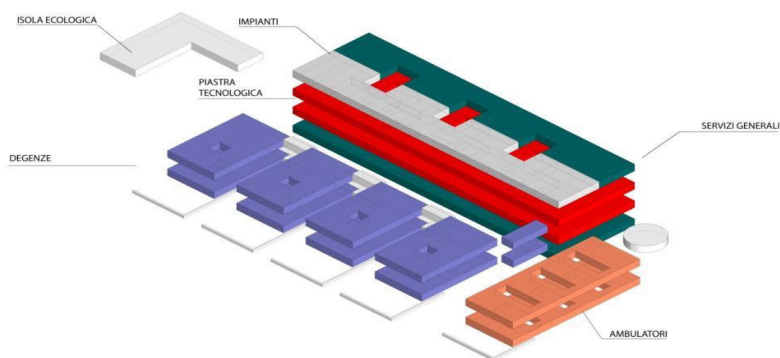
La progettazione tecnica è stata preceduta da una progettazione clinico-gestionale che ha determinato il modello organizzativo e di processo come nella **Figura 2.3**, mentre in **Figura 2.4** è riportato il layout preliminare del nuovo ospedale e in **Figura 2.5** lo schema volumetrico.

**Figura 2.3 - Modello organizzativo del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano**



**Figura 2.4 Layout del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano**



**Figura 2.5 Schema volumetrico del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano**

La scelta della soluzione architettonica è stata correlata alla progettazione clinico-gestionale, sulla base della quale sono stati determinati i volumi attesi e le relative dotazioni ed il numero di posti letto previsti, come riportate nelle tabelle 2.3, 2.4 e 2.5.

**Tabella 2.3 - Volumi di attività annui attesi per il nuovo ospedale di Monopoli - Fasano**

Ricoveri Ordinari	15.400
Ricoveri Day Surgery	3.750
Prestazioni Day Service	4.500
Parti	1.400 - 1.500
Interventi Chirurgici	9.000 - 10.000
Accessi al Pronto Soccorso	40.000 - 50.000
Prestazioni Endoscopiche	6.000 - 7.000
Esami Diagnostica per Immagini – TAC (escluso PS)	12.800
Esami Diagnostica per Immagini – RX (escluso PS e portatili)	8.300
Esami Diagnostica per Immagini – RMN	6.050
Esami Diagnostica per Immagini – MAMMOGRAFIA	4.400
Esami Diagnostica per Immagini – ECOGRAFIA (escluso PS e attività complementari)	22.400
Prestazioni Specialistica Ambulatoriale	100.000
Prestazioni Terapia Emodialitica	25.000



Tabella 2.4 – Dotazioni previste per il nuovo ospedale di Monopoli – Fasano

Degenze Ordinarie e Diurne	269 posti letto
OBI, Neonatologia e Recovery Room	22 letti tecnici
Day Service e Dialisi	54 postazioni (10 Day Service Medico, 10 Day Service Oncologico, 34 Dialisi)
Blocco Operatorio	4 sale operatorie per interventi programmati 1 sala operatoria per l'emergenza/urgenza (disponibile 24/24 ore)
Blocco Parto	2 sale travaglio/parto 1 sala parto in acqua (da utilizzare anche come sala tradizionale) 1 sala operatoria per le emergenze ostetriche /parti cesarei (disponibile 24/24 ore)
Diagnostica per Immagini	3 Sale TAC 2 sale RX 2 Sale RMN (1 Risonanza Magnetica condivisa con Pronto Soccorso) 1 Sala Mammografia 6 Sale Ecografiche
Diagnostica per Immagini dedicata al Pronto Soccorso	1 Sala TAC 2 Sale RX 1 Sala Ecografica
Endoscopia	3 Sale
Cardiologia Invasiva e Radiologia Interventistica	2 Sale
Chirurgia Ambulatoriale	3 Ambulatori Chirurgici + 2 Sale Laser
Poliambulatorio	16 Ambulatori
Preospedalizzazione e aftercare	6 Ambulatori

Tabella 2.5 - Dettaglio dei posti letto del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano

SPECIALITÀ	N° POSTI LETTO PREVISTI	N° LETTI TECNICI PREVISTI
Medicina Generale	32	
Lungodegenza	6	
Geriatria	14	
Pneumologia	14	
Nefrologia	6	
Neurologia	9	
Stroke Unit	4	
Cardiologia	18	
Psichiatria	15	
Recupero e Riabilitazione	15	
<b>SUB TOTALE DIPARTIMENTO MEDICO</b>	<b>133</b>	
Chirurgia Generale	23	
Ortopedia e Traumatologia	24	
Ginecologia	2	
Urologia	3	
Oculistica	2	
Otorinolaringoiatria	4	
<b>SUB TOTALE DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>	<b>58</b>	
Ostetricia	16	
Pediatria	17	
Neonatologia		6
<b>SUB TOTALE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>	<b>33</b>	<b>6</b>
Terapia Intensiva	7	
UTIC	5	
UTIR	5	
<b>SUB TOTALE DEGENZE INTENSIVE E SEMI-INTENSIVE</b>	<b>17</b>	
<b>SUB TOTALE DAY SURGERY</b>	<b>17</b>	
<b>SUB TOTALE RECOVERY ROOM</b>		<b>6</b>
<b>SUB TOTALE ALTO TURN OVER - OBI</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>269</b>	
<b>TOTALE LETTI TECNICI</b>		<b>22</b>

In tabella 2.6 sono riportati i dati dimensionali del nuovo ospedale di Monopoli, come da versione della progettazione definitiva ed in tabella 2.7 sono riportati i dettagli della dotazione di tecnologie (grandi macchine).

Tabella 2.6 - Superfici del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano per tipologia di area

LIVELLO TECNOLOGICO LOCALI	LIVELLO	MQ
<b>BASSA TECNOLOGIA</b>	P-1	6.583,69
	P00	1.619,36
	P01	3.561,56
	P02	6.652,60
	AREE TECNICHE	1.393,00
	<b>TOTALE</b>	<b>19.810,21</b>
<b>MEDIA TECNOLOGIA</b>	P-1	3.213,12
	P00	11.399,54
	P01	9.203,37
	P02	3.075,40
	<b>TOTALE</b>	<b>26.891,43</b>
<b>ALTA TECNOLOGIA</b>	P-1	1.344,19
	P00	4.339,10
	P01	4.357,07
	<b>TOTALE</b>	<b>10.040,36</b>

Tabella 2.7 - Dotazione di grandi macchine previste nel nuovo ospedale di Monopoli

TAC	4
RX	4 (più 5 apparecchi portatili)
RMN	2
Mammografo	1
Angiografo	2

Si evidenzia che in seguito alla progettazione clinico gestionale, preliminare alla progettazione preliminare, è emersa la necessità di procedere ad un aumento delle risorse finanziarie destinate all'intervento, alla luce dei parametri emersi e della necessità di scelte architettoniche necessarie a diminuire l'impatto ambientale e paesaggistico dell'opera, tra cui *in primis* l'utilizzo di soli tre piani fuori terra.

Inoltre è emersa la necessità di procedere ad un potenziamento della viabilità di accesso alla nuova struttura, ampliando la viabilità oggi presente nell'area individuata per il collegamento della struttura alla viabilità principale costituita dalla strada statale adriatica 16 (direttrice Bari-Brindisi). Il suddetto ampliamento è garantito con fondi regionali stanziati nelle leggi di bilancio della Regione Puglia.

Si rende pertanto necessario integrare le risorse oggi a disposizione con quelle della presente proposta di documento programmatico come dettagliato:

- € 5.005.000,00 per lavori complementari (sistemazione aree esterne, finiture, le finiture di completamento dei locali di diagnostica RX, Mammografie, TAC, RM, Sale di angiografia interventistica, Area Ristorazione/Mensa, ecc.)
- € 25.007.840,00 (al termine dei lavori) per l'acquisto di arredi e attrezzature.

Fonte di Finanziamento	Importi	Note
<b>Codice intervento 1</b>	5.005.000,00	Lavori complementari
<b>Codice intervento 2</b>	25.007.840,00	Acquisto di arredi ed attrezzature
<b>TOT</b>	<b>30.012.840,00</b>	

In dettaglio il Quadro economico dell'intervento 1 (lavori) è riportato in **Tabella 2.8**, mentre il Quadro economico dell'intervento 2 (fornitura arredi e attrezzature) è riportato in **Tabella 2.9**.

Tabella 2.8 – QE intervento 1 (lavori)

A - LAVORI E ONERI PER LA SICUREZZA	
Descrizione opera	Importo
<b>LAVORI</b>	
<i>Finiture di completamento Locali di diagnostica RX, Mammografie, TAC, RM, Sale di angiografia interventistica, Area Ristorazione/Mensa, Area di Medicina di Laboratorio- Arredi esclusi (attività complementare all'allestimento dei locali al grezzo nell'ambito della fornitura degli arredi e attrezzature)</i>	€ 3.550.000,00
<i>Segnaletica Interna ed esterna / targhe segnaletiche (attività di completamento nell'ambito della fornitura degli arredi)</i>	€ 300.000,00
<b>SUBTOTALE - QUADRO A</b>	<b>€ 3.850.000,00</b>
<b>B - SOMME A DISPOSIZIONE</b>	
<i>IVA, Spese Tecniche per progettazione, Direzione lavori e Coordinamento della sicurezza, per Collaudi, per Verifica, Accantonamento per imprevisti e adeguamento prezzi, Spese per accertamenti e verifiche tecniche, Incentivi, Spese per assicurazione dei dipendenti, Spese di carattere strumentale, Accantonamento per transazioni e accordi bonari, Contributi ANAC, etc.</i>	€ 1.155.000,00
<b>SUBTOTALE - QUADRO B</b>	<b>€ 1.155.000,00</b>
<b>TOTALE - QUADRI A + B</b>	<b>€ 5.005.000,00</b>

Tabella 2.9 – QE intervento 2 (fornitura arredi e attrezzature)

A - ARREDI E ATTREZZATURE E ONERI PER LA SICUREZZA	
<b>FORNITURE</b>	
<i>Tecnologie diagnostica per immagini - grandi macchine</i>	€ 3.422.176,00
<i>Tecnologie Area Cardiologica/Invasiva e radiologia Interventistica</i>	€ 1.348.222,40
<i>Tecnologie Area Chirurgica</i>	€ 1.858.054,40
<i>Tecnologie Processo Gestione dei Farmaci e dei Dispositivi Medici</i>	€ 849.720,00
<i>Tecnologie Laboratorio Analisi e arredi</i>	€ 1.189.608,00
<i>Riempimento Tecnologie e arredi sanitari</i>	€ 7.936.619,20
<i>Arredi non sanitari</i>	€ 2.632.400,00
<b>SUBTOTALE - QUADRO A</b>	<b>€ 19.236.800,00</b>
<b>B - SOMME A DISPOSIZIONE</b>	
<i>IVA, Spese Tecniche per progettazione, Direzione lavori e Coordinamento della sicurezza, per Collaudi, per Verifica, Accantonamento per imprevisti e adeguamento prezzi, Spese per accertamenti e verifiche tecniche, Incentivi, Spese per assicurazione dei dipendenti, Spese di carattere strumentale, Accantonamento per transazioni e accordi bonari, Contributi ANAC, etc.</i>	€ 5.771.040,00
<b>SUBTOTALE - QUADRO B</b>	<b>€ 5.771.040,00</b>
<b>TOTALE - QUADRI A + B</b>	<b>€ 25.007.840,00</b>

### 2.2.2. Gli interventi prioritari di adeguamento ed ampliamento funzionale e tecnologico degli ospedali esistenti di I e II livello

Le competenti strutture regionali, nell'alveo dei procedimenti di accreditamento delle strutture ospedaliere pubbliche del Servizio Sanitario Regionale (SSR), hanno rilevato, con un'apposita ricognizione avviata nel 2014 presso le Aziende Sanitarie, la necessità di adeguamento degli ospedali ai requisiti generali strutturali e tecnologici previsti dal vigente regolamento regionale n. 3/2005.

In particolare, il suddetto regolamento regionale n. 3/2005 prevede alla sezione A.02 (requisiti strutturali e tecnologici generali) quanto segue:

*"Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:*

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

*In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali."*

La suddetta ricognizione finalizzata alla predisposizione di piani di adeguamento delle strutture sanitarie ai requisiti di cui al R.R. n. 3/2005 ha fatto riferimento in particolare alla normativa all'epoca vigente, di seguito richiamata:

- DVR/DVRI- D.Lgs. 81/08
- Adeguamento antincendio - CPI- D.M. 18/09/02 e smi
- Analisi strutturale - verifiche di sicurezza - OPCM 3274/03
- Protezione antisismica - DM 14/01/08
- Sicurezza elettrica e continuità elettrica - Legge 37/08
- Protezione delle radiazioni ionizzanti - D.Lgs 230/95
- Eliminazione delle barriere architettoniche - DPR 503/96
- Condizioni microclimatiche - D.Lgs 81/08
- Impianti di distribuzione gas medicali e tecnici - D.Lgs 37/10

Tale ricognizione delle esigenze di adeguamento delle strutture ospedaliere si rende ancora più attuale alla luce della previsione del paragrafo 6 "Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali" dell'allegato del D.M. 70/2015 che prevede:

*"I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono. [...]*

*Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:*

- protezione antisismica;
- antincendio;
- radioprotezione
- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;
- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;
- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;
- smaltimento dei rifiuti;
- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;
- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti."

Sulla base della suddetta ricognizione, sono stati selezionati nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito del presente documento programmatico, gli interventi prioritari tra quelli segnalati delle Aziende Sanitarie in coerenza con la programmazione regionale in materia di rete ospedaliera così come descritta nei precedenti paragrafi.

In particolare gli interventi sono stati selezionati tra quelli afferenti la messa a norma, la rifunzionalizzazione ed il potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere classificate come di I e II livello che costituiscono quindi il cardine su si fonda l'intera rete ospedaliera regionale.

Va evidenziato che questi interventi sono complementari a quelli già finanziati a valere sulle risorse ex delibera CIPE 16-2013 per l'adeguamento antincendio ai sensi del decreto del Ministero dell'Interno, di concerto con il Ministero della salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 19/3/2015 (pubblicato sulla G.U. 25 marzo 2015) recante "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002".

La Delibera CIPE 8 marzo 2013 n. 16 ha ripartito per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico, di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988, una quota di 90 milioni destinata all'adeguamento a norma degli impianti antincendio delle strutture sanitarie, assegnando alla Regione Puglia una quota pari a 5.970.195,83 euro.

Con DGR n. 1903 del 30/11/2016, a seguito del parere favorevole del Ministero della Salute si è provveduto ad approvare il piano regionale a valere sulle risorse della delibera CIPE 16/2013 ex art. 20 della L. n. 67/1988 per l'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie, che prevede 7 interventi relativi a 4 diverse strutture ospedaliere, tutte soggette a visite ispettive da parte dei Vigili del Fuoco (vedasi tabella seguente):

- Azienda Ospedaliero Universitaria – Policlinico di Bari – Giovanni XXIII (cod. 160907),
- Azienda Ospedaliero Universitaria – Ospedali Riuniti di Foggia (cod. 160910);
- Ospedale di II livello "Perrino" di Brindisi (cod. 16017001);
- Ospedale di I livello "Tatarella" di Cerignola – FG (Cod. 160047).

**Tabella 2.10 - Interventi antincendio finanziati con risorse delibera CIPE 16/2013**

IDENTIFICATIVO INTERVENTO FINANZIATO	TITOLO INTERVENTO	Azienda beneficiaria	IMPORTO A CARICO STATO (DEL CIPE 16-2013)	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	Importo massimo a carico dell'Azienda (quota del contributo in conto esercizio da destinarsi a investimenti)	Importo massimo intervento
20	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio della rete idrica antincendio AOU Policlinico di Bari Padiglioni Ospedalieri Policlinico	AOU Policlinico di Bari	790.000,00	41.578,95	168.421,05	1.000.000,00
21	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio del padiglione servizi generali (Farmacia) AOU Policlinico di Bari	AOU Policlinico di Bari	2.528.000,00	133.052,63	538.947,37	3.200.000,00
44	Lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi P.O. "Perrino" Brindisi (Compartimentazione, porte tagliafuoco, apparecchiature illuminazione emergenza e sicurezza)	ASL BR	790.000,00	41.578,95	168.421,05	1.000.000,00
51	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Palazzina Ambulatori, Palazzina Laboratori, Palazzina Malattie Infettive	AOU OO RR Foggia	584.600,00	30.768,42	124.631,58	740.000,00
52	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - terzo lotto ala destra e corpo centrale - Adeguamento gas Medicali e messa a norma ascensore	AOU OO RR Foggia	316.000,00	16.631,58	67.368,42	400.000,00
54	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Impianto spegnimento Deposito farmacia	AOU OO RR Foggia	126.400,00	6.652,63	26.947,37	160.000,00
58	Adeguamento Impianti Antincendio Ospedale DI CERIGNOLA "G. TATARELLA"	ASL FG	835.195,83	43.957,69	135.846,48	1.015.000,00

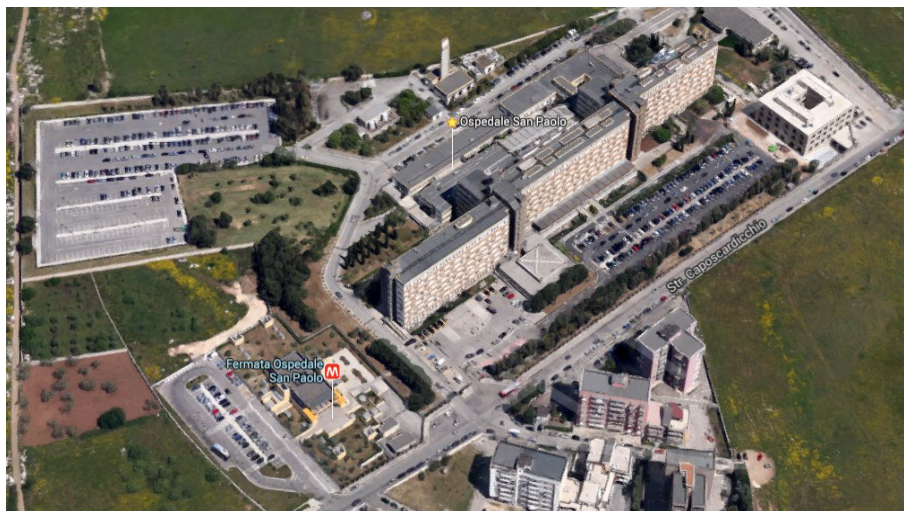
### 2.2.2.1. Ospedale San Paolo di Bari (Codice intervento: 3)

L'Ospedale San Paolo di Bari nella nuova programmazione regionale stabilita dal RR 23/2019, come aggiornato con R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

- "Centro Traumi di zona", nell'alveo delle "Rete Trauma";

- di un Centro di Cardiologia con UTIC ed emodinamica H24, nell'alveo della "Rete Cardiologica".

**Figura 2.6 - Ospedale San Paolo di Bari**



La dotazione di posti letto della struttura prevista dalla suddetta deliberazione è pari a 259 a regime.

L'ospedale "San Paolo" di Bari è localizzato nell'omonimo quartiere periferico della città di Bari (nella zona Nord) e costituisce insieme all'ospedale "Di Venere" di Bari (nella zona SUD) la rete ospedaliera a gestione diretta della ASL di Bari nel capoluogo pugliese, a cui si aggiunge la Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari e l'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II".

Il Presidio Ospedaliero "SAN PAOLO" è costituito principalmente da tre corpi di fabbrica multipiano (ALA EST, ALA OVEST e CORPO CENTRALE) destinati a degenze e da un corpo basso destinato ad attività dedicate di emergenza e servizi, Blocco Operatorio, Rianimazione, Pronto soccorso ecc. Ad integrazione dei diversi interventi di rifunionalizzazione ed adeguamenti normativi eseguiti nel corso degli anni, a completamento delle attività di riqualificazione normativa e funzionale si prevede quanto segue:

1. ristrutturazione ed adeguamento normativo della unità di Rianimazione - Terapia Intensiva. L'amministrazione è in possesso di un progetto, già approvato con parere favorevole da parte del SISP e SPESAL rispettivamente in data 27/07/2015 e 07/06/2015. Il progetto dovrà essere aggiornato in conformità al nuovo codice di cui al D. Lgs. 50/2016, al DM 11 ottobre 2017 relativo ai Criteri Ambientali Minimi e al D.M. 19/06/2015 relativamente alle opere d'adeguamento antincendio;
2. opere di completamento degli arredi ed apparecchiature fisse a servizio del blocco operatorio, dell'Emodinamica e della Endoscopia digestiva;
3. realizzazione di nuovo collegamento (blindo sbarre) tra la stazione di produzione di energia elettrica e emergenze (gruppi elettrogeni) e quadro generale di edificio in bassa tensione (Nuovo Power Center) situato in cabina elettrica con installazione di nuovo gruppo elettrogeno;
4. riqualificazione ed adeguamento normativo del Pronto Soccorso con formazione di sale a osservazione breve ed integrazione dei flussi degli utenti ed ottimizzazione dei percorsi sanitari;
5. realizzazione di servizi igienici utenti in corrispondenza delle aree di attesa a ciascun piano (disimpegno/filtro), adeguati alla normativa di accessibilità di cui alla legge 13/1989 ed eliminazione delle barriere architettoniche di cui al D.P.R. 503/1996;
6. riqualificazione energetica della centrale termica esistente con trasformazione dei fluidi caldi da vapore ad acqua calda previa sostituzione di tutte le apparecchiature presenti nella centrale termica e nelle sottocentrali, quali circolatori, circuiti di spillamento, nuovi produttori di acqua calda sanitaria e



- idonee reti di distribuzione;
7. sostituzione degli infissi esistenti nei piani degli edifici bassi, (blocco operatorio, rianimazione, pronto soccorso e nelle aree centrali di collegamento tra Le ali EST, CENTRALE ed OVEST in corrispondenza a tutti i piani (denominati rostri), in grado di garantire l'isolamento termico e ridurre i consumi termici stagionali dell'edificio in conformità al D.M. 26/06/2015 in materia di efficienza energetica;
  8. riqualificazione ed adeguamento normativo del Servizio Mortuario al regolamento regionale in materia di accreditamenti sanitari;
  9. rifunzionalizzazione del nuovo reparto Malattie Infettive da ubicare al quarto piano ala OVEST (Ex U.O. di Chirurgia toracica), con la formazione di ambienti in pressione negativa e idonei filtri di accesso ad ogni singola degenza;
  10. riqualificazione del servizio portineria al fine di potenziare il controllo e la gestione di tutti gli accessi per gli utenti esterni ed interni ed incrementare la sicurezza dei visitatori, pazienti e lavoratori in conformità alle prescrizioni di cui al D.Lgs 81/08 (Testo unico sulla sicurezza sul lavoro);
  11. riqualificazione del servizio TAO e dell'area postazione 118, ubicata al piano rialzato dell'ala EST;
  12. Realizzazione di una nuova unità di Medicina Penitenziaria al 5° piano – ala est
  13. rifacimento della pavimentazione stradale e sistemazione delle aree pedonali (marciapiedi) dell'intero Presidio Ospedaliero.

A tali interventi si aggiunge l'acquisto di attrezzature sanitarie e arredi sia per il nuovo reparto di Malattie Infettive, da ubicare al quarto piano ala OVEST (ex U.O. di Chirurgia Toracica), che per gli altri reparti

Il quadro economico di massima è il seguente:

**Tabella 2.11 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "San Paolo"**

**A) IMPORTO LAVORI A BASE D'ASTA**

A/1 – Importo dei lavori stimati	Euro	7.500.000,00
A/2 – Costo della manodopera	Euro	1.900.000,00
A/3 – Oneri della sicurezza da PSC non soggetti a ribasso	Euro	200.000,00
<b>A/4 – IMPORTO DEI LAVORI A BASE D'ASTA</b>	<b>Euro</b>	<b>7.700.000,00</b>

**B) SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMM.NE:**

B/1 – I.V.A. 10% su A/4	Euro	770.000,00
B/2 – Incentivo 2% su A/4 art. 113, comma 3 D.Lgs n. 50/2016	Euro	154.000,00
B/3 – Spese tecniche (progettazione, CSP, DL, CSE)	Euro	500.000,00
B/4 – Collaudi	Euro	60.000,00
B/5 – Contributi CNPAIA 4% su B/3+B/4	Euro	22.400,00
B/6 – I.V.A. 22% su B/3+B/4+B5	Euro	128.128,00
B/7 – Imprevisti, premi di accelerazione, arrotond. IVA inclusa	Euro	115.472,00
B/8 – Spese varie: Pubblicità, permessi, oneri di gara, ecc.	Euro	50.000,00
B/9 – Lavori in economia IVA inclusa	Euro	100.000,00
C/1 – Attrezzature/Arredi IVA inclusa	Euro	2.000.000,00
<b>in uno</b>	<b>Euro</b>	<b>3.900.000,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Euro</b>	<b>11.600.000,00</b>

### 2.2.2.2. Ospedale “Di Venere” di Bari (Codice intervento: 4)

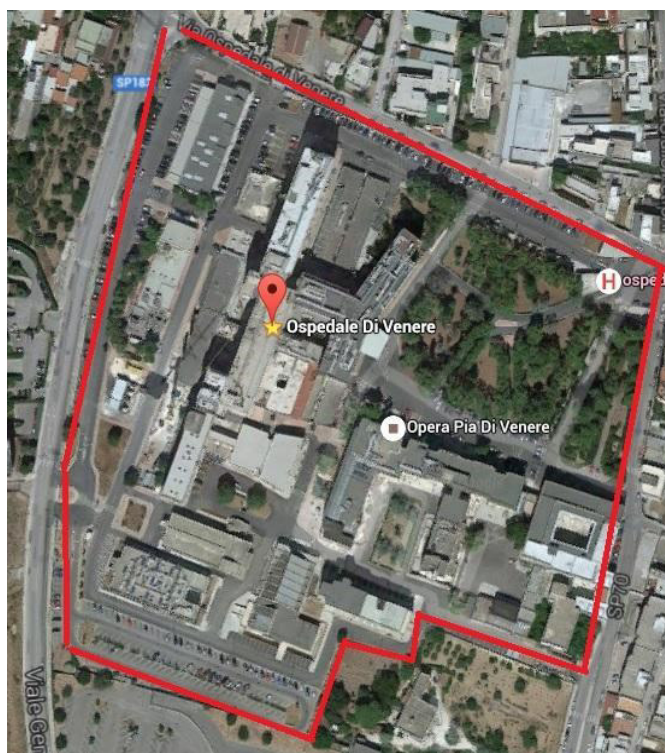
L’Ospedale “Di Venere” di Bari nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 come aggiornato con R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

- “Centro Traumi di zona”, nell’alveo delle “Rete Trauma”;
- Centro di Cardiologia con UTIC H24 senza emodinamica, nell’alveo della “Rete Cardiologica”;
- “Stroke Unit” di 1 livello, nell’alveo della “Rete ICTUS”.

La dotazione di posti letto prevista dal suddetto regolamento è pari a 264 a regime.

L’ospedale “Di Venere” di Bari è localizzato nel quartiere periferico di Carbonara della città di Bari (nella zona SUD) e costituisce insieme all’ospedale “San Paolo” di Bari (nella zona NORD) la rete ospedaliera a gestione diretta della ASL di Bari nel capoluogo pugliese, a cui si aggiunge la Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari e l’IRCCS Oncologico “Giovanni Paolo II”.

**Figura 2.7 - Ospedale “Di Venere” di Bari**



L’attuale conformazione distributiva dell’insediamento è costituita da corpi di fabbrica di cui solo il padiglione B e il Padiglione ACQ ospitano degenze. Gli altri padiglioni sono destinati ad attività ambulatoriali, uffici amministrativi e servizi in genere.

Ad integrazione dei diversi interventi di ristrutturazione ed adeguamenti normativi eseguiti nel corso degli anni, ed a completamento delle attività di riqualificazione normativa e funzionale, è necessario eseguire le ulteriori attività che di seguito vengono elencate:

#### 1. PADIGLIONE B:

Riqualificazione di intere aree dismesse al piano interrato per allocarvi spogliatoi centralizzati da



assegnare al personale sanitario;

Riconfigurazione funzionale della piastra ambulatoriale per destinare l'ala est alla U.O. di Pianificazione familiare;

Rifunionalizzazione degli spazi attualmente destinati a CUP-URP per la realizzazione di ambulatori specialistici di Radiologia di Emergenza a servizio del Pronto Soccorso;

Riconfigurazione degli spazi attuali del Pronto Soccorso e ampliamento attraverso la ristrutturazione dei locali attualmente occupati dalla Citopatologia Screening, da convertire in ambulatori specialistici a disposizione del PS. Realizzazione di camera calda e adeguamento degli accessi e delle correlate sistemazioni esterne.

Riqualificazione e adeguamento impiantistico e strutturale della UOC di Radiologia, anche ricavando spazi da dedicare alla Radiologia di Emergenza presso gli ambienti attualmente occupati dal CUP/Ticket, creando così un corridoio diretto con il Pronto Soccorso.

Riconfigurazione funzionale, architettonica ed impiantistica del piano interrato (attualmente sede del laboratorio analisi che sarà a breve spostato nel padiglione C) al fine di ospitare l'U.O. di Citopatologia e Screening, attualmente occupante spazi siti al piano terra.

Ristrutturazione edilizia ed impiantistica e rifacimento del lastrico solare dei locali lavanderia.

Riqualificazione e adeguamento dell'intero Comparto Operatorio alle vigenti normative.

Adeguamento degli ambienti della U.O. di Chirurgia generale per ampliamento a n. 20 posti letto mediante interventi di manutenzione straordinaria.

Riconfigurazione funzionale della parte terminale dell'attuale reparto di ginecologia ed Ostetricia da destinare al progetto "Percorso Nascita"; ristrutturazione dei servizi igienici destinati alle degenze di ginecologia.

## 2. PADIGLIONE ACQ

Completamento ed adeguamento normativo degli ambienti siti al piano seminterrato del padiglione, da destinare a sala convegni;

Ristrutturazione del Servizio Immunotrasfusionale nel rispetto delle norme di accreditamento regionale dei servizi immunotrasfusionali.

## 3. PADIGLIONE D (Cappella e Morgue)

Ristrutturazione dell'intero padiglione con rifacimento delle facciate, riqualificazione dei locali e redistribuzione interna degli ambienti.

## 4. PADIGLIONE E (Uffici)

Rifacimento delle facciate esterne, riqualificazione interna ed adeguamento normativo ed impiantistico. Realizzazione della scala di emergenza.

## 5. PADIGLIONE F (Centrale termica)

Trasformazione dei fluidi caldi da vapore ad acqua calda previa sostituzione di tutte le apparecchiature nella centrale termica e nelle sottocentrali, idonee reti di distribuzione incluso l'adeguamento dei locali di stoccaggio combustibile liquido (dismessi) e dei locali gruppi elettrogeni dismessi prevedendo l'installazione di n. 2 gruppi elettrogeni della potenza di 1.600 KWA in grado di soddisfare i nuovi carichi elettrici non più supportati dai gruppi esistenti.

## 6. PADIGLIONE G

Ristrutturazione e redistribuzione degli attuali ambienti del piano terra dell'edificio da destinare in parte a servizio CUP e URP, implementazione dei servizi igienici e offerta di nuovi servizi per il ristoro e l'attesa.

Si prevede la realizzazione di un piano sopraelevato dove collocare gli uffici dell'Ingegneria Clinica e dell'Area Gestione Tecnica.

## 7. PADIGLIONE H (varie)

Rifacimento delle facciate esterne con sostituzione infissi. Riqualificazione e adeguamento di 6 dei 7 livelli da destinare a depositi, Unità Operative Risk Management e Riabilitazione, ambulatori afferenti alle Unità Operative del Padiglione B, ambulatori e servizi per l'U.O.C. Di Cardiologia, U.O. di Senologia, U.O. di Fisica sanitaria e servizio di Sorveglianza sanitaria.

8. PADIGLIONE N (Cucina)

Adeguamento impiantistico, riorganizzazione interna e realizzazione di idonei locali di smistamento carrelli e area mensa presso il piano rialzato e di aree a deposito per la Farmacia Ospedaliera presso il piano interrato.

9. PADIGLIONE O (Attualmente Medicina Fetale e Medicina Genetica, Farmacia)

Rifacimento delle facciate e riqualificazione dei locali per destinare l'intero corpo di fabbrica alla U.O. di Farmacia.

**Tabella 2.12 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Di Venere"**

**A) IMPORTO LAVORI A BASE D'ASTA**

A/1 – Importo dei lavori stimati	Euro	7.500.000,00
A/2 – Costo della manodopera	Euro	1.900.000,00
A/3 – Oneri della sicurezza da PSC non soggetti a ribasso	Euro	100.000,00
A/4 – IMPORTO DEI LAVORI A BASE D'ASTA	Euro	7.600.000,00

**B) SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMM.NE:**

B/1 – I.V.A. 10% su A/4	Euro	760.000,00
B/2 – Incentivo 2% su A/4 art. 113, comma 3 D.Lgs n. 50/2016	Euro	136.800,00
B/3 – Spese tecniche (progettazione, CSP, DL, CSE)	Euro	350.000,00
B/4 – Collaudi	Euro	50.000,00
B/5 – Contributi CNPAIA 4% su B/3+B/4	Euro	16.000,00
B/6 – I.V.A. 22% su B/3+B/4+B5	Euro	91.520,00
B/7 – Imprevisti, premi di accelerazione, arrotond. IVA inclusa	Euro	45.680,00
B/8 – Spese varie: Pubblicità, permessi, oneri di gara, ecc.	Euro	50.000,00
B/9 – Lavori in economia IVA inclusa	Euro	100.000,00
C/1 – Attrezzature sanitarie/Arredi IVA inclusa	Euro	2.400.000,00
<b>in uno</b>	<b>Euro</b>	<b>4.000.000,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Euro</b>	<b>11.600.000,00</b>

**2.2.2.3. Ospedale "Perrino" di Brindisi (Codice intervento: 5)**

L'Ospedale "Perrino" di Brindisi nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 così come aggiornato dal R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di secondo livello sede di:

- "Stroke Unit" di 1 livello, nell'alveo della "Rete ICTUS";
- "Centro Traumi di Zona", nell'alveo della "Rete Trauma";

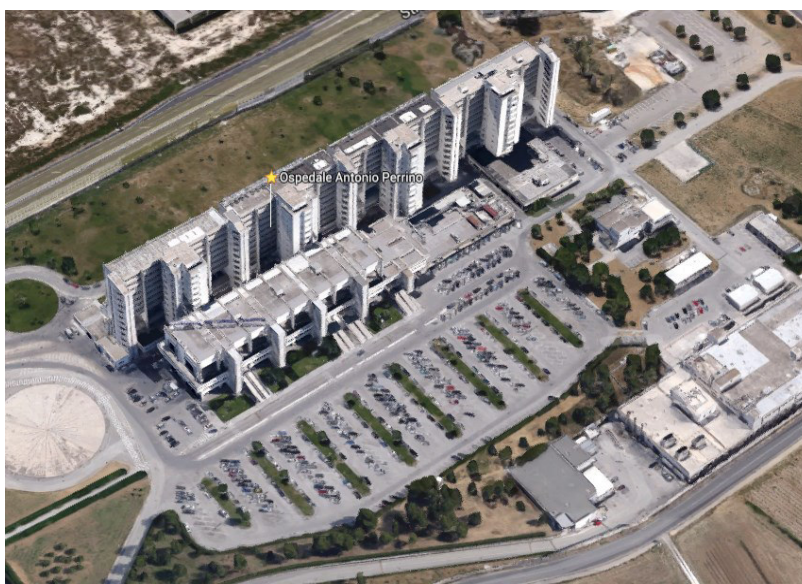
- “Centro di Cardiologia con UTIC ed emodinamica H24”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”.

La dotazione a regime per tale struttura, prevista dalla suddetta deliberazione, sarà pari a 637 posti letto.

L’ospedale Perrino di Brindisi è localizzato in una zona periferica della città di Brindisi, facilmente raggiungibile dalle principali arterie di comunicazione (SS. 16 adriatica lungo la direttrice nord SUD e SS n. 7 Appia lungo la direttrice Est-Ovest).

Va evidenziato che con la chiusura degli ospedali di Mesagne e San Pietro Vernotico, riconvertiti in PTA, l’ospedale “Perrino” rappresenta il punto di riferimento per un bacino di popolazione di oltre 300.000 abitanti, considerando che nella intera ASL di Brindisi (la cui popolazione è di poco superiore ai 400.000 abitanti) sono presenti solo l’ospedale di I livello di Francavilla Fontana e quello di base di Ostuni.

**Figura 2.8 - Ospedale Perrino di Brindisi**



In ossequio alle disposizioni impartite dai requisiti minimi strutturali del nuovo piano di riordino ospedaliero della Regione Puglia e per poter ottenere l’obiettivo di utilizzare strutture accreditate si rende assolutamente necessario ampliare le superfici utili per ricavare maggiori spazi per razionalizzare e offrire servizi adeguati.

Si è rilevato che la presenza massiva di ambulatori e di uffici amministrativi all’interno della struttura ospedaliera erode spazio per la degenza e per garantire meglio gli spazi destinati ai servizi ospedalieri. Occorre liberare da flussi di utenti, difficilmente controllabili, alcune zone interne allo stesso presidio. Dal punto di vista dell’utenza, si vuole prediligere una maggiore e più immediata accessibilità ad alcuni servizi, senza che gli utenti entrino nel percorso ospedaliero e, in qualche misura, interferiscano con le attività di urgenza.

Alla luce di ciò, la ASL di Brindisi ha manifestato l’esigenza di realizzare un corpo di fabbrica che possa consentire la sistemazione di:

- Centro Unico di Prenotazione e uffici amministrativi;
- Ambulatori medici per DH Dialisi-Nefrologia;
- Ambulatori medici multidisciplinari

I bisogni non ancora risolti per la struttura, infatti, derivano dalla necessità di avere una migliore fruibilità dell’immobile e consentire che l’attività ospedaliera (intesa come attività di reparto, area della degenza e attività interventistica), sia maggiormente separata dalle attività di emergenza, da quella ambulatoriale e da quella amministrativa (uffici).

Il progetto sarà infine completato con la realizzazione di un collegamento esterno che consentirà di poter raggiungere la struttura ospedaliera in sicurezza.

A tali lavori si aggiunge l'esigenza di un generale ammodernamento tecnologico delle attrezzature, arredi ed apparati elettromedicali per i quali si registra una sostanziale obsolescenza.

**Tabella 2.13 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Perrino di Brindisi"**

A)		LAVORI	
A.1	Opere Edili ed Impiantistiche	€	8 200 000,00
A.2	Arredi e Apparecchiature Elettromedicali	€	1 100 000,00
A.3	Oneri per la Sicurezza non Soggetti a Ribasso	€	246 000,00
<b>Totale Lavori</b>		<b>€</b>	<b>9 546 000,00</b>
B)		SOMME A DISPOSIZIONE	
B.1	Spese Tecniche e di Gara	€	1 145 221,75
B.2	Incentivi per Funzioni Tecniche (ex art. 113 D.Lgs. 50/16)	€	190 920,00
B.3	Oneri per nuove Connessioni (Gas, Energia Elettrica, ACS, AQP, etc)	€	160 000,00
B.4	Imprevisti ed arrotondamenti	€	773 423,05
B.6	IVA lavori (10%)	€	844 600,00
B.6	IVA ed altri oneri (22%)	€	539 835,20
<b>Totale Somme a Disposizione</b>		<b>€</b>	<b>3 6544 000,00</b>
<b>Totale</b>		<b>€</b>	<b>13 200 000,00</b>

Per quanto concerne gli interventi di adeguamento antincendio di cui alla Del. CIPE 16/2013 a valere su fondi ex art. 20 della l. 67/88, per il P.O. "Perrino" di Brindisi con DGR 1903 del 30/11/2016 è stato ammesso a finanziamento il seguente intervento, che non si sovrappone bensì si integra con gli interventi per i quali si richiede il finanziamento con il presente documento:

**Tabella 2.14 - Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013**

ID	TITOLO INTERVENTO	IMPORTO A CARICO STATO (DEL CIPE 16-2013)	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	IMPORTO MASSIMO CARICO DELL'AZIENDA	IMPORTO MASSIMO INTERVENTO
44	Lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi P.O. "Perrino" Brindisi (Compartimentazione, porte tagliafuoco, apparecchiature illuminazione emergenza e sicurezza)	790.000,00	41.578,95	168.421,05	1.000.000,00

#### 2.2.2.4. Ospedale di Francavilla Fontana (Codice intervento: 6)

L'Ospedale "Camberlingo" di Francavilla Fontana nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 e dal successivo R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

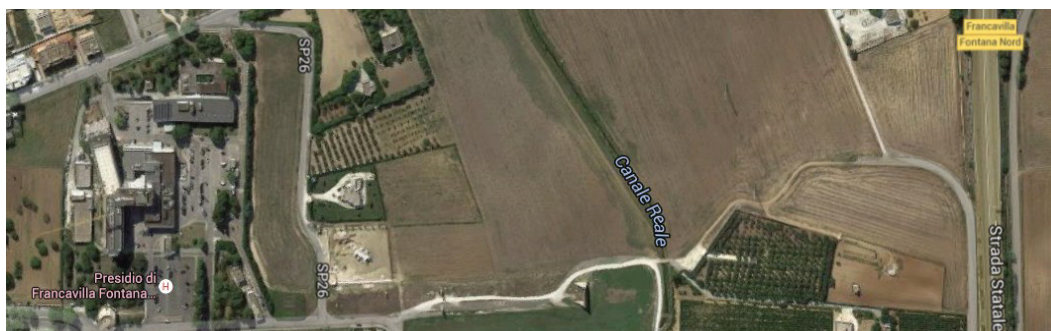
- "Centro Traumi di Zona", nell'alveo della "Rete Trauma";
- "Centro di Cardiologia con UTIC H24 senza emodinamica H24", nell'alveo della "Rete Cardiologica".

La dotazione di posti letto a regime per tale struttura sarà pari a 188.

Va evidenziato che l'ospedale subirà un necessario processo di riorganizzazione e potenziamento derivante dal fatto che si configura come il secondo ospedale per rilevanza nella ASL di Brindisi, alla luce delle numerose riconversioni delle strutture ospedaliere prima presenti nella stessa provincia (Fasano, San Pietro Vernotico, Mesagne, Ceglie Messapica).

L'ospedale è situato in una zona periferica della cittadina brindisina, facilmente raggiungibile dalla strada statale n 7. Appia.

Figura 2.9 - Ospedale "Camberlingo" di Francavilla Fontana



All'interno del corpo di fabbrica principale qualche anno addietro si sono dovuti recuperare spazi per poter allocare gli uffici di direzione amministrativa e contabile, sottraendo una porzione del piano terreno alle attività sanitarie. La scelta di inserire ambienti amministrativi è stata dettata dai problemi di instabilità strutturale del corpo F, originariamente adibito allo scopo, attualmente abbandonato.

L'intero intervento ha principalmente lo scopo di realizzare, previa demolizione della struttura esistente, una struttura su tre livelli da destinare ad area amministrativa e sanitaria, garantendo il rispetto delle norme in materia antisismica ed antincendio, completa di tutti gli impianti necessari (idrici, termici, elettrici, climatizzazione, antincendio). Ciò consentirà agli utenti esterni che vi accederanno (in particolare presso il CUP) di evitare di interferire con i percorsi ospedalieri.

Grazie a detto intervento, pertanto potranno meglio essere organizzate le attività sanitarie a piano terra del corpo principale, dove, in prossimità dell'UTIC, potranno essere organizzati ambulatori.

Tabella 2.15 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Francavilla Fontana"

QUADRO ECONOMICO		
A.1	Per lavori edili ed impiantistici	€ 4.730.000,00
A.2	Per Oneri di Sicurezza	€ 141.900,00
<b>A</b>	<b>Sommano lavori</b>	<b>€ 4.871.900,00</b>
<b>B</b>	<b>Somme a disposizione dell'Amministrazione</b>	<b>€ 2.328.100,00</b>
B.1	Spese Tecniche	€ 535.000,00
B.2	Imprevisti	€ 341.810,00
B.3.1	IVA su lavori	€ 487.190,00



B.3.2	IVA su spese tecniche	€ 139.100,00	
B.4	Spese per forniture/attrezzature/altre spese	€ 825.000,00	
<b>TOTALE GENERALE</b>			<b>€ 7.200.000,00</b>

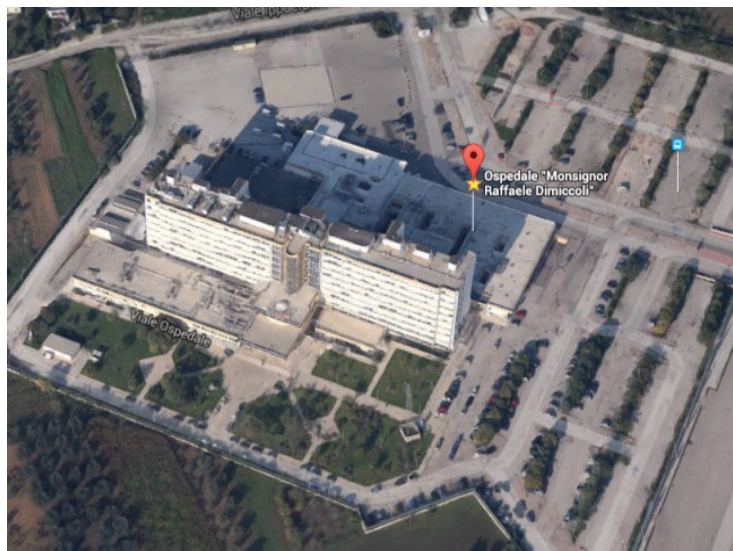
### 2.2.2.5. Ospedale “Dimiccoli” di Barletta (Codice intervento: 7)

L’Ospedale “Dimiccoli” di Barletta nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

- “Centro Traumi di Zona”, nell’alveo della “Rete Trauma”;
- “Cardiologia di Base con guardia H24”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”
- “Stroke Unit” di I livello, nell’alveo della “Rete ICTUS”

La dotazione di posti letto prevista a regime per questa struttura è pari a 305.

**Figura 2.10 – Ospedale di Barletta**



L’ospedale è situato in una zona periferica della città di Barletta, facilmente raggiungibile dalla strada statale adriatica 16. Dal punto di vista strutturale l’ospedale è caratterizzato da uno sviluppo fortemente verticale con un corpo di fabbrica principale di 7 piani di 1250 mq l’uno, per una superficie lorda complessiva di 9135 mq.

Va evidenziato che con la chiusura dell’ospedale di Canosa, in fase di riconversione in PPA, alcune funzioni dello stesso ospedale saranno redistribuite tra gli ospedali di Barletta ed Andria.

In coerenza quindi con il piano di riordino ospedaliero la ASL BT ha rappresentato l’esigenza di un potenziamento infrastrutturale e tecnologico dell’ospedale di Barletta.

Gli interventi pianificati sono:

- realizzazione di un tunnel di collegamento fra la Torre chirurgica e le sale operatorie e adeguamento dei reparti chirurgici (spesa prevista € 1.200.000,00)
- lavori di realizzazione criobanca e adeguamento impianti gas (spesa prevista € 1.000.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione sale operatorie (spesa prevista € 1.200.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione degli spazi comuni della U.O. Radiologia e della Senologia e ammodernamento dei collegamenti verticali (spesa prevista € 1.500.000,00);
- lavori e fornitura di risonanza magnetica aperta (spesa prevista € 1.500.000,00);

- forniture di apparecchiature sanitarie (spesa prevista € 2.500.000,00)

Di seguito il quadro economico di massima dell'intervento.

**Tabella 2.16 - Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Barletta**

**IMPORTO DEI LAVORI**

a] Importo per lavori e attrezzature	€	5.915.000,00	
b] Costi per la sicurezza indiretti	€	420.000,00	
c] Costi per incidenza manodopera inclusi in [a]	€	1.470.000,00	
	€	<b>5.915.000,00</b>	
Totale importo lavori a base d'asta [a]	€		
Importo totale	€	<u>6.335.000,00</u>	<b>6.335.000,00</b>

**SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE**

1) Lavori in economia, previsti in progetto ed esclusi dall'appalto	€	248.500,00	
2) Rilievi accertamenti e indagini	€	75.000,00	
3) Allacciamenti ai pubblici servizi	€	0,00	
4) Imprevisti	€	0,00	
5) Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€	0,00	
6) Incentivi ai sensi dell'art.113 del Codice appalti	€	126.700,00	
7) Spese tecniche per Progettazione, sicurezza in fase di progettazione e esecuzione, attività tecnico amministrative connesse alla progettazione	€	413.500,00	
8) Spese per eventuali commissioni giudicatrici	€	55.000,00	
9) Spese per pubblicità e, ove previsto, per opere artistiche	€	0,00	
10) Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal CSA, di supporto al RUP per verifica progettazione	€	45.000,00	
11) IRAP 8,50% su 6)	€	10.769,50	
12) I.V.A. al 22% sul totale importo lavori	€	1.393.700,00	
13) CNPAIA 4% su 7) e 10)	€	18.340,00	
14) I.V.A. al 22% su 1) +2) + 7) + 9) + 10) +13)	€	176.074,80	
15) arrotondamenti	€	2.415,70	
In uno somme a disp. Amministrazione	€	<u>2.565.000,00</u>	<b>2.565.000,00</b>
<b>Totale generale</b>	€		<b>8.900.000,00</b>

**2.2.2.6. Ospedale di Castellaneta (Codice intervento: 8)**

L'Ospedale di Castellaneta (TA) nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020", è classificato come un ospedale di primo livello a gestione diretta della ASL di Taranto sede di:

- "Centro Traumi di Zona" nell'alveo della "Rete Trauma";
- Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica nell'alveo della "Rete Cardiologica";

La dotazione di posti letto prevista a regime per questa struttura è pari a 201.

Si prevedono, sinteticamente, i seguenti interventi:

- realizzazione di UTIC da 4 posti al Piano Secondo;
- Interventi di adeguamento e rifunionalizzazione per allocare i reparti previsti dal RR 23/2019 rispettando i criteri previsti dal RR 3/2005 sull'accreditamento e le linee guida degli specifici reparti:
  - Rifunionalizzazione del Reparto di Radiologia al Piano Interrato;
  - Realizzazione di un'area dedicata alla Fast Track a supporto del Pronto Soccorso al Piano Terra;
  - Realizzazione di n.16 ambulatori al Piano Terra;
  - Realizzazione del Reparto di Psichiatria con relativa Area di Degenza al Piano Primo;
  - Riqualficazione del Reparto di Oncologia con relativa Area di Degenza al Piano Primo;

- Allocazione e riqualificazione di Reparti e relative Aree di Degenza nei Piani dal Secondo al Sesto;
- Interventi nella hall coperta dalla piramide di vetro al Piano Primo;
- Umanizzazione delle principali aree di accoglienza, di attesa e di distribuzione per pazienti e parenti nei nuovi reparti;
- Interventi di revisione e adeguamento degli impianti di condizionamento delle Aree di Degenza allocate nei Piani dal Secondo al Sesto.

Di seguito il quadro economico complessivo.

**Tabella 2.17 - Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Castellaneta**

QUADRO ECONOMICO INTERVENTI DI RIFUNZIONALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE SAN PIO DI CASTELLANETA PER L'ATTIVAZIONE DEL REPARTO U.T.I.C. E RIANIMAZIONE E FORNITURA DI ATTREZZATURE SANITARIE	
A.1) Lavori a corpo	€ 3.100.000,00
A.2) Oneri della sicurezza, non soggetti a ribasso d'asta	€ 100.000,00
<b>TOTALE A (A1+A2) - LAVORI</b>	<b>€ 3.200.000,00</b>
<b>B) Somme a disposizione della stazione appaltante per:</b>	
1- IVA al 10% su A1+A2+	€ 320.000,00
2- Spese tecniche generali compreso IVA e oneri	€ 300.000,00
3- Attrezzature/arredi/altre spese (IVA compresa)	€ 600.000,00
4- Imprevisti e lavori in economia (IVA compresa)	€ 180.000,00
<b>TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE</b>	<b>€ 1.400.000,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 4.600.000,00</b>

#### 2.2.2.7. Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico di Bari – Giovanni XXIII" (Codici intervento: 9 – 10 – 11 – 12 – 13 - 14)

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico di Bari-Giovanni XXIII" nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 e dal successivo R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di secondo livello sede di:

- "Stroke Unit 2 livello", nell'alveo della "Rete ICTUS";
- "Centro Traumi alta specializzazione", nell'alveo della "Rete Trauma";
- "Centro di Cardiologia con UTIC H24 con emodinamica H24", nell'alveo della "Rete Cardiologica".

La dotazione di posti letto dell'Azienda sarà pari a regime a 1413 PL, così distribuiti:

- 1225 PL presso il plesso del **Policlinico** (composto da vari padiglioni all'interno di un sedime localizzato in un quartiere centrale della città metropolitana di Bari);
- 184 PL presso lo stabilimento collegato "**Giovanni XXIII**", che è destinato esclusivamente ad attività pediatrica.

Va segnalato che il R.R. 7/2017 prevede la futura costituzione in ente ospedaliero autonomo, con capacità attrattiva extra-regionale, del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII, con separazione dall'AOU Policlinico, assorbimento delle discipline pediatriche di alta specialità insistenti negli ospedali limitrofi e delle altre province e istituzione di nuove ritenute strategiche.

L'Azienda rappresenta il più grande presidio ospedaliero della Regione Puglia per numero di posti letto. Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Bari, ospita gli insegnamenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Il **Policlinico** è situato a Bari, in piazza Giulio Cesare, si estende su un'area di circa 230 mila metri quadri ed è suddiviso in 32 padiglioni al cui interno si trovano ubicate le Unità Operative Ospedaliere ed Universitarie. Il Policlinico è localizzato all'interno del contesto urbano della città di Bari.

Con i precedenti accordi programma a valere sulle risorse dell'art. 20 della l.n. 67/1988 sono stati finanziati



una serie di interventi volti a riqualificare alcuni vecchi padiglioni ed alla realizzazione di nuove strutture. Tuttavia tali interventi non possono essere considerati esaustivi considerata l'estensione del polo ospedaliero ed il numero di padiglioni, nonché la loro vetustà. Nell'ambito di questo articolato processo di rinnovamento nel luglio del 2005 è stato inaugurato il Nuovo Complesso Chirurgico della Emergenza "Asclepios", destinato ad assumere un ruolo strategico non solo all'interno della Azienda, ma su tutto il sistema regionale dell'emergenza-urgenza.

L'Ospedale pediatrico è situato a Bari, in via Amendola e fornisce servizi sanitari con circa venti unità operative e servizi vari. I diversi fabbricati di cui si compone sono stati realizzati in fasi successive a partire dagli anni '60 con la costruzione del corpo di fabbrica principale e di seguito negli anni '70 e a fine anni '90 con la realizzazione dei restanti corpi di fabbrica. Nel recente passato sono stati eseguiti alcuni modesti interventi per adeguare a norma parti della struttura come ad esempio il nuovo comparto operatorio, ma la struttura necessita di un importante intervento di messa a norma dal punto di vista antincendio, impiantistico (elettrico comprese le montanti principali, climatizzazione, gas medicinali, efficientamento energetico, ecc.) e strutturale con interventi sulle facciate principali di ripristino dei rivestimenti murali e delle strutture portanti in calcestruzzo armato e acciaio. Si rende necessario inoltre rinnovare gli arredi e le attrezzature per sostituire quelle ormai obsolete, con l'obiettivo primario dell'accreditamento istituzionale.

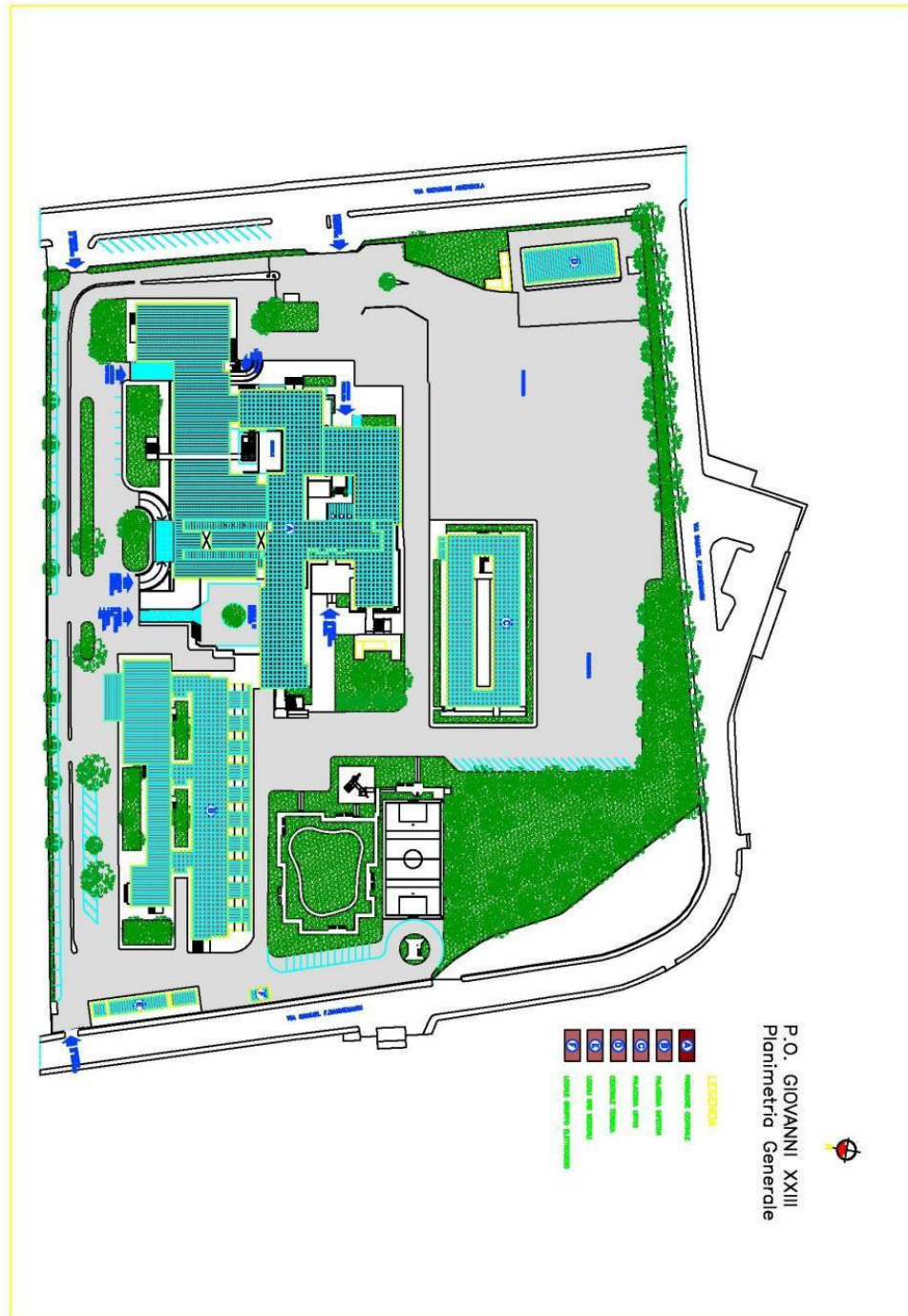
Figura 2.11– Policlinico di Bari



Figura 2.12 - Planimetria ospedale Policlinico di Bari



Figura 2.13 - Planimetria Ospedale Giovanni XXII



Alla luce di quanto sopra l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha segnalato una serie di esigenze, tra cui di seguito quelle prioritarie, per le quali la Azienda dispone di progettazione preliminare.



- **Intervento 9** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del corpo centrale dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII* (corpo "A" della planimetria in figura 18): isolamento involucro esterno; sostituzione degli infissi e installazione di schermature solari; interventi sugli impianti (installazione di impianto fotovoltaico, sostituzione degli impianti monosplit ad espansione diretta con un impianto centralizzato, realizzazione di impianto di produzione di energia termica con cogenerazione, coibentazione di tubazioni ed apparecchiature);
- **Intervento 10** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII* (corpo "B" della planimetria in figura 18): isolamento involucro esterno; sostituzione degli infissi e installazione di schermature solari; interventi sugli impianti (installazione di impianto fotovoltaico, sostituzione degli impianti monosplit ad espansione diretta con un impianto centralizzato, realizzazione di impianto di produzione di energia termica con cogenerazione, coibentazione di tubazioni ed apparecchiature);
- **Intervento 11** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico di Bari* (corpo "8" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Oculistica, vincolato dalla Soprintendenza ai sensi della legge n. 1089 del 1939, fa parte del complesso originale progettato e realizzato tra 1936 e il 1938 che mantiene a oggi caratteristiche strutturali e di layout tali da consigliare la sua ristrutturazione ed il recupero per allocare reparti ospedalieri. Difatti negli anni scorsi è stato oggetto di un finanziamento ex art.20 L.67/88 (I accordo integrativo) che ha consentito, tra gli altri interventi, il rifacimento di tutti gli impianti e la sostituzione di tutti gli infissi interni ed esterni. . Tale ulteriore finanziamento consentirebbe l'esecuzione dei seguenti interventi: isolamento delle chiusure opache verticali e orizzontali; realizzazione di impianto fotovoltaico; revisione del layout delle aree esterne al fine di ridurre la quota impermeabile ed il conseguente effetto "isola di calore".
- **Intervento 12** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari* (corpo "5" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Dermatologia, vincolato dalla Soprintendenza ai sensi della legge n. 1089 del 1939, fa parte del complesso originale progettato e realizzato tra 1936 e il 1938 che mantiene a oggi caratteristiche strutturali e di layout tali da consigliare la sua ristrutturazione e recupero per allocare i reparti ospedalieri. Difatti negli anni scorsi è stato oggetto di un finanziamento ex art.20 L.67/88 che però non prevedeva il recupero dell'intero fabbricato, ma solo di una parte di esso. I lavori sono tuttora in corso. Tale ulteriore finanziamento consentirebbe i seguenti interventi: interventi di riqualificazione energetica (isolamento delle chiusure opache verticali e orizzontali; realizzazione di impianto fotovoltaico; revisione del layout delle aree esterne al fine di ridurre la quota impermeabile ed il conseguente effetto "isola di calore"); interventi di completamento della messa a norma dell'intero padiglione (tramite ristrutturazione funzionale, edile ed impiantistica di due aree poste al piano seminterrato e non incluse nell'appalto in corso); fornitura di apparecchiature fisse e mobili per l'allestimento degli ambulatori chirurgici al piano rialzato al fine dell'accreditamento istituzionale.
- **Intervento 13** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di Gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari* (corpo "6" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Gastroenterologia, vincolato dalla Soprintendenza ai sensi della legge n. 1089 del 1939, fa parte del complesso originale progettato e realizzato tra 1936 e il 1938 che mantiene a tutt'oggi caratteristiche strutturali e di layout tali da consigliare la sua ristrutturazione e recupero per allocare reparti ospedalieri. L'intervento proposto è essenzialmente volto alla riqualificazione energetica ed alla messa a norma del Padiglione di "Gastroenterologia" sotto il profilo dell'accessibilità sull'edificio da parte di persone disabili e dell'accoglienza, della prevenzione incendi e di adeguamento impiantistico in generale (elettrico, climatizzazione e gas medicinali) per tutte le aree dell'edificio, con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi ai fini dell'accreditamento istituzionale. Si prevede, in particolare, l'esecuzione dei seguenti interventi: rifacimento e messa a norma degli impianti (sostituzione degli impianti monosplit ad espansione diretta con impianto centralizzato, coibentazione di tubazioni ed apparecchiature); isolamento delle pareti verticali e della copertura; sostituzione di tutti gli infissi interni ed esterni.
- **Intervento 14** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari* (corpo "13" della planimetria in figura 17). Il

fabbricato oggetto di intervento fu completato negli anni settanta e non è mai stato sottoposto ad un intervento di riqualificazione. L'intervento proposto è essenzialmente volto alla riqualificazione energetica ed alla messa a norma della "Patologia Medica" sotto il profilo dell'accessibilità sull'edificio da parte di persone disabili e dell'accoglienza, della prevenzione incendi e di adeguamento impiantistico in generale (elettrico, climatizzazione e gas medicinali) per tutte le aree dell'edificio, con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi ai fini dell'accreditamento istituzionale. Si prevede, in particolare, l'esecuzione dei seguenti interventi: isolamento involucro esterno; sostituzione degli infissi e installazione di schermature solari; interventi sugli impianti ((sostituzione degli impianti monosplit ad espansione diretta con impianto centralizzato, coibentazione di tubazioni ed apparecchiature).

Di seguito si riportano i quadri economici suddivisi per intervento

**Tabella 2.18 - Quadri economici degli interventi presso l'AOU Policlinico di Bari.**

<b>A1</b>	Lavori	15.000.000,00	5.000.000,00	2.000.000,00	4.600.000,00	1.800.000,00	3.900.000,00	
<b>A3</b>	Imprevisti	159.090,91	113.636,36	81.818,18	115.454,55	37.272,73	95.909,09	
<b>B1</b>	Spese Tecniche ed Amministrative	1.500.000,00	500.000,00	200.000,00	460.000,00	180.000,00	390.000,00	10% di A1
<b>B3</b>	Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	a corpo
<b>TOT</b>	<b>TOTALE</b>	<b>25.000.000,00</b>	<b>8.900.000,00</b>	<b>3.600.000,00</b>	<b>7.400.000,00</b>	<b>3.400.000,00</b>	<b>6.500.000,00</b>	

Per quanto riguarda gli interventi di adeguamento antincendio di cui alla Del. CIPE 16/2013 a valere su fondi ex art. 20 della l. 67/88, per l'AOU Policlinico di Bari con DGR 1903 del 30/11/2016 sono stati ammessi a finanziamento in via preliminare i seguenti due interventi, che non si sovrappongono ma si integrano con gli interventi sopra specificati per i quali si richiede il finanziamento con il presente documento:

**Tabella 2.19 - Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013**

ID	TITOLO INTERVENTO	IMPORTO CARICO STATO (DEL CIPE 16-2013)	A	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	IMPORTO MASSIMO CARICO DELL'AZIENDA	A	IMPORTO MASSIMO INTERVENTO
20	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio della rete idrica antincendio AOU Policlinico di Bari Padiglioni Ospedalieri Policlinico	790.000,00		41.578,95	168.421,05		1.000.000,00
21	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio del padiglione servizi generali (Farmacia) AOU Policlinico di Bari	2.528.000,00		133.052,63	538.947,37		3.200.000,00

#### 2.2.2.8. Ospedale di Cerignola (Codice intervento: 15)

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020, ha previsto, riconfermandola, la classificazione di ospedale di primo livello per il presidio ospedaliero di Cerignola.

L'inserimento, inoltre, di tale ospedale nell'ambito delle reti TRAUMA e CARDIOLOGICA ha previsto la presenza di un Centro Trauma di Zona e di unità di Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica.

La dotazione a regime dell'ospedale è di 208 PL.

L'ospedale di Cerignola, posto fuori dal centro abitato e facilmente raggiungibile lungo la strada statale 16, si pone come punto di riferimento per l'area meridionale della provincia di Foggia, ponendosi come raccordo tra il polo universitario di Foggia (AOU OO RR Foggia) ed i presidi del barese.

**Figura 2.14 - Ospedale di Cerignola**



In tale ambito di programmazione la ASL di Foggia ha effettuato una attività preliminare di ricognizione delle esigenze per il consolidamento della struttura ospedaliera e il potenziamento strutturale e tecnologico.

In particolare sono state rilevate le seguenti esigenze:

Rifunionalizzazione dei reparti e sistemazioni esterne

Sostituzione degli arredi per spazi comuni.

Lavori di completamento della rete di drenaggio delle acque piovane e trattamento acque di prima pioggia, sistemazione delle superfici a verde all'ingresso, rifacimento del manto stradale della viabilità interna.

Rifacimento impiantistica

Sostituzione degli impianti di climatizzazione. La vetustà delle macchine al servizio degli impianti richiamati ha fatto ritenere conveniente il rifacimento dell'impiantistica di trattamento aria e la sostituzione con potenziamento dei gruppi frigo di presidio.

Adeguamento e ampliamento degli impianti tecnologici adeguandoli alle nuove normative vigenti

Installazione di impianti tecnologici per l'uso di energia da fonti rinnovabili,

Adeguamento antincendio

Interventi per la presentazione della SCIA d 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> fase.

Di seguito il quadro economico di massima.

**Tabella 2.20 – Quadro economico per l'ospedale di Cerignola**

<b>A) Per lavori a base d'asta:</b>	
Lavori edili ed impianti tecnologici	€ 5.600.000,00
A) Totale lavori	€ 5.600.000,00
A1) Oneri diretti per la Sicurezza non soggetti a ribasso:	€ 168.000,00
A2) Importo soggetto a ribasso (A-A1)	€ 5.432.000,00
A3) Importo totale opera (A1+A2)	€ 5.600.000,00
<b>B) Somme a disposizione:</b>	
B1) Per IVA 10% sui lavori (A)	€ 560.000,00
B2) Spese Generali Collaudi + Sicurezza	€ 600.000,00
B3) Contributo CNPAIA: 4% (su B2)	€ 24.000,00
B4) IVA 22% (su B2+B3)	€ 137.280,00
B5) Arredi	€ 120.000,00
B6) IVA 22% (su B2)	€ 22.000,00
B7) Spese Art. 113 del D.lgs. n. 50/16 e s.m.i	€ 114.000,00
B8) Lavori in economia	€ 16.000,00
B9) IVA 10% su (B10)	€ 1.600,00
B10) Imprevisti	€ 4.654,55
<u>B11) IVA 10% su (B10)</u>	<u>€ 465,45</u>
<b><u>Totale somma a disposizione</u></b>	<b><u>€ 1.600.000,00</u></b>
<b>IMPORTO TOTALE PROGETTO (A+B)</b>	<b>€ 7.200.000,00</b>

In merito agli interventi di adeguamento antincendio di cui alla Del. CIPE 16/2013 a valere su fondi ex art. 20 della l. 67/88, per l'Ospedale "Tatarella" di Cerignola con DGR 1903 del 30/11/2016 è stato ammesso a finanziamento in via preliminare il seguente intervento, che non si sovrappone ma si integra con gli interventi sopra specificati per i quali si richiede il finanziamento con il presente documento:

**Tabella 2.21 - Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013**

ID	TITOLO INTERVENTO	IMPORTO A CARICO STATO (DEL CIPE 16-2013)	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	IMPORTO MASSIMO A CARICO DELL'AZIENDA	IMPORTO MASSIMO INTERVENTO
58	Adeguamento Impianti Antincendio Ospedale di Cerignola "G. Tatarella"	835.195,83	43.957,69	135.846,48	1.015.000,00

Il suddetto intervento consentirà la presentazione della SCIA di 2<sup>a</sup> fase.

### 2.2.2.9. Ospedale di San Severo (Codice intervento: 16)

Analogamente a quanto previsto per l'ospedale di Cerignola, la nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020, ha previsto, riconfermandola, la classificazione di ospedale di primo livello per il presidio ospedaliero di San Severo. L'inserimento, inoltre, di tale ospedale nell'ambito delle reti TRAUMA e CARDIOLOGICA ha previsto la presenza di un Centro Trauma di Zona e di unità di Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24.

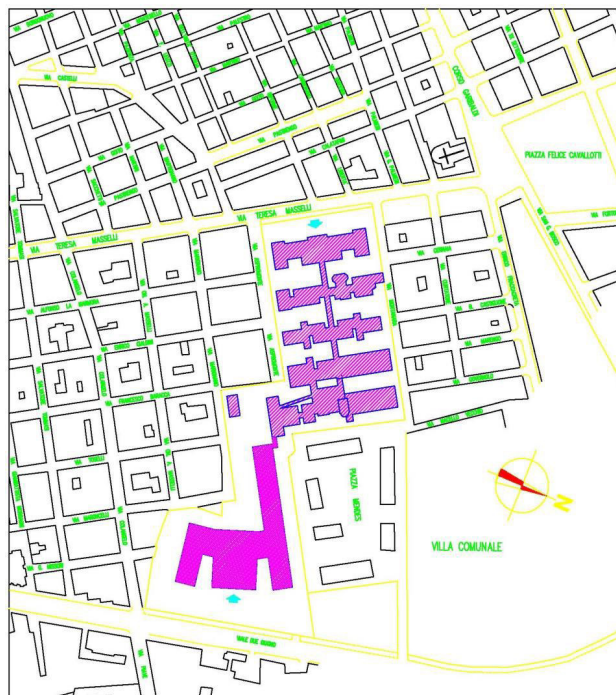
La dotazione a regime dell'ospedale è di 223 PL.

L'ospedale, posto all'interno del centro abitato di San Severo, rappresenta il riferimento per l'area nord-

occidentale della provincia di Foggia.

Il presidio ospedaliero si compone di n. 2 lotti che comunicano attraverso un tunnel, localizzati in area urbana, con accessi indipendenti, il blocco monumentale da Via Masselli Mascia e il blocco nuovo da Viale due Giugno.

**Figura 2.15 - Ospedale di San Severo**



In tale ambito di programmazione la ASL di Foggia ha effettuato una attività preliminare di ricognizione delle esigenze per il consolidamento della struttura ospedaliera e potenziamento strutturale e tecnologico.

In particolare sono state rilevate le seguenti esigenze:

- Interventi per l'adeguamento antincendio (terza e quarta fase);
- Interventi per l'adeguamento dell'impianto elettrico;
- Realizzazione progetto "Linee guida hospitality: l'accoglienza nelle strutture sanitarie e pugliesi";
- Demolizione palazzina ex-pediatria del plesso vecchio (risultata inagibile a seguito di verifiche di vulnerabilità sismica); realizzazione, nell'area occupata oggi dal padiglione ex pediatria, di un volume seminterrato da adibire a deposito di rifiuti pericolosi, con riqualificazione a verde dell'area sovrastante.

Di seguito il quadro economico di massima.



Tabella 2.22 – Quadro economico per l'ospedale di San Severo

<b>A) Per lavori a base d'asta:</b>	
Lavori edili ed impianti tecnologici	€ 5 380 000,00
A) Totale lavori	€ 5 380 000,00
A1) Oneri diretti per la Sicurezza non soggetti a ribasso:	€ 168 000,00
A2) Importo soggetto a ribasso (A-A1)	€ 5 548 000,00
<b>B) Somme a disposizione:</b>	
B1) IVA 10% sui lavori (A)	€ 538 000,00
B2) Progettazione, Direzione Lavori, Collaudi	€ 591 800,00
B3) Contributo CNPAIA: 4% (su B2)	€ 23 672,00
B4) IVA 22% (su B2+B3)	€ 24 618,88
B5) Spese Art. 113 del D.lgs. n. 50/16 e s.m.i	€ 107 600,00
B6) Lavori in economia	€ 30 000,00
B7) IVA 10% su (B6)	€ 3 000,00
B8) Imprevisti	€ 30 281,02
B9) IVA 10% su (B8)	€ 3 028,10
Totale somma a disposizione	€ 1 352 000,00
<b>IMPORTO TOTALE PROGETTO (A+B)</b>	<b>€ 6 900 000,00</b>

### 2.2.1.1 Ospedale di Gallipoli (Codice intervento: 17)

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020, ha previsto la classificazione di ospedale di I livello per il presidio ospedaliero di Gallipoli con una dotazione di 227 PL, sede di:

- un “Centro Traumi di Zona”, nell’alveo della “Rete Trauma”
- una “Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”.

**Figura 2.16 - Ospedale di Gallipoli**

L'ospedale si pone in una zona periferica della cittadina di Gallipoli ed è ben collegato alla viabilità principale (a nord con la SS 101 ed a sud con la SS 274) per cui risulta facilmente raggiungibile dai comuni del bacino di riferimento del Sud-Ovest della penisola salentina. Dallo stesso presidio è agevole raggiungere l'ospedale Vito Fazzi di Lecce quale centro di riferimento provinciale (ospedale di II livello).

Il Presidio Ospedaliero di Gallipoli è strutturato su tre edifici denominati Torri: A-B-C. Ogni Torre ha sette piani con una Unità Operativa per piano.

A seguito della costruzione del nuovo ospedale del Sud Salento, l'ospedale di Gallipoli è destinato ad essere l'unico ospedale di primo livello tra quelli esistenti. Anche in questo caso si rendono necessari interventi per la riqualificazione della struttura, in relazione al nuovo piano ospedaliero, e l'adeguamento alla normativa tecnica vigente.

È inoltre necessaria una riqualificazione complessiva delle attrezzature e degli arredi.

In sintesi si prevede:

- torre A, piano primo: adeguamento blocco operatorio
- torre B, piano terzo: realizzazione ambienti da destinare alla fisioterapia e agli spogliatoi dei medici
- torre B, piano quarto: creazione dell'unità sub-intensiva; rifacimento dello studio medico; rifacimento dei bagni negli spazi comuni
- torre C, piano quarto: creazione del locale da destinare al Day Hospital Talassemici; rifacimento dei bagni negli spazi comuni
- torre B, piano quinto: ristrutturazione della sala visita (oculistica); rifacimento dei bagni negli spazi comuni
- torre C, piano quinto: rifacimento dei bagni negli spazi comuni;
- torre B, piano sesto: ristrutturazione della sala da destinare all'audiometria; rifacimento dei bagni negli spazi comuni
- torre C, piano sesto: rifacimento dei bagni negli spazi comuni
- torri B e C, piano settimo: rifacimento dei bagni negli spazi comuni

Di seguito il quadro economico di massima elaborato dalla ASL di Lecce.

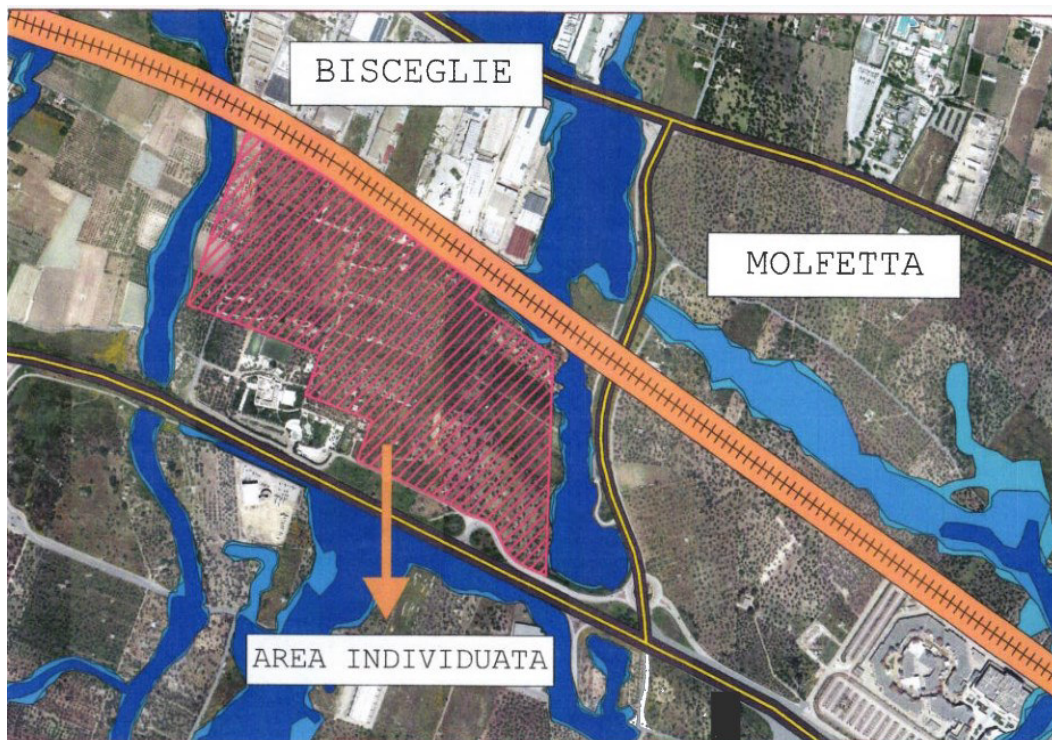
Tabella 2.23 – Quadro economico per l'ospedale di Gallipoli

<b>A</b>	<b>Lavori e oneri per la sicurezza</b>	
A1	Lavori (*)	€3.575.335,00
A2	Oneri per la sicurezza su A1 (3% SU A1)	€107.260,05
	<b>Totale Lavori e oneri per la sicurezza (A1 + A2)</b>	<b>€3.682.595,05</b>
<b>B</b>	<b>Somme a disposizione</b>	
B0	Interferenze (IVA inclusa)	€5.000,00
B.1	Spese tecniche progetto di fattibilità tecnico economica, Progetto definitivo per gara, progetto esecutivo, CSP (PD + PE), CSE, Collaudi, Certificazioni Energetiche, Spese Tecniche per servizi complementari. (comprenditive delle quote Inarcassa 4%)	€347.000,00
B.2	Commissioni aggiudicatrici, Verifiche di validazione finalizzata alla validazione del progetto (comprenditive delle quote Inarcassa 4%)	€55.000,00
B.3	Spese generali amministrazione (gara, copie, pubblicità)	€5.000,00
B.4	Accantonamento per imprevisti, lavori in economia e adeguamenti dei prezzi (calcolato su A)	€110.477,85
B.5	Oneri di allacciamento ai pubblici servizi	€0,00
B.6	Spese per accertamenti e verifiche tecniche: indagini geologiche e geotecniche e statiche e prove strumentali verifiche sismiche + caratterizzazione terreni e prove previste da CSA	€0,00
B.7	Acquisizione aree e immobili e pertinenti indennizzi (COMPRESO IVA)	€0,00
B.8	Incentivi art.113 D.Lgs 50/2016 (**) (calcolato su A1+A2)	€36.825,95
B.9	Cassa previdenza	€0,00
B.10	Spese per opere artistiche	€0,00
B.11	Accantonamento per transazioni e accordi bonari (calcolato su A, IVA inclusa)	€5.000,00
B.12	Contributi ANAC	€5.000,00
B.13	Spese per sorveglianza archeologica	€0,00
B.14	Spese per la bonifica bellica	€0,00
B.15	Maggiorazione oneri (LR 3/2021) e costi per sicurezza COVID-19	€71.506,70
	I.V.A. 10% (A1+A2+B4+B10)	€386.457,96
	I.V.A. 22% (B3+B2+B3+B5+B6+B13+B14)	€89.540,00
	<b>Totale Somme a disposizione (B)</b>	<b>€1.116.808,46</b>
<b>C</b>	<b>altre spese</b>	
C.1	Attrezzature / Arredi / Altre spese (IVA inclusa)	€500.000,00
	<b>Arrotondamento</b>	<b>€596,49</b>
	<b>Sommano A+B+C</b>	<b>€ 5.300.000,00</b>

### 2.2.3. Realizzazione nuovo ospedale del Nord Barese (Codice intervento: 18)

L'area per la realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese (Figura 2.17) è stata individuata in prossimità del confine amministrativo dei Comuni di Molfetta e Bisceglie, ad una distanza di circa 4 chilometri dal centro cittadino di Bisceglie e a circa 5,2 chilometri dal centro cittadino di Molfetta. Pertanto, non essendovi apprezzabili disequilibri nella distribuzione chilometrica, l'ospedale resterebbe raggiungibile in caso di emergenza, grazie alla presenza di numerosi assi viari a scorrimento veloce, anche dagli altri Comuni della macroarea in meno di 30 minuti.

Figura 2.17 – Area di localizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese



Il prospetto che segue illustra, con riferimento ai principali comuni del bacino di popolazione di riferimento per il nuovo ospedale del Nord-Barese, l'analisi delle distanze dai comuni di riferimento rispetto all'area di possibile localizzazione del nuovo ospedale.

Tabella 2.24 – Distanze chilometriche media dalla nuova struttura

Comune	Distanza media (circa) in Km
Trani	13
Bisceglie	6
Giovinazzo	6
Terlizzi	15
Trani	14
Ruvo di Puglia	18
Corato	15

In base alla localizzazione scelta, è stata individuata la ASL BT quale stazione appaltante.

Il dimensionamento, le specialità e il n. di posti letto del nuovo ospedale, che in base al vigente Regolamento Regionale sarà classificato come ospedale di I livello, sono in fase di definizione. Successivamente sarà possibile redigere un Quadro Economico di massima ed individuare le fonti di finanziamento complementari rispetto alla quota di € 106.900.000,00 di cui al presente Documento Programmatico.

La progettazione sarà preceduta da uno studio clinico gestionale per quanto attiene il dimensionamento della struttura sotto gli aspetti dell'offerta sanitaria adeguata all'analisi epidemiologica.

### 2.2.4. L'Offerta post-operam

All'esito del piano di interventi che compongono il presente programma di investimenti, il volto della rete ospedaliera regionale sarà significativamente modificato nei termini di seguito indicati:

- saranno stati realizzati cinque nuovi ospedali moderni e all'avanguardia sul piano logistico-tecnologico (Andria, Monopoli – Fasano, Sud Salento, Taranto, Nord Barese), di cui 1 (quello di Monopoli) completato grazie al presente programma e uno (Nord Barese) la cui realizzazione è avviata grazie al presente programma;
- sarà stata razionalizzata la rete ospedaliera con la dismissione dei piccoli ospedali (che saranno sostituiti dai nuovi di cui sopra e riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza - PTA), costituita esclusivamente da presidi ospedalieri (potenziati e riqualificati grazie agli interventi del presente documento programmatico) di riferimento per un ampio bacino di popolazione ai sensi di quanto previsto dal DM 70/2015;
- sarà avviato un piano di dismissioni patrimoniali da parte delle ASL con riferimento agli immobili degli ospedali disattivati che non dovessero essere oggetto di riconversione in presidi di salute territoriale;
- sarà ridotta la mobilità passiva per effetto della combinazione degli interventi già in corso di svolgimento, nell'ambito del Programma Operativo 2016-2018, e della maggiore attrattività che le nuove strutture ospedaliere eserciteranno sulla domanda di prestazioni da parte della popolazione pugliese e sulla mobilità dei professionisti medici specialisti;

In **Tabella 2.25** è riportata la sintesi dell'offerta post-operam.

In **Figura 2.18** la rete ospedaliera pugliese dopo la realizzazione dei nuovi ospedali e la dismissione di quelli indicati. Gli ospedali cerchiati in rosso sono quelli che vengono dismessi con la costruzione dei nuovi.

**Tabella 2.25 - Offerta post-operam**

Obiettivo	Intervento	Note
O1	Completamento del Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Disattivazione di Monopoli (BA) e Fasano (BR)
O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese	Riconversione dei P.O. di Bisceglie e Molfetta, oltre Trani e Terlizzi già riconvertiti
O3	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Interventi di ammodernamento di 11 ospedali esistenti

**Figura 2.18 - Rete ospedaliera pubblica a seguito della costruzione dei nuovi ospedali**





## 2.3 Coerenza interna della strategia

### 2.3.1. Relazione e complementarità tra le priorità

Il presente programma di investimenti si compone di un numero limitato di interventi (18, di cui 2 relativi al completamento di un nuovo ospedale, 15 relativi al potenziamento di 11 ospedali esistenti di I e II livello, 1 relativo alla realizzazione di un nuovo ospedale), per cui non si intravedono particolari relazioni di complementarità.

In questa sede è opportuno evidenziare l'indifferibilità degli interventi di completamento dei nuovi ospedali, in quanto hanno lo scopo di completare interventi già avviati, a valere su altre risorse finanziarie che si sono rivelate insufficienti in fase di progettazione esecutiva.

Infine in merito ai 15 interventi afferenti ad 11 ospedali, è possibile operare eventualmente una scelta di priorità solo sulla base della effettiva disponibilità delle risorse finanziarie e della loro modulazione negli anni.

### 2.3.2. Analisi dei rischi

La definizione degli obiettivi rappresenta il punto di partenza del processo di programmazione che necessita di un'attenta analisi dei rischi.

L'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) ha lo scopo di identificare e portare in evidenza i principali fattori interni ed esterni, ritenuti determinanti ai fini del raggiungimento degli obiettivi.

Si definiscono i punti principali dell'analisi SWOT, che sono:

- *Punti di forza*: le attribuzioni dell'organizzazione che sono utili a raggiungere l'obiettivo;
- *Punti di debolezza*: le attribuzioni dell'organizzazione che sono dannose per raggiungere l'obiettivo;
- *Opportunità*: condizioni esterne che sono utili a raggiungere l'obiettivo;
- *Rischi*: condizioni esterne che potrebbero recare danni alla performance

Detti fattori sono classificabili in due categorie:

- *fattori interni*, rappresentati dai Punti di forza e Punti di debolezza interni all'organizzazione che promuove l'iniziativa.
- *fattori esterni*, rappresentati dalle Opportunità e dalle Minacce che possono arrivare dall'ambiente esterno all'organizzazione

L'analisi ed il monitoraggio dei fattori risulta determinante per la valutazione della effettiva capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati. Sarà, quindi, opportuno da un lato fondare gli interventi sugli aspetti identificati come punti di forza e dall'altro, tenere sistematicamente sotto controllo i punti di debolezza, al fine di contenerne gli effetti.

Analogamente, con riferimento alle componenti esterne, l'identificazione delle potenziali minacce permetterà di porre in essere le azioni utili a mitigarne l'impatto mentre, per altro verso, le opportunità potranno rappresentare circostanze in grado di rafforzare l'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi.

I punti di forza individuati hanno come denominatore comune la determinazione dell'Amministrazione regionale nel voler perseguire l'obiettivo del rinnovamento dell'offerta sanitaria in accordo con quanto perseguito a partire dal 2010 con il Piano di Rientro 2010-2012 e successivamente con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma Operativo 2016-2018. Si tratta di un rinnovamento che ha interessato sia gli aspetti tipicamente economici e finanziari, attraverso la definizione delle modalità rientro del deficit sanitario, sia gli aspetti di natura qualitativa con la promozione di un modello di gestione delle Aziende sanitarie maggiormente orientato all'efficacia del servizio. Peraltro, anche la scelta di concentrare nel presente documento programmatico quasi esclusivamente interventi di ammontare rilevante e tutti concentrati nella assistenza ospedaliera è indicativa della volontà di imprimere al servizio sanitario regionale una svolta verso l'innovazione e la concentrazione delle risorse in un ridotto numero di punti di erogazione. Gli investimenti di minore dimensione relativi agli ospedali sono, invece, lasciati alla pianificazione finanziaria delle singole Aziende che dovranno sostenerli con propri fondi destinati alle spese in conto capitale. Va inoltre evidenziata la congruità del programma con la pianificazione regionale in materia di utilizzo dei fondi europei (PO FESR 2014/2020) sulla quale sono concentrati tutti gli interventi destinati alla assistenza territoriale.

Inoltre, oggi risulta sempre più difficile adeguare le vecchie strutture ospedaliere ai nuovi bisogni dei cittadini. L'attuale rete ospedaliera, come già descritto, presenta diverse strutture ubicate in zone che, nel corso del tempo, sono diventate assai congestionate e sono state totalmente assorbite dal contesto urbano presentando enormi difficoltà di accesso per gli utenti dei comuni limitrofi. Va evidenziato che quasi tutti i vecchi ospedali sono il risultato di accorpamenti, interventi adeguativi e azioni di riqualificazione realizzati in periodi differenti sulla base di diverse ed, a volte, contrastanti regole di costruzione e modalità di erogazione dell'assistenza: ciò determina inevitabilmente l'impossibilità di soddisfare appieno le esigenze dei pazienti e degli operatori, con spazi che spesso risultano disarticolati, insufficienti e talvolta assolutamente non adattabili alle nuove tecnologie.

Di conseguenza la costruzione di nuovi ospedali non può che produrre enormi vantaggi in termini di efficienza, economicità nella gestione e qualità delle prestazioni. Infatti nelle nuove strutture ospedaliere ogni soluzione strutturale e funzionale viene studiata per consentire il massimo benessere della persona, avendo fissa la visione del miglior clima di serenità e di fiducia possibile, prestando particolare attenzione agli aspetti dell'accoglienza, del comfort e del soggiorno con spazi specifici, di relax e di incontro, aperti ed integrati con gli spazi verdi esterni ed i servizi della città.

Un ospedale moderno è concepito come una struttura dinamica, qualificata da un'alta flessibilità, in grado di adattarsi alle continue evoluzioni tecnologiche, organizzata per poli di attività attenti alla intensità della cura, ma anche ai diritti e alle esigenze più complessive della persona, in grado di ottimizzare i percorsi di cura e gli standard di qualità.

Con riferimento, invece, ai rischi endogeni ed esogeni che potrebbero intralciare il percorso di realizzazione degli investimenti, appare assumere particolare rilevanza la resistenza dell'utenza e degli operatori del settore ad accettare il cambiamento nella logica che sottende il modo di erogare il servizio sanitario. La percezione da parte dell'utenza della soppressione dei posti letto, presso le strutture sanitarie più vicine, potrebbe risultare ancor più negativa, tenuto conto della situazione sociale ed economica caratterizzata da un elevato indice di deprivazione, oltre che dalla scarsa propensione degli operatori a rendere concreti i concetti della continuità

assistenziale e dell'appropriatezza delle prestazioni.

A tal proposito, allo scopo di tenere sotto controllo gli effetti di tali fattori, saranno attivati percorsi di comunicazione all'utenza, finalizzati a diffondere una corretta informazione circa la quantità e la qualità dell'offerta sanitaria presente sul territorio. Inoltre, al fine di contenere l'allungamento eccessivo dei tempi di realizzazione, i processi tecnici ed amministrativi e gli adempimenti burocratici saranno oggetto di monitoraggio continuo.

L'impatto delle criticità (in termini di punti di debolezza e di minaccia) che potenzialmente potrebbero manifestarsi sarà ulteriormente approfondito in quanto costituirà il punto di partenza per le analisi di sensitività che saranno successivamente sviluppate in sede di valutazione della fattibilità e sostenibilità degli investimenti.



	Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
<b>F</b> <b>a</b> <b>t</b> <b>t</b> <b>o</b> <b>r</b> <b>i</b> <b>i</b> <b>n</b> <b>t</b> <b>e</b> <b>r</b> <b>n</b> <b>i</b>	<p><b>S (Punti di Forza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure</li> <li>✓ Complementarietà degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio</li> <li>✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR.</li> </ul>	<p><b>W (Punti di Debolezza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tradizionale ridotta capacità di integrazione ed interlocuzioni fra i vari attori della rete assistenziale, in uno scenario prospettico basato, invece, sulla massima interazione dei servizi ospedalieri e territoriali.</li> <li>▪ Potenziale disallineamento tra i tempi di riconversione/disattivazione degli attuali presidi ospedalieri ed attivazione delle nuove strutture.</li> <li>▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi.</li> <li>▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.).</li> </ul>
<b>F</b> <b>a</b> <b>t</b> <b>t</b> <b>o</b> <b>r</b> <b>i</b> <b>E</b> <b>s</b> <b>t</b> <b>e</b> <b>r</b> <b>n</b> <b>i</b>	<p><b>O (Opportunità)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale;</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> <li>✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera.</li> </ul>	<p><b>T (Rischi/Minacce)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vincoli di finanza pubblica che, anche attraverso reiterati blocchi del turn over, dovessero impedire un adeguamento delle piante organiche (non solo in termini quantitativi, ma soprattutto di distribuzione dei profili professionali) nei tempi richiesti dalle nuove attivazioni.</li> <li>▪ Resistenza delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione.</li> <li>▪ Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori.</li> <li>▪ Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza</li> <li>▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</li> </ul>

Tabella 2.26 - Matrice SWOT

### 3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI e COMUNITARIE

La presente sezione ha lo scopo di evidenziare in che modo il programma di investimenti proposto, nella sua specificità, sia coerente all'interno di una strategia più generale che tenga conto degli indirizzi delle politiche comunitarie, nazionali e regionali.

Sono, inoltre, fornite evidenze sulla sostenibilità tecnica, amministrativa, gestionale e finanziaria del programma di investimenti proposto.

#### 3.1 Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale

I paragrafi che seguono mettono in evidenza la coerenza del programma con la programmazione settoriale in materia sanitaria e con quella intersettoriale relativa in particolare all'utilizzo dei fondi strutturali nell'alveo della programmazione unitaria della Regione Puglia.

##### 3.1.1. Coerenza con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il PNRR è lo strumento che definisce un pacchetto coerente di riforme e investimenti per il periodo 2021-2026, dettagliando i progetti e le misure previste. Sono due gli obiettivi fondamentali del PNRR: riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica e contribuire ad affrontare le debolezze strutturali dell'economia italiana: divari territoriali; basso tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro; debole crescita della produttività; ritardi nell'adeguamento delle competenze tecniche, nell'istruzione, nella ricerca. In sostanza, si traccia il percorso per un Paese più innovativo e digitalizzato, più rispettoso dell'ambiente, più aperto ai giovani e alle donne, più coeso territorialmente. Il Piano contiene una articolata stima dell'impatto delle misure in esso contenute: in particolare, il Governo prevede che nel 2026 il Pil sarà di 3,6 punti percentuali più alto rispetto allo scenario di base, mentre nell'ultimo triennio dell'orizzonte temporale del Piano (2024-2026) l'occupazione sarà più alta di 3,2 punti percentuali. Il Piano si sviluppa intorno a **tre assi strategici** condivisi a livello europeo:

- ❖ digitalizzazione e innovazione,
- ❖ transizione ecologica,
- ❖ inclusione sociale

#### Le Missioni e le Componenti:

- **Missione 1: Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo**
  - M1C1: Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA
  - M1C2: Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo
  - M1C3: Turismo e cultura 4.0
- **Missione 2: Rivoluzione verde e transizione ecologica**
  - M2C1: Economia circolare e agricoltura sostenibile
  - M2C2: Energia rinnovabile, idrogeno, rete e mobilità sostenibile
  - M2C3: Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici
  - M2C4: Tutela del territorio e della risorsa idrica
- **Missione 3: Infrastrutture per una mobilità sostenibile**
  - M3C1: Investimenti sulla rete ferroviaria
  - M3C2: Intermodalità e logistica integrata
- **Missione 4: Istruzione e ricerca**
  - M4C1: Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università
  - M4C2: Dalla ricerca all'impresa
- **Missione 5: Coesione e inclusione**
  - M5C1: Politiche per il lavoro

- M5C2: Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore
- M5C3: Interventi speciali per la coesione territoriale
- **Missione 6: Salute**
  - M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
  - M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa appunto di **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 e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Al centro della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza ci sono il potenziamento e la diffusione di sistemi di telemedicina per rafforzare il servizio di assistenza territoriale fondato sulla digitalizzazione. L'obiettivo è di promuovere e rendere più efficace l'assistenza di prossimità grazie anche alla connettività performante, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, definendo standard qualitativi e quantitativi uniformi e contribuendo a potenziare la rete dei servizi distrettuali e a consolidare quella ospedaliera.

Il presente documento programmatico intende qualificare l'offerta ospedaliera, in armonia con la programmazione territoriale definita con il PNRR, ridefinendo una rete di Presidi a ciascuno dei quali è stato assegnato un ruolo specifico, in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi. La ridefinizione della nuova rete ospedaliera è stata accompagnata da una nuova programmazione delle risorse per il potenziamento delle strutture ospedaliere e per la realizzazione di nuovi ospedali (vedasi la realizzazione del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano) e dalla realizzazione di percorsi assistenziali in rete. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella Missione 6, programmato in Puglia, si basa su alcune leve che mirano a dare impulso all'assistenza di prossimità e alla telemedicina, puntando su un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria in grado di superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, garantendo omogeneità nell'accesso alle cure e nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza "Lea". Altra leva strategica attiene al potenziamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale, attraverso il miglioramento della capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali, per garantire continuità assistenziale, approcci multiprofessionali e multidisciplinari, percorsi integrati ospedale-domicilio a tutta la popolazione.

La programmazione regionale con i fondi art. 20 si è quindi concentrata essenzialmente sugli Ospedali che rappresentano un "tassello" del percorso assistenziale e si pongono in stretta relazione con il Territorio e tutto ciò deve tradursi in concreti elementi organizzativi e strutturali. L'articolazione regionale punta a realizzare una presa in carico globale del paziente (disease management) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali.

Nella individuazione degli interventi si è tenuto conto degli investimenti presentati e selezionati per ciascuna linea di intervento al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di finanziamento.

### 3.1.2. Coerenza con la programmazione sanitaria (Piano di Rientro e Piano Operativo)

Come si è detto, all'interno dei processi di riqualificazione in atto nel Sistema Sanitario Nazionale, e dei Servizi Sanitari Regionali, il ruolo della pianificazione strategica sta assumendo sempre più importanza. I principali motivi di questa trasformazione, soprattutto nei paesi economicamente più sviluppati e con sistemi sanitari consolidati, come quello Italiano, sono individuabili nell'esigenza di contenimento dei costi da un lato e nel miglioramento della qualità dei servizi dall'altro. In presenza di tali motivazioni oggi più che mai le Regioni sono chiamate a ridisegnare l'assistenza sanitaria.

Le direttrici della **strategia regionale** definita per raccogliere la sfida della costruzione di un moderno Servizio Sanitario Regionale, sulla base dei principi ispiratori e delle direttrici del recente Patto della Salute

2014/2016, nonché dei requisiti stabiliti dal DM 70/2015, sono:

- la riorganizzazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente con grandi strutture di eccellenza complete e capaci di svolgere un ruolo di *hub* nei confronti degli altri punti della rete, come definiti dal RR n. 14/2015, e un numero limitato di strutture di media dimensione (tra i 250 e i 400 p.l.) di riferimento territoriale capaci di operare come *spoke* in condizioni di sicurezza e con standard qualitativi elevati, nonché come strutture di servizio per la rete dei presidi di assistenza territoriale (PTA), in particolare con moderni servizi ambulatoriali e servizi di day-service in grado di supportare la rete sanitaria territoriale con diagnostica specialistica e prestazioni chirurgiche di bassa complessità che non richiedano ricovero;
- la costruzione di una rete sanitaria territoriale capillare e articolata su più livelli, in modo da assicurare l'integrazione ospedale-territorio e la presa in carico dei pazienti nella fase post-ricovero o post-acuzie e in tutte le condizioni di cronicità, nonché la prevenzione e la cura, attraverso un sistema articolato di servizi ambulatoriali, riabilitativi, di cure palliative (*hospice*) e lungodegenza, di servizi sanitari extraospedalieri e sociosanitari a carattere residenziale e semiresidenziale capaci di costituire il necessario complemento ai progetti individualizzati di presa in carico fortemente centrati sulla domiciliarità.

Tali obiettivi, in uno con le finalità di riduzione e di razionalizzazione della stessa fissate nel Piano di Rientro 2010-2012 e successivamente nel Piano Operativo 2013/2015, rappresentano per la Puglia una inderogabile e forse unica opportunità di ammodernare complessivamente l'offerta ospedaliera e specialistica del SSR con gli **obiettivi generali** di:

- ammodernare il sistema e accrescere il grado di eccellenza dell'offerta ospedaliera;
- accrescere l'accessibilità del sistema di prestazioni specialistiche ospedaliere per la popolazione pugliese;
- incrementare il grado di appropriatezza dei ricoveri, per governare sia la domanda di assistenza a maggiore intensità sia la riconversione di una parte significativa dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale;
- ridurre la parcellizzazione dell'offerta ospedaliera per accrescerne contestualmente la capacità di risposta e la qualità delle prestazioni erogate;
- ridisegnare il ruolo dei piccoli stabilimenti quali nodi di una rete di servizi sanitari e sociosanitari territoriali adeguata rispetto a un bisogno di salute in profonda evoluzione rispetto all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore incidenza delle patologie croniche.

Tra i risultati attesi di maggiore impatto per l'efficienza complessivo del SSR e della rete ospedaliera in particolare occorre considerare i seguenti:

- riduzione della mobilità passiva per prestazioni ospedaliere e specialistiche;
- riduzione della parcellizzazione dell'offerta ospedaliera regionale;
- incremento dell'offerta di qualità colmando le lacune nella rete dell'offerta attuale;
- strutturazione di una offerta sanitaria territoriale capace di migliorare la capacità di presa in carico in uscita dall'area ospedaliera, riducendo il tasso di in appropriatezza dei ricoveri e delle degenze ed assicurando la continuità ospedale/territorio;
- disporre di strutture moderne, a basso costo di gestione ed elevata ottimizzazione delle risorse (efficientamento energetico, razionalizzazione dei servizi *no core*, ecc.)

In particolare gli obiettivi del presente programma di interventi risultano assolutamente coerenti con le strategie illustrate nel Piano Operativo 2013-2015 e nel Programma Operativo 2016-2018 della Regione Puglia.

Nello specifico, se si prende in considerazione l'azione "**14.1 - Rimodulazione della Rete Ospedaliera**" del **Piano Operativo 2013-2015**, si evidenzia come tra le linee programmatiche, oltre a necessari accorpamenti di unità operative ed alla chiusura di stabilimenti ospedalieri sotto un determinato numero di posti letto, ci fosse già la definizione di un piano pluriennale di investimenti a valere sui fondi comunitari (PO FESR), sui fondi nazionali (FSC e art. 20 l.n. 67/1988), integrati da fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area ionica (ospedale San Cataldo di Taranto) e di quattro nuovi ospedali al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli ospedali.

Il suddetto piano di investimenti ha previsto:

- per il breve periodo, la realizzazione dei primi due nuovi Ospedali, quello di Taranto (ASL TA) e quello intermedio di Monopoli-Fasano (ASL BA);
- per il medio periodo che guarda al ciclo 2014-2020 sia per la programmazione dei fondi UE sulla nuova dotazione di strutture sanitarie territoriali e distrettuali, favorendo prioritariamente la riconversione e il riuso del patrimonio edilizio esistente, sia per la programmazione dei fondi nazionali, e principalmente del Fondo Sviluppo e Coesione (FSC) e art. 20 Ln. 67/1988, per la realizzazione di ulteriori tre nuovi ospedali (Andria – ASL BT, Maglie-Melpignano – ASL LE, Bisceglie-Terlizzi – ASL BA/BT).

Il suddetto Piano di Investimenti è stato declinato in diversi atti della Giunta Regionale, tra cui è opportuno citare la Deliberazione n. 1725 del 7 agosto 2012, che ha approvato la prima versione Documento programmatico elaborato con Metodologia MExA recante la proposta complessiva di realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, inviata al Ministero della Salute ad agosto 2012, e la deliberazione n. 2787 del 14 dicembre 2012 che ha, tra l'altro, preso atto del quadro di interventi ammessi a finanziamento a valere sulle risorse del FSC di cui alle Del. CIPE n. 92 /2012, mediante la stipula dell'Accordo di Programma Quadro rafforzato "Benessere e Salute", sul quale sono stati finanziati i due ospedali di Taranto e Monopoli.

Va richiamata a tal proposito la regolamentazione regionale in materia di riordino ospedaliero: l'art. 6 del Regolamento 23/2019 "Programmazione degli investimenti ospedalieri", stabilisce che:

*"1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 5 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, come di seguito indicati:*

- a) *Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto, comportandone la riconversione insieme alla riconversione dello stabilimento ospedaliero San Giuseppe Moscati di Statte ed allo stabilimento ospedaliero di Grottaglie;*
  - b) *Realizzazione del Nuovo Ospedale del Sud Salento, che comporterà la riconversione dell'ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano e dell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina;*
  - c) *Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa, riconvertito con il presente provvedimento;*
  - d) *Realizzazione del Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, che comporterà la riconversione dell'ospedale San Giacomo di Monopoli, oltre all'Ospedale di Fasano, riconvertito con il presente provvedimento;*
  - e) *Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord barese, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertito con il presente provvedimento;*
2. *Alla realizzazione delle strutture ospedaliere individuate nel presente articolo si procede:*
- a) *con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" e su ulteriori risorse regionali all'uopo destinate;*
  - b) *a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/88 ovvero a valere sui Fondi Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento;*
  - c) *Alla riqualificazione ed al potenziamento nonché all'adeguamento alla normativa vigente (antincendio, antisismica, efficientamento energetico ecc) degli ospedali preesistenti, non oggetto di riconversione in strutture territoriali ai sensi del presente regolamento, si procede nei limiti delle risorse finanziarie europee, nazionali e regionali all'uopo destinate sulla base di priorità da definirsi a cura della Giunta regionale con proprie deliberazioni.*

Ulteriore atto cruciale per la realizzazione della strategia di cui sopra è stata la DGR n. 89 del 22/01/2019 con cui è stata approvata la precedente versione del presente Documento Programmatico, contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria che si intendeva finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988 unitamente all'elenco di 4 interventi prioritari, per i quali è stato successivamente sottoscritto un Primo Accordo Stralcio in data 18/11/2020. Più nel dettaglio, tale Primo Accordo Stralcio si articola nei

seguenti interventi:

- a) Nuovo ospedale del “Sud-Salento”,
- b) Nuovo ospedale di Andria,
- c) Intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata “Monoblocco” dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Riuniti di Foggia”,
- d) Intervento di riqualificazione dei plessi minori dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Riuniti di Foggia”.

Gli interventi di cui al presente DP di completamento del nuovo ospedale di Monopoli - Fasano e di avvio della realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese contribuiranno alla realizzazione di quanto avviato con i provvedimenti di cui sopra.

Infine gli interventi di potenziamento e adeguamento di undici ospedali esistenti hanno lo scopo di dare attuazione in tali strutture alle disposizioni del DM 70/2015, in sinergia con gli interventi per l’adeguamento strutturale e antincendio della rete ospedaliera regionale ricompresi nel “Patto per la Puglia”, sottoscritto tra il Governo e la Regione Puglia il 10 settembre 2016 a valere sulle risorse FSC 2014-2020, approvati con DGR n.545 del 11/04/2017.

### **3.1.3. Coerenza con la programmazione regionale in tema di fondi strutturali**

Occorre evidenziare, infine, che a partire dal 2008 la Regione Puglia ha dato avvio all’attuazione del PO FESR 2007-2013 Puglia che nell’ambito dell’Asse III ha destinato risorse dedicate, per un ammontare complessivo di 225 milioni di euro, alla Linea 3.1 per l’infrastrutturazione sanitaria territoriale e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche delle strutture del SSR in funzione delle attività di diagnostica specialistica, con due successive tranche di finanziamento di interventi alle ASL pugliesi, individuate quali soggetti beneficiari dei finanziamenti FESR.

Questo piano di investimento ha consentito di affiancare l’evolvere della programmazione sanitaria regionale e di supportare le ASL nell’avvio delle riconversioni degli stabilimenti ospedalieri oggetto di disattivazione e rifunionalizzazione nel corso dell’ultimo triennio.

Anche il Programma Operativo Regionale Puglia 2014-2020, approvato con decisione della commissione europea C(2015) 5854, ha visto un consistente stanziamento di risorse volte agli interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica (linea di azione 9.12).

Le azioni programmate fanno riferimento al potenziamento della rete di offerta pubblica di servizi sanitari territoriali a titolarità pubblica.

In particolare esempi di attività ammesse sulla suddetta linea di azione 9.12 afferiscono alle seguenti azioni:

- completamento del piano di riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in applicazione del Piano di riordino della rete ospedaliera attuato sul territorio regionale per effetto del Reg. R. n. 18/2010 e s.m.i., per la realizzazione di nuove strutture sanitarie territoriali a titolarità pubblica, quali presidi territoriali di assistenza, poliambulatori specialistici, consultori e presidi per la diagnostica specialistica, strutture dipartimentali per la prevenzione, la salute mentale e le dipendenze;
- sostegno agli interventi di riconversione di immobili di proprietà pubblica per la realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere per le cure intensive per anziani gravemente non autosufficienti, per le cure palliative per pazienti oncologici e malati terminali, per la riabilitazione estensiva di persone con disabilità grave;
- potenziamento delle dotazioni tecnologiche nei presidi sanitari di riferimento per i Distretti sociosanitari, a titolarità pubblica per le attività di diagnostica specialistica e di chirurgia ambulatoriale, per l’ammodernamento della rete dei punti di raccolta sangue, per il potenziamento delle prestazioni erogate con l’ausilio di telemedicina nell’ambito di percorsi domiciliari sanitari e sociosanitari, nonché tecnologie di diagnosi e cura per il potenziamento dell’integrazione ospedale-territorio;

- sostegno agli investimenti di Aziende pubbliche per la realizzazione di interventi rivolti a completare le filiere dei servizi sanitari territoriali e riabilitativi per pazienti cronici, per ridurre la istituzionalizzazione delle cure e il ricorso a ricoveri ospedalieri non appropriati.

La linea di azione 9.12 (Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari non ospedalieri) ha avuto una dotazione finanziaria complessiva pari a 404.004.011 euro.

Dalla suddetta descrizione consegue che gli interventi siano strettamente riconducibili alla “sanità territoriale”, senza possibilità di considerare quegli interventi allocati in strutture ospedaliere attive, stante la maggiore coerenza delle definizioni imposte dalla Commissione Europea in fase di approvazione del POR Puglia 2014-2020.

Sulla base di quanto sopra la programmazione degli investimenti della Regione Puglia prevede la concentrazione di tutti gli interventi relativi alla sanità territoriale a valere sulle risorse del PO FESR 2014-2020 e la concentrazione dei principali interventi di edilizia sanitaria ospedaliera a valere sulle risorse ex art. 20 l.n. 67/1988, sulle risorse del Fondo di Sviluppo e Coesione integrate da risorse di bilancio autonomo della stessa Regione Puglia.

Pertanto la proposta di interventi che si propone con il presente provvedimento risulta assolutamente coerente e complementare alla programmazione dei fondi strutturali europei.

### 3.2 Sostenibilità degli interventi

Nel presente paragrafo vengono analizzate sinteticamente le condizioni e le procedure amministrative necessarie per dar seguito alla attuazione del programma e per la realizzazione corretta, tempestiva ed efficiente degli interventi proposti.

Degli interventi proposti (completamento dell’ospedale di Monopoli, potenziamento degli ospedali di I e II livello, Nuovo Ospedale del Nord-Barese), l’analisi di dettaglio della sostenibilità è effettuata nello specifico per il nuovo ospedale in quanto:

- gli interventi relativi al nuovo ospedale di Monopoli – Fasano sono di mero completamento di un’opera già in corso di realizzazione nell’alveo di un diverso finanziamento, la cui progettazione è già stata sottoposta ad un iter di verifica amministrativa e procedurale nonché ad una analisi costi/benefici con parere favorevole da parte del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti della Regione Puglia;
- gli interventi relativi al potenziamento ed adeguamento a norma degli ospedali esistenti non presentano grosse criticità e rappresentano interventi necessari per la piena conformità alle norme vigenti.

Per quanto sopra l’analisi che segue è incentrata sull’intervento di realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese.

#### 3.2.1. Fattibilità tecnica

La progettazione *del building* del nuovo ospedale del Nord Barese sarà preceduta da una accurata progettazione clinico-gestionale con lo scopo di analizzare e concettualizzare il dimensionamento dei processi clinico-sanitari e delle loro interrelazioni al fine di garantire la rispondenza delle specifiche strutturali e dimensionali del progetto alle esigenze di funzionamento della struttura.

I processi alla base del funzionamento dei nuovi ospedali sono i seguenti:

- i **processi clinico-sanitari**, atti alla risoluzione dei problemi di salute specifici dei pazienti;
- i **processi sanitari di supporto**, inerenti le attività di carattere sanitario indispensabili al corretto svolgimento dei processi clinico-sanitari con i quali risultano strettamente funzionali e interconnessi;
- i **processi non sanitari di supporto** di sostegno alla corretta funzionalità della struttura sanitaria;
- i **processi amministrativi e di accoglienza** che riguardano sostanzialmente le attività di *front office* a contatto con il paziente/visitatore e di *back office* per garantire l’operatività della struttura sanitaria.

Spazi e servizi dovranno essere progettati in modo da rendere possibili al meglio i diversi *setting* d’assistenza,



evitando sprechi ed inefficienze, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e promuovere lo spostamento delle attività dalla modalità del ricovero ordinario a quella della ospedalizzazione diurna o, meglio ancora, verso l'assistenza ambulatoriale (*day-service*).

La *mission* dei nuovi ospedali è quello di essere strutture per acuti nelle quali si cura il paziente, rimandandone la gestione post-acuzie a livello territoriale. L'ospedale dovrà essere attrattivo non solo per i pazienti (recuperare la mobilità passiva e migliorare le performance di mobilità attiva) ma anche per gli operatori.

La struttura degli ospedali dovrà consentire l'organizzazione delle degenze nell'ottica della massima flessibilità di utilizzo dei posti letto e delle dotazioni.

Il nuovo ospedale sarà realizzato in zone esterne al contesto urbano, al fine di non rappresentare una interferenza col tessuto urbano esistente (in particolare in termini di congestionamento del traffico), per cui le strutture dovranno essere dotate di adeguate aree di sosta e parcheggi, da suddividersi per almeno le seguenti categorie di utenti:

- Visitatori/ accompagnatori/pazienti diurni
- Disabili
- Donne in attesa / neomamme
- Dialitici
- Utenti Area Emergenza urgenza (DEA)
- Dipendenti
- Pubblica Sicurezza (Comune, Carabinieri, Polizia, ecc.)
- 118 e ambulanze
- Automezzi nosocomiali

Dovranno inoltre essere previsti stalli per biciclette e motociclette, posti auto per taxi ed adeguati spazi per i trasporti pubblici. Le aree di parcheggio dovranno essere distribuite in isole con adeguato ombreggiamento, favorendo la prossimità all'ingresso principale agli utenti con difficoltà motorie (Disabili e Rosa) e riservando alcune aree in prossimità agli accessi pedonali diretti ai servizi clinico-sanitari quali Dialisi, Area Emergenza, ecc.. Gli accessi alle aree di parcheggio dovranno essere separati e con viabilità protetta per i mezzi di soccorso.

### 3.2.2. Sostenibilità ambientale

Il contesto normativo di riferimento oltre alla normativa comunitaria e nazionale in materia, è rappresentato dalla normativa regionale in materia di VIA (Valutazione di Impatto Ambientale) e di VAS (Valutazione Ambientale Strategica).

Nell'ambito degli studi di impatto ambientale, va sottolineato che un ospedale, in genere, è definibile come una struttura certamente "complessa". Infatti, è una struttura invasiva, un raccoglitore di traffico, un forte consumatore di energia e un grande produttore di rifiuti. Queste riflessioni saranno doverosamente tenute in considerazione durante tutte le fasi progettuali con l'obiettivo di minimizzare gli aspetti negativi, attraverso, a titolo esemplificativo:

- un posizionamento che riduca i percorsi di arrivo e la possibilità di utilizzare strumenti di mobilità sostenibile per raggiungere l'ospedale (ad esempio, trasporto pubblico locale, piste ciclabili, ecc.);
- uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento, ventilazione);
- una progettazione degli impianti con particolare attenzione alla gestione razionale delle risorse (sistemi di riscaldamento con acqua a bassa temperatura, cogenerazione, utilizzo di acqua sanitaria riciclata, etc...)

### 3.2.3. Analisi della compatibilità e sostenibilità delle localizzazioni

Come anticipato nei paragrafi precedenti la Giunta regionale nel dicembre 2014 ha adottato la DGR n. 2302/2014 di definizione dei criteri generali per la localizzazione dei nuovi presidi ospedalieri in coerenza con



la programmazione sanitaria regionale.

In particolare la suddetta deliberazione della Giunta regionale dettaglia i criteri per l'individuazione delle aree su cui costruire i nuovi ospedali, da considerare in uno con i vincoli paesaggistici e gli orientamenti urbanistici per la valutazione complessiva delle scelte localizzative che di volta in volta i Comuni e le ASL interessate potranno in essere, di concerto con la Regione Puglia, come qui riportati:

- localizzazione fuori dai centri abitati o comunque in aree periferiche al fine di prevenire che l'espansione dei centri urbani nei decenni futuri inglobi le nuove costruzioni con conseguente congestione degli assi viari per l'accesso ai nuovi ospedali sia per l'utenza sia per i servizi connessi (con particolare riferimento ai servizi dell'emergenza-urgenza) e consentire, laddove applicabile, una valenza urbana di riqualificazione di aree periferiche;
- localizzazione in lontananza da siti industriali o comunque da aree inquinate o a rischio inquinamento;
- localizzazione in aree sufficientemente estese tali da:
  - a) assicurare gli spazi necessari per la realizzazione delle elisuperfici a supporto delle attività di elisoccorso;
  - b) favorire uno sviluppo prevalentemente orizzontale della struttura con numero limitato di piani fuori terra, in linea con i più recenti orientamenti realizzativi, che permette di ottimizzare le relazioni funzionali e le connessioni tra le varie unità operative e servizi riducendo gli spostamenti verticali, risponde al bisogno di una elevata flessibilità organizzativa e consente di consolidare il rapporto con il contesto circostante riducendo l'impatto ambientale e visivo;
  - c) assicurare sufficienti spazi adibiti a verde intorno alla struttura;
  - d) assicurare la realizzazione di punti di accesso distinti e ben distanziati nonché vie di transito dedicate che conducono a nodi protetti di collegamento tra i vari reparti, separati a seconda delle varie tipologie di utenti (visitatori, pazienti, dipendenti, fornitori, ecc.) per garantire gli standard igienici previsti ed un funzionamento efficiente della struttura;
  - e) garantire la massima flessibilità nell'orientamento della struttura in un'ottica di efficienza energetica;
  - f) garantire una progettazione senza particolari vincoli;
- localizzazione in aree baricentriche rispetto ai bacini di area vasta cui si rivolge l'offerta sanitaria ospedaliera prevista, tenendo conto dei Comuni dell'area e delle principali vie di accesso, in relazione alle zone isocrone intorno al punto di localizzazione e a un parametro medio di riferimento non superiore ai 30-40 minuti;
- localizzazione in aree caratterizzate da elevata parcellizzazione della proprietà onde evitare rischi di speculazione in fase di esproprio delle aree stesse.

Per il nuovo ospedale del Nord Barese, a valle di una serie di incontri tecnici tra gli enti coinvolti, i Sindaci di Bisceglie e Molfetta, con nota a firma congiunta, hanno illustrato l'analisi svolta per la individuazione dell'area in conformità ai criteri di massima richiamati nella summenzionata deliberazione di Giunta Regionale n. 2302 dell'11/12/2014. La scelta è ricaduta su un'area sul confine amministrativo dei Comuni di Molfetta e Bisceglie, compresa fra la FERROVIA e la SS16-bis, libera dal rischio idrogeologico e ricadente, quindi, nell'ambito territoriale della ASL BT di Andria.

La localizzazione è al di fuori dei centri abitati dei Comuni interessati, su aree non interessate, negli anni a venire, dalla espansione dei centri urbani, al fine di scongiurare pericolo che nuove abitazioni possano inglobare l'area ospedaliera e che possa quindi crearsi un potenziale pericolo di congestione degli assi viari di riferimento per l'accesso ai servizi d'urgenza e/o emergenza. Nel PUG del Comune di Bisceglie, di prossima adozione, l'area è compresa tra quelle da destinare a servizi sanitari.

L'area individuata risulta lontana da aree industriali, artigianali o di potenziale rischio inquinamento; peraltro, la zona dell'erigendo ospedale presenta una assenza di rischio idraulico. Le aree limitrofe con rischio idraulico, non individuate nella localizzazione, a causa della inibizione di ogni forma edificatoria resteranno piantumate ad ulivi, formando una barriera naturale tra la struttura, la rete ferroviaria, la viabilità statale e la viabilità locale.

L'area di intervento, della superficie di circa 20 ettari, risulta quindi sufficientemente ampia da consentire la realizzazione di superfici da dedicare ad una pista per elisoccorso, consentire lo sviluppo prevalentemente orizzontale della struttura e la connessione tra i servizi sanitari e le unità operative, nonché da consentire un

limitato impatto ambientale, visivo e paesaggistico. Come innanzi detto, la zona circostante la struttura, sottoposta a vincolo di inedificabilità, resterà piantumata ad ulivi. Esiste inoltre la possibilità di creare all'interno della struttura una viabilità per l'utenza ed una di servizio, che potranno essere rese indipendenti l'una dall'altra, anche in previsione della creazione di nodi protetti di collegamento tra i vari reparti, anche sulla scorta dell'esperienza maturata a seguito della pandemia di Covid-19. Infine, sarà cura dell'ufficio di progettazione garantire la massima flessibilità della struttura, al fine di consentire interoperabilità dei vari blocchi e la massima efficienza energetica.

L'area è stata individuata in prossimità del confine amministrativo dei Comuni di Molfetta e Bisceglie, ad una distanza di circa 4 chilometri dal centro cittadino di Bisceglie e a circa 5,2 chilometri dal centro cittadino di Molfetta. Pertanto, non essendovi apprezzabili disequilibri nella distribuzione chilometrica, tenuto conto del fatto che l'ospedale resterebbe raggiungibile in caso di emergenza, grazie alla presenza di numerosi assi viari a scorrimento veloce, anche dagli altri Comuni della macroarea in meno di 30 minuti, restano soddisfatti i criteri di baricentricità ed isocronicità richiesti nella richiamata.

Infine, la localizzazione dell'area è contraddistinta da una elevata parcellizzazione della proprietà, costituita da numerosi piccoli appezzamenti poderali a conduzione prevalentemente diretta; tanto consentirà, a fronte di una più lunga e complessa attività espropriativa, di evitare forme di speculazione.

### **3.2.4. Sostenibilità amministrativa/finanziaria e gestionale**

La realizzazione degli interventi sarà affidata alle Aziende Sanitarie Locali interessate dagli interventi.

Considerata la complessità delle opere da realizzare, tutte le fasi di progettazione saranno affidate all'esterno non ravvisandosi all'interno delle ASL le necessarie risorse umane sia in termini numerici che di specifiche competenze per le progettazioni in parola.

Le Aziende Sanitarie Locali saranno costantemente coordinate dagli uffici regionali sia del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale sia del Dipartimento, oltre che supportate per gli aspetti tecnici dall'Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio.

### **3.2.5. Sostenibilità di risorse umane**

Tutti gli interventi previsti dal presente documento programmatico sono, come detto, coerenti con il Piano di Riordino Ospedaliero adottato ai sensi del DM 70/2015. Ne consegue che la sostenibilità del piano di investimenti dal punto delle risorse umane è strettamente connesso al il piano di definizione del fabbisogno del personale di cui al citato comma 541, lettera b) dell'art 1 della legge 28/12/2015 n. 208 e trasmesso dalla Regione Puglia alle Amministrazioni centrali competenti.

La sostenibilità da questo punto di vista è pertanto legata agli spazi assunzionali che saranno garantiti nell'alveo di quanto ad oggi previsto dai commi 541, 542, 543 e 544 della sopra richiamata legge 28/12/2015 n. 208 e del piano operativo della Regione Puglia.

### **3.2.6. Sostenibilità economica e finanziaria**

L'analisi complessiva della sostenibilità economica e finanziaria del presente documento programmatico non può prescindere dallo stato di attuazione degli interventi di riequilibrio e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale. Si riporta quindi una breve sintesi della *condizione finanziaria del sistema sanitario pugliese*.

L'attuale condizione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale (SSR) è direttamente correlata dalla gestione della pandemia COVID-19, nonché al contesto economico-finanziario del paese Italia.

La contingenza legata all'emergenza epidemica ha rappresentato una sfida ulteriore, che richiede una capacità aggiuntiva di lettura e interpretazione dei dati di funzionamento del sistema, l'implementazione di specifici presidi di monitoraggio e governo, un approccio flessibile nell'individuazione di soluzioni organizzative, nonché strumenti di intervento tempestivi ed efficienti.

Prima della gestione dell'emergenza COVID-19, per quanto riguarda l'esercizio 2019, la Regione Puglia registrava sia l'equilibrio di bilancio che un punteggio positivo della griglia LEA con 193 punti su 160 quale soglia minima della sufficienza.

Nella riunione di verifica degli adempimenti LEA e del programma operativo tra il Tavolo congiunto del Ministero delle Finanze e del Ministero della Salute e la delegazione pugliese del Dipartimento Salute e dell'ARESS del 3 dicembre u.s., i rappresentanti ministeriali hanno comunicato la positiva conclusione delle verifiche degli adempimenti LEA 2019, certificando per la Regione Puglia il pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il risultato conseguito dalla Puglia rappresenta l'esito di un lungo processo di miglioramento strutturale della capacità di erogazione dei LEA in tutti i macro-livelli assistenziali, che ha portato il risultato della Griglia LEA (indice sintetico della qualità della assistenza sanitaria erogata da una regione) dai 155 punti del 2015 ai 193 punti del 2019, dei quali 21 accumulati negli ultimi due anni. Questo risultato ha consentito lo sblocco del saldo finanziario della premialità collegata agli adempimenti LEA, pari a 72 milioni di euro.

È stato inoltre verificato positivamente il Bilancio Consolidato 2020 della Regione Puglia, che ha garantito l'equilibrio dei conti e la copertura di tutti i costi sostenuti, nonostante la gestione della pandemia Covid-19. Per quanto riguarda la pandemia è utile riportare un riepilogo dell'andamento: la Puglia è stata relativamente risparmiata, nel corso della prima ondata 2020, per quanto abbiamo certamente subito l'impatto connesso alle ospedalizzazioni COVID e alla esigenza di adeguamento dei percorsi assistenziali, di potenziamento delle attività di accertamento diagnostico e di prevenzione. Più rilevante, in termini di contagi e di ricoveri ospedalieri è risultata certamente la seconda ondata, che si è manifestata dalle prime settimane di ottobre, per protrarsi poi per tutto l'inverno 2021.

Tornando ad un quadro di analisi economico-finanziario, occorre evidenziare che gli ultimi anni il SSN è stato caratterizzato, oltre dal recente Virus Covid-19, anche da riduzioni dell'incremento delle risorse destinate alle Regioni per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), maggiori costi per l'introduzione dei nuovi LEA e dal 2018 le regioni hanno dovuto sostenere i costi per il rinnovo dei CCNL del personale dipendente e convenzionato per più di 1,5 milioni di euro incluso il 2020. A tale contesto nazionale va aggiunto che la Regione Puglia, nel 2010, ha sottoscritto il primo Piano di Rientro, non per il mancato equilibrio economico del SSR, ma per non aver rispettato il Patto di stabilità interno per gli anni 2006 e 2008. Successivamente, attraverso il Piano di Rientro 2010-2012 ed il Piano Operativo 2013-2015, 2016-2018 e poi il Piano di Azioni 2020-2021, sono state attivate operazioni di contenimento della spesa nonché di qualificazione dell'assistenza sanitaria che hanno caratterizzato e caratterizzeranno la riorganizzazione della sanità pugliese.

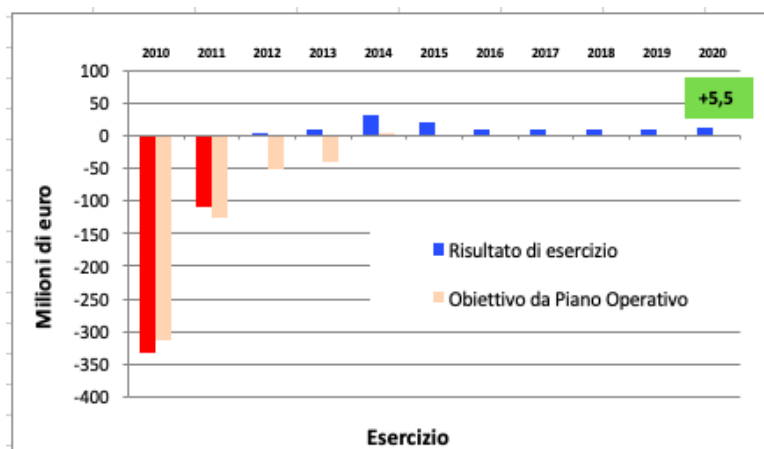
Pertanto, il punto di partenza nell'elaborazione degli indirizzi strategici è sempre rappresentato dagli obiettivi individuati nel Piano di Azioni 2020-2021, in continuità con il PO 2016-2018, a cui si aggiungono le ulteriori indicazioni programmatiche nel frattempo sopraggiunte a causa dell'emergenza pandemica. La prossima pianificazione strategica guarderà comunque ai prossimi tre anni in una prospettiva di rilancio post-pandemia e innovazione, anche grazie ai finanziamenti che giungeranno con il PNRR.

Analizzando i risultati del Bilancio Consolidato del Servizio Sanitario Regionale degli ultimi anni, si possono evidenziare i notevoli risultati raggiunti sia dal punto di vista dell'equilibrio economico che dei livelli di assistenza. Nonostante un evidente sotto-finanziamento della quota capitaria ed una importante mobilità passiva, la Puglia, negli ultimi anni, ha sempre garantito l'equilibrio di Bilancio.

Come già descritto precedentemente, nella riunione del 3 dicembre u.s., del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, si è dato atto dell'equilibrio di bilancio anche per l'anno 2020 sulla base dei bilanci consuntivi 2020 e del bilancio consolidato del SSR 2020.

Si riporta di seguito il grafico, che evidenzia l'andamento dei risultati di esercizio degli ultimi anni. I risultati comprendono le coperture regionali e gli avanzi dei risultati degli anni precedenti, certificate del Tavolo di Verifica.

**Figura 3.1 – Andamento esercizio degli ultimi anni**



La contingenza legata all'emergenza epidemica, ha rappresentato una sfida per il raggiungimento dell'equilibrio economico per l'esercizio 2020. Analizzando nello specifico alcuni voci di bilancio, confrontando le poste al 31 dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 (invero tale analisi è speculare anche sul 2021), si rilevano:

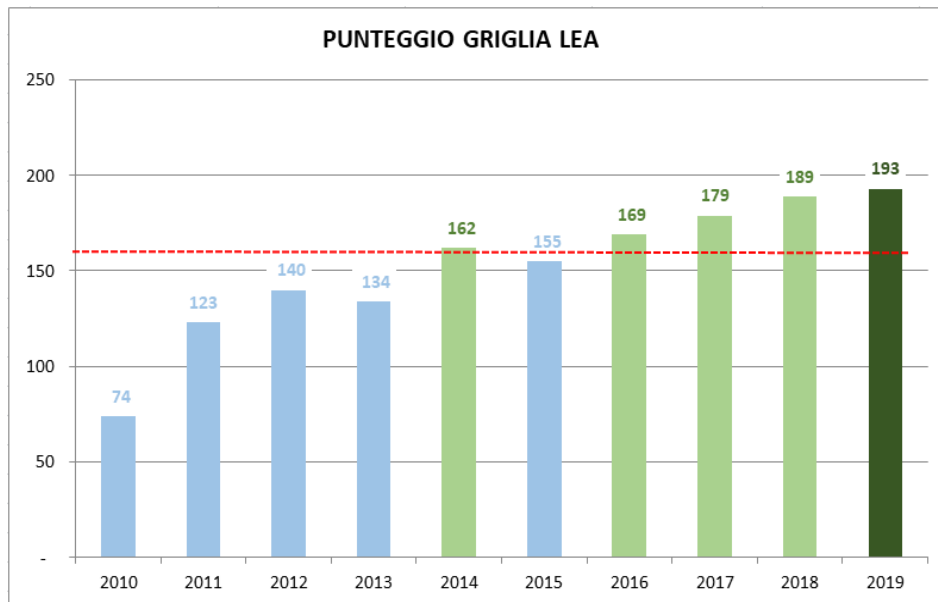
- minori ricavi per ticket incassati (derivanti dalla sospensione attività a causa dell'emergenza COVID19);
- risparmi per la farmaceutica convenzionata (derivanti dalle azioni di contenimento in continuità con quanto previsto dal Piano Operativo);
- maggiori costi per il COVID-19 (assunzioni di personale sanitario, dispositivi medici – DPI ed attrezzature);
- ulteriori accantonamenti di legge per il rinnovo del CCNL pubblico e privato.

Il risultato economico d'esercizio per l'anno 2020 è stato, quindi, fortemente influenzato dall'emergenza COVID-19, che ha fatto registrare e continuerà a far registrare un incremento delle spese per le Aziende del SSR (per la maggior parte relativi a costi del personale, dispositivi medici ed attrezzature), oltre alle spese sostenute per conto del SSR dalla Protezione Civile Regionale, con quote del Fondo Sanitario, riguardanti l'acquisto di DPI ed attrezzature. È utile evidenziare che per il 2020, sussistono complessivamente costi diretti per COVID-19, sostenuti dalla Protezione Civile Regionale e dalle Aziende del SSR.

Come evidenziato in precedenza è indiscutibile che tutte le regioni meridionali siano caratterizzate da un sotto-finanziamento del Fondo Sanitario, anche per via dei criteri che tengono conto della sola età dei cittadini, così come oramai ampiamente condiviso anche in seno alla Conferenza Stato Regioni, e ciò ha contribuito a creare differenze correnti e strutturali che si ripercuotono sia sul risultato che sui saldi di mobilità passiva. In tali condizioni è impossibile per alcune Regioni garantire ricavi pari ai costi (se il finanziamento è sotto dimensionato), sebbene si parli di costi standard ed i bilanci evidenziano che i minori costi per abitante siano inevitabilmente presenti proprio nelle regioni sotto finanziate.

Il percorso di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in atto nella Regione Puglia, viene confermato da alcuni degli indicatori del Sistema di Valutazione degli Adempimenti, inerente i Livelli Essenziali di Assistenza. L'ultimo anno validato dal Ministero, durante la già citata verifica del 5 luglio 2021, è il 2019. Tutti gli indicatori di appropriatezza risultano nel 2019 in miglioramento rispetto alle annualità precedenti. In esito al processo di valutazione, il Sistema Sanitario della Regione Puglia ha conseguito un punteggio sulla griglia LEA di 193, ovvero di piena adempienza agli standard ministeriali la cui soglia è fissata a 160. In tale sede, il Comitato LEA ha comunicato, oltre al superamento delle inadempienze (sanitarie), anche il rispetto degli impegni ed obiettivi previsti dal Piano Operativo 2016-2018 ed in particolare ha convalidato tutti gli adempimenti 2019 con il relativo sblocco della premialità prevista per l'anno in questione (crediti di cassa).

Figura 3.2 – Andamento punteggi LEA



Nel corso del 2020, tenuto conto del momento di particolare complessità nel quale si trova il SSR a causa dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, sono state poste in essere alcune azioni al fine di proseguire nell'attività di consolidamento del sistema sanitario regionale pugliese:

- miglioramenti delle attività di screening, di prevenzione e promozione della salute;
- incremento dei livelli quali-quantitativi di erogazione delle prestazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- revisione del livello di assistenza ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata, anche ai fini del contenimento delle dinamiche di mobilità passiva;
- revisione della strategia organizzativa e amministrativa di approvvigionamento, logistica e distribuzione dei fattori produttivi:
  - contenimento e riqualificazione della spesa farmaceutica,
  - contenimento e riqualificazione della spesa in dispositivi medici;
- revisione delle politiche assunzionali ed organizzativo-sanitarie del personale.

Con particolare riferimento alla gestione dell'emergenza COVID-19, sono state messe in atto molte misure ad-hoc. Si è proceduto, ad esempio, al potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL per l'attuazione a livello territoriale delle attività di sorveglianza sanitaria e l'adozione dei relativi provvedimenti nonché l'esecuzione di tutti gli interventi volti alla prevenzione della diffusione del contagio.

Il presente documento programmatico, focalizzato sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, contribuirà a **rendere più efficiente il sistema sanitario regionale, ottimizzando le risorse a disposizione a parità di garanzia dei LEA.**

In particolare, per quanto riguarda la costruzione dei nuovi ospedali (Monopoli, Nord Barese), tali interventi concorreranno all'equilibrio complessivo del sistema sanitario da un lato **aumentando i ricavi** e dell'altro **diminuendo i costi di gestione.**

#### **RICAVI**

Per quanto attiene l'attività sanitaria, ai fini dell'analisi economico-finanziaria, la stessa può essere valorizzata utilizzando come parametro per i ricoveri ordinari e day hospital/day surgery le tariffe dei DRG, per le prestazioni ambulatoriali ed intramoenia le tipologie di tariffe, per ciascuna branca specialistica, del nomenclatore tariffario regionale.

L'utilizzo di tale metodologia trova il suo fondamento nell'esigenza di pervenire ad una misurazione del risultato economico della gestione non altrimenti raggiungibile con l'applicazione delle effettive regole di attribuzione, da parte dell'Azienda Sanitaria di riferimento, dei fondi alle strutture sanitarie. Le ipotesi di incremento del flusso dei ricavi si possono basare su tre direttrici d'intervento:

- Recupero della mobilità passiva;
- Incremento dell'attività specialistica;
- Miglioramento dei livelli di appropriatezza dell'attività erogata per complessità.

L'incremento dei volumi dei ricavi, ponendo come base i ricavi del bacino di assistenza degli ospedali da dismettere, può essere ragionevolmente stimato in uno scenario verosimile che prevede un maggior recupero della mobilità passiva extraregionale con l'attivazione dei nuovi ospedali in un arco di cinque anni.

Tale ipotesi si innesta in un più ampio processo di riduzione della mobilità passiva a livello regionale in accordo al Patto per la Salute 2014-2016, tra cui la sottoscrizione di intese con altre Regioni volte a ridurre i flussi, soprattutto in caso di interventi e procedure di media e bassa complessità, come quelli che saranno effettuati negli ospedali di I livello che si intende realizzare, ed il miglioramento della qualità percepita delle strutture sanitarie regionali, nel cui ambito gli ospedali di nuova costruzione e gli ospedali oggetto di interventi di riqualificazione e potenziamento rappresentano sicuramente un rilevante contributo.

Inoltre, i nuovi ospedali e le strutture potenziate e riqualificate possono essere dotate di moderne attrezzature e macchinari all'avanguardia e rappresentare, quindi, strutture capaci di attrarre mobilità sanitaria. Questa condizione dovrebbe favorire una maggiore attività in *day-surgery* e un progressivo innalzamento del valore medio di ricovero in regime ordinario.

Inoltre, sono prevedibili ricavi per l'attività intramoenia derivanti dalla disponibilità di nuovi spazi e tecnologie quindi dalla possibilità di rendere più attrattivo anche tale canale dell'offerta complessiva.

Si può, inoltre, ipotizzare un set di servizi no-core che possono generare ulteriori ricavi grazie alla vendita di servizi ad elevato comfort. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, di seguito alcuni esempi di servizi da poter implementare nei nuovi ospedali:

1. gestione del parcheggio
2. bar e altre aree commerciali
3. ricavi da energie rinnovabili/fonti alternative

Gli effetti economico finanziari derivanti da energie rinnovabili o da fonti alternative derivano dall'analisi dei benefici economici che potranno derivare dall'installazione di pannelli fotovoltaici e dalla realizzazione di impianti di cogenerazione/trigenerazione per la produzione combinata di energia elettrica e calore.

### **COSTI**

I costi di esercizio possono essere suddivisi in:

- acquisto di beni e servizi
- manutenzioni e riparazioni
- godimento di beni di terzi
- personale
- oneri diversi di gestione

I **costi per l'acquisto di beni e servizi** sono, generalmente, codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, etc.. Appare, pertanto, evidente come la ricerca di soluzioni in grado di razionalizzare e contenere la dinamica della spesa in tale settore sia divenuta centrale all'interno del processo di *spending review*. La riduzione dei costi si correla con le concomitanti attività di centralizzazione ed aggregazione degli acquisti in attuazione del D.L. n. 66/2014, del DPCM 24/12/2015 e del DPCM 11/07/2018 che individuano le categorie merceologiche per le quali è obbligatoria, nell'alveo del Servizio Sanitario Regionale (SSR), l'acquisizione in forma aggregata e quindi, nello specifico, mediante ricorso al soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A., così come individuato ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014.

I **costi per manutenzioni e riparazioni** ricomprendono i costi per la manutenzione delle strutture, delle

apparecchiature e attrezzature sanitarie e degli arredi e dipende solitamente dalla natura e dalla complessità tecnica dei sistemi e dai canoni tecnologici di costruzione. Le voci di manutenzione possono essere calcolate, pertanto, come percentuale del costo di realizzazione o acquisto del componente.

Il **godimento di beni di terzi** comprende costi connessi a diverse tipologie contrattuali, quali *leasing operativo*; leasing finanziario; noleggio, etc., che permettono alla struttura sanitaria di utilizzare beni non di proprietà.

Il **costo del lavoro**: i dati previsionali sulla dotazione organica dei nuovi ospedali si possono determinare tenendo conto dei criteri per il calcolo del fabbisogno in fase di definizione a livello nazionale ed in ragione del D.M. 70/2015, volendo, quindi, pervenire alla rideterminazione complessiva del personale sulla base di principi di economicità ed efficienza necessari per il buon funzionamento dei nuovi ospedali. E' di tutta evidenza, infatti, che un processo di riorganizzazione complessiva del sistema, quale quello che si è posto in essere e si sta tuttora attuando, con la previsione anche di nuovi modelli organizzativo-gestionali, deve trovare adeguato riscontro e rispondenza soprattutto rispetto alla principale "risorsa produttiva" rappresentata dal personale impiegato. Esso dovrà, da un lato, essere, da un punto di vista quantitativo e qualitativo, coerente con gli standard di numerosità del personale delle Regioni virtuose e, dall'altro, idoneo a garantire l'erogazione dei LEA. In siffatto contesto la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali assume pertanto un ruolo ed una valenza strategica, potendosi, attraverso di essa, pervenire ad una più razionale allocazione del lavoro.

Si evidenziano i benefici dal punto di vista dell'analisi economico-sociale derivanti dal potenziamento della qualità e della gamma dell'offerta sanitaria che si intende realizzare con il presente documento programmatico, adeguando le risposte sanitarie ai bisogni della popolazione della comunità locale, ed evitando il flusso continuo di pazienti verso altre strutture sanitarie fuori provincia e regione. L'obiettivo dell'iniziativa è, in primo luogo, la riduzione dell'incidenza di determinate patologie e l'aumento della capacità di risposta ai bisogni di cura che si traducono insieme in un aumento degli anni di vita e della sua qualità. Anche in questo caso si possono prevedere riduzione di costi complessivi per la collettività connessi alla riduzione della mobilità sanitaria passiva, quali:

- costo medio delle prestazioni per ricovero;
- costo di trasporto per paziente e accompagnatore;
- costo di soggiorno per accompagnatore;
- costo della produttività persa dal paziente;
- costo della produttività persa per accompagnatore.

È questo lo scenario complessivo in cui si innesta la realizzazione del presente documento programmatico, uno scenario che vede negli investimenti per il potenziamento e l'efficientamento delle rete ospedaliera, l'elemento fondamentale di una rete che possa contribuire a ridurre sensibilmente la mobilità passiva e incrementare quella attiva, oltre che valorizzare quelle eccellenze in campo medico e della ricerca che non trovano oggi spazio di crescita, rispetto all'attuale assetto, e che potranno riconsiderare le proprie scelte lavorative solo a seguito della profonda ristrutturazione e riqualificazione in atto.

Infine, si vuole rimarcare in particolare che la gestione di ospedali riqualificati presenta minori costi economici di esercizio rispetto alla ipotesi "senza progetto". Pertanto, l'iniziativa di investimento qui rappresentata produce apprezzabile valore sia sotto il profilo strettamente finanziario che sotto quello economico sociale, in un contesto in cui tutte le Aziende Sanitarie, al pari dell'intero sistema sanitario regionale, hanno già intrapreso un percorso virtuoso tendente al sostanziale equilibrio finanziario.



## 4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

Questa sezione del documento è dedicata alla descrizione dei risultati che si attendono dalla attuazione del Programma e alla individuazione dei fattori che dovranno essere osservati sul lungo periodo per valutare gli effetti indiretti del Programma, ossia gli impatti.

Si rende opportuno evidenziare che agli indicatori di seguito descritti, specifici per la valutazione dei risultati attesi e degli impatti, possono e devono aggiungersi, soprattutto per quanto riguarda gli impatti a medio e lungo termine, i vari indicatori calcolati nei vari monitoraggi previsti annualmente a livello nazionale per verificare l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso, tra cui si citano:

- Griglia di verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nell'alveo della verifica annuale degli adempimenti ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera e territoriale;
- *Programma Nazionale Esiti (PNE)*, ai sensi dell'art 15 comma 25bis della legge 135/2012, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera;
- Indicatori sviluppati nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in accordo a quanto previsto dall'art. 15 del Patto della Salute 2014-2020 con particolare riferimento ai flussi SDO, EMUR (sistema informativo dell'emergenza-urgenza), SIAD (sistema informativo dell'assistenza domiciliare), FAR (flusso assistenza residenziale e semiresidenziale) e hospice.
- Indicatori di performance regionali.

### 4.1 Il sistema degli indicatori

Il set di indicatori da mettere a punto è articolato nelle seguenti categorie di indicatori:

- Indicatori di contesto, che forniscono informazioni sulle caratteristiche del territorio e della popolazione che insiste nel territorio oggetto del programma.
- Indicatori di programma, che servono per misurare l'avanzamento del programma (realizzazione), il grado e il conseguimento degli obiettivi (risultato) e gli effetti del programma sul contesto (impatto).

Nei paragrafi che seguono sono elencati gli indicatori proposti per il presente programma di investimenti. Nella scelta degli indicatori, soprattutto per quanto attiene quelli di impatto, si è preferito selezionare un numero ridotto di indicatori, effettivamente misurabili e significativi, piuttosto che proporre un set esteso di indicatori, la cui gestione sia per la fase di monitoraggio che di valutazione può risultare non praticabile.

Oltre agli indicatori di contesto e programma, nel presente documento vengono anche riportati gli indicatori derivati, cioè quelli relativi alla efficacia ed efficienza, così definiti:

- Indicatori di efficacia: si calcolano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli effetti attesi, a partire dagli indicatori di programma;
- Indicatori di efficienza: si calcolano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire dagli indicatori di programma.

#### 4.1.1. Indicatori di contesto

Di seguito gli indicatori di contesto proposti, selezionati tra quelli di sintesi che possono fornire informazioni sulle condizioni sanitarie e socio-economiche della popolazione interessate e sui livelli di assistenza erogati. Si evidenzia che poiché il programma di investimenti è prevalentemente rivolto alla riqualificazione della assistenza ospedaliera, gli indicatori si riferiscono prevalentemente a tale *setting* di assistenza.

Per ogni indicatore è riportata oltre alla unità di misura, anche la fonte e la periodicità della misura.

- *tasso di anzianità* (incidenza popolaz. ultra65enne sul totale della popolazione)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale



- *tasso di mortalità* (num. morti x 1000 ab.)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale
- *tasso di natalità* (num. Nati vivi x 1000 ab.)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale
- *tasso di ospedalizzazione* (num. ricoveri x 1000 ab.)  
fonte: flusso schede di dimissione ospedaliera (SDO);  
periodicità: annuale
- *incidenza delle malattie oncologiche* (num. Casi x 100.000 ab.)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale
- *incidenza delle malattie dell'apparato respiratorio* (num. Casi x 100.000 ab.)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale
- *incidenza delle malattie dell'apparato cardio-circolatorio* (num. Casi x 100.000 ab.)  
fonte: ISTAT;  
periodicità: annuale
- *posti letto per acuti rispetto alla popolazione residente (num p.l. x 1000 ab.)*  
fonte: elaborazione da modelli HSP12 e HSP13 (NSIS)  
periodicità: annuale
- *parti cesarei* (% di parti cesarei sul totale)  
fonte: flusso SDO  
periodicità: annuale
- *attività ospedaliera* (% ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri ordinari):  
fonte: flusso SDO  
periodicità: annuale
- *Appropriatezza dei ricoveri* (Tasso ospedalizzazione di ricoveri ordinari attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza)  
fonte: flusso SDO  
periodicità: annuale
- *Indice di attrazione della popolazione extraregionale* (rapporto tra numeri di dimessi non residenti e il numero totale di dimessi della Regione):  
fonte: flusso SDO  
periodicità: annuale
- *Indice di Fuga - mobilità passiva* (rapporto tra il numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali fuori regione e numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali regionali e fuori regione)  
fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva  
periodicità: annuale
- *Mobilità passiva ospedaliera* (% su base annua del numero di ricoveri fuori regione)  
fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva  
periodicità: annuale

#### 4.1.2. Indicatori di programma

Gli indicatori di **realizzazione**, in base allo schema della logica dell'intervento, sono come di seguito definiti:

- **Indicatori di risorse** (in senso stretto), rilevano la disponibilità e il grado di utilizzazione degli input del programma (mezzi finanziari, umani, organizzativi e normativi), mobilitati per l'attuazione degli interventi; si riferiscono, in particolare, alla dotazione finanziaria concessa a ciascun livello dell'intervento; gli indicatori finanziari sono utilizzati per monitorare i progressi fatti in termini di impegni e di pagamenti e si rilevano a livello di soggetti titolari del programma e responsabili dell'attuazione.
- **Indicatori di attuazione** degli interventi, sono riferiti agli interventi e misurati in unità fisiche e rilevano l'avanzamento fisico degli interventi; si rilevano a livello di beneficiario finale.

Di seguito gli **indicatori di realizzazione** proposti:

- *Numero di interventi attivati ad una certa data*  
fonte: Regione  
periodicità: semestrale  
interventi interessati: tutti
- *Andamento della spesa* (% di erogazione delle risorse assegnate sul totale)  
fonte: Regione  
periodicità: semestrale  
interventi interessati: tutti
- *Stato di avanzamento dei lavori* (indica la fase del cronoprogramma dell'intervento: approvazione progettazione, stipula contratto lavori, avvio lavori, collaudo, attivazione struttura)  
fonte: Soggetto attuatore  
periodicità: semestrale  
interventi interessati: tutti
- *Numero di posti letto attivati ad una certa data*  
fonte: soggetto attuatore  
periodicità: semestrale  
interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese
- *Lunghezza della viabilità di accesso realizzata ad una certa data*  
fonte: soggetto attuatore  
periodicità: semestrale  
interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese

Di seguito gli **indicatori di risultato** proposti:

- *Numero di vecchi presidi ospedalieri dismessi*  
fonte: Regione Puglia  
periodicità: ad un anno dalla conclusione dell'intervento  
interventi interessati: Nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese
- *Numero di posti letto dimessi nei vecchi presidi ospedalieri*  
fonte: Regione Puglia  
periodicità: ad un anno dalla conclusione dell'intervento  
interventi interessati: Nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese

Di seguito gli **indicatori di impatto** proposti:

- *Tasso di utilizzo dei posti letto* (rapporto tra le giornate di degenza effettive e le giornate di degenza disponibili date dal numero di posti letto disponibili)

fonte: flusso SDO e modelli NSIS HPS12 e HSP 13

periodicità: annuale

interventi interessati: tutti

- *Dimissioni volontarie*  
 fonte: flusso SDO  
 periodicità: annuale  
 interventi interessati: tutti
- *Variazione % dei costi annui di manutenzione ordinaria sostenuti dal soggetto beneficiario per le strutture ospedaliere*  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: annuale dopo la conclusione dell'intervento  
 interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese
- *Variazione % dei costi annui di manutenzione straordinaria sostenuti dal soggetto beneficiario per le strutture ospedaliere*  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: annuale dopo la conclusione dell'intervento  
 interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e Nord Barese
- *Variazione su base annua dell'indice di attrazione della popolazione extraregionale* (rapporto tra numeri di dimessi non residenti e il numero totale di dimessi nei nuovi ospedali):  
 fonte: flusso SDO  
 periodicità: annuale  
 interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e nuovo ospedale Nord Barese
- *Variazione Indice di Fuga - mobilità passiva* (rapporto tra il numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali fuori regione e numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali regionali e fuori regione)  
 fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva  
 periodicità: annuale  
 interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli e nord Barese
- *Variazione della Mobilità passiva ospedaliera* (% su base annua del numero di ricoveri fuori regione)  
 fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva  
 periodicità: annuale  
 interventi interessati: tutti

### 4.1.3. Indicatori di efficienza ed efficacia

Di seguito gli indicatori di **efficacia** proposti.

- *Scostamento % dal tempo di realizzazione previsto* (rapporto tra la differenza tra il tempo di realizzazione effettivo ed il tempo previsto)  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: a conclusione dell'intervento  
 interventi interessati: tutti
- *Scostamento finale % dal Costo Totale di realizzazione previsto* (rapporto tra la differenza del costo di realizzazione effettiva ed il costo di realizzazione previsto)  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: al termine dell'intervento  
 interventi interessati: tutti

- *Rispetto del cronoprogramma* (scostamento in giorni delle varie milestone dell'intervento rispetto al cronoprogramma)  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: per milestone (approvazione progettazione, stipula contratto lavori, avvio lavori, collaudo, attivazione struttura)  
 interventi interessati: tutti

Di seguito gli indicatori di **efficienza** proposti.

- *Costo effettivo per posto letto*  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: al termine dell'intervento  
 interventi interessati: nuovo ospedale di Monopoli e Nord Barese
- *Costo effettivo per mq effettivo*  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: al termine dell'intervento  
 interventi interessati: nuovo ospedale di Monopoli e Nord Barese
- *Costo effettivo per km di strada*  
 fonte: soggetto attuatore  
 periodicità: al termine dell'intervento  
 interventi interessati: nuovo ospedale di Monopoli e Nord Barese

## 4.2 Valutazione degli impatti

Oltre agli obiettivi richiamati in precedenza, l'attuazione del presente programma produrrà degli effetti indiretti e degli impatti sia nei confronti della comunità oggetto degli interventi sia nei confronti dell'ambiente.

### 4.2.1. Accettabilità sociale del programma

Il programma di investimenti proposto, con particolare riferimento agli interventi relativi ai nuovi ospedali, avrà un accoglimento favorevole da parte delle comunità oggetto degli interventi ed una presumibile opposizione da parte delle comunità interessate dalla dismissione degli attuali stabilimenti ospedalieri a causa della percezione di una ridotta protezione sanitaria, del ridotto prestigio locale derivante dalla chiusura dell'ospedale (in particolare se sede di punto nascita), mancate o ridotte opportunità di impiego, possibili disagi dovuti a minore accessibilità dei servizi.

Il problema degli impatti sulle comunità della chiusura degli ospedali è stato già affrontato più volte a partire dal 2010 dalla Regione Puglia nell'alveo delle diverse fasi del piano di riordino ospedaliero (RR n. 18/2012 - RR n. 36/2012 - RR n. 14/2015 e smi).

La chiusura dei presidi esistenti andrà accompagnata comunicando alla cittadinanza l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza dell'attuale sistema e i dati sulla attrattività delle strutture esistenti, spesso non utilizzate neanche dagli abitanti del posto, che si recano in altri ospedali della Regione, o addirittura fuori Regione.

Accanto alla comunicazione si dovrà assicurare ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da un punto di vista del rischio clinico.

Questo sarà possibile attraverso la costruzione di un sistema distrettuale per le cure primarie, al fine di sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori. Nello scenario descritto, diventa strategico progettare una rete di servizi e di cura, centrati sui bisogni della persona e ancora, guidare e orientare il cittadino all'interno della complessità dei servizi, al fine di garantirgli un percorso assistenziale personalizzato ed una efficace ed efficiente presa in carico, infine coniugare e rendere armonica l'intera offerta dei servizi sanitari con l'attività socio-sanitaria e assistenziale.

La progettazione e la realizzazione dei presidi territoriali di assistenza (PTA) è possibile attraverso, come detto, l'utilizzo di fondi europei all'uopo destinati (PO FESR 2014/2020, obiettivo tematico 9, azione 9.12 con un dotazione di oltre 400 milioni di euro).

La dismissione dei vecchi ospedali e la costruzione dei nuovi fuori dai centri abitati, dovrà essere accompagnata da un potenziamento del trasporto pubblico tra i nuovi presidi ed il territorio di riferimento.

#### **4.2.2. Valore aggiunto del programma**

Non possono trascurarsi gli impatti positivi sul sistema economico, in particolare su quello edilizio e dell'indotto a prescindere dalla sede amministrativa degli operatori che risulteranno affidatari degli appalti di progettazione e successivamente dei lavori, che dovranno sicuramente far ricorso a personale del luogo e a fornitori locali.

Va evidenziato inoltre che con la costruzione dei nuovi ospedali si procederà alla dismissione dei vecchi che potranno essere in parte riconvertiti, come detto, in PTA ed in parte dismessi in favore delle Amministrazioni locali o di privati restituendo alle comunità locali immobili o aree nei centri cittadini, dando l'avvio ad interventi di riqualificazione urbana.

Non da meno sono gli impatti positivi dal punto di vista ambientale. In primo luogo la parziale dismissione e riconversione dei vecchi ospedali nei centri urbani avrà effetti positivi sul decongestionamento del traffico, con miglioramento in termini di qualità dell'area.

Gli ospedali di nuova costruzione saranno inoltre realizzati tenendo in massima considerazione gli aspetti di tipo ambientale, tra cui:

- un posizionamento che riduca i percorsi di arrivo e la possibilità di utilizzare strumenti di mobilità sostenibile per raggiungere l'ospedale (ad esempio, trasporto pubblico locale, piste ciclabili, ecc.);
- uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento, ventilazione);
- una progettazione degli impianti con particolare attenzione alla gestione razionale delle risorse (sistemi di riscaldamento con acqua a bassa temperatura, cogenerazione, utilizzo di acqua sanitaria riciclata, etc...)

## 5. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO

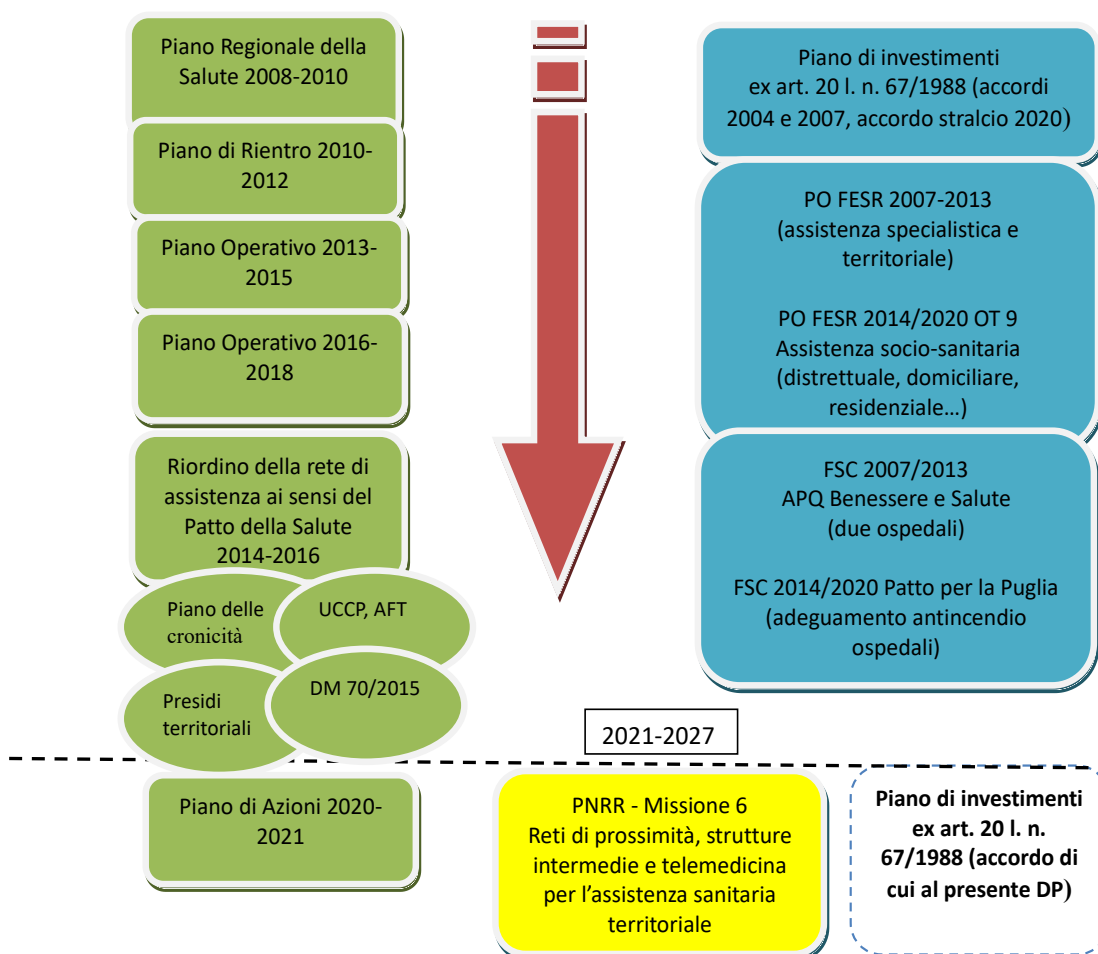
In questa sezione vengono illustrati i sistemi e criteri prospettati o prescelti per la gestione e il monitoraggio del programma di investimenti descritti nel presente documento.

### 5.1 Presupposti e sistemi di gestione del programma

Il presente piano di investimenti sanitari è parte integrante di un ciclo di programmazione regionale di investimenti, avviato ormai nel 2008 e che prosegue in continuità fino ad oggi, con il quale la Regione Puglia ha iniziato un percorso per riorganizzare il Servizio Sanitario Regionale, in termini di razionalizzazione, modernizzazione, qualificazione, assumendo – in coerenza con gli indirizzi programmatici nazionali e in continuità con la programmazione regionale sanitaria dell'ultimo decennio (sono del 2006 le leggi regionali n. 25 e 26 di riorganizzazione complessiva del SSR) – quali principi guida l'integrazione ospedale-territorio, l'appropriatezza delle prestazioni, la piena accessibilità al sistema di offerta, l'eliminazione degli sprechi e delle inefficienze.

Pertanto il piano di investimenti proposto con il presente programma rappresenta un ulteriore tassello di questo percorso come graficamente rappresentato nel diagramma che segue.

**Figura 5.1 - Relazione tra piano di investimenti e programmazione sanitaria**



L'intero sistema di scelte che sottende il presente Piano di Investimenti è il frutto di una concertazione con il partenariato sociale e istituzionale alla quale è stata data piena centralità e che è stata funzionale in questi anni alla costruzione dell'intera strategia di riorganizzazione della rete ospedaliera, di concreta attivazione della rete sanitaria territoriale, di sviluppo di reti di servizi di eccellenza che solo fino a qualche anno fa apparivano assai distanti rispetto allo stato dell'arte del SSR.

E' stato, ancora, il partenariato istituzionale e sociale ad affrontare la fase assai critica dell'attuazione del Piano di Rientro prima e del Piano Operativo dopo (rientro dal deficit sanitario, il blocco del turn over per il personale medico e infermieristico, controverse vicende amministrative che hanno segnato l'iter delle stabilizzazioni del personale precario del SSR, riordino della rete ospedaliera, piani di riconversione delle strutture ospedaliere dismesse, ecc.) di cui il presente piano di investimenti è la naturale evoluzione per riqualificare l'offerta ospedaliera con strutture più nuove, capaci di perseguire proprio quelle priorità che il partenariato sociale pone al centro dell'attenzione sin dall'inizio del percorso:

- ✓ concentrazione dell'offerta, che in alcune aree della Puglia appare vetusta e frammentata;
- ✓ capacità di offrire risposte di qualità alla domanda di salute rivolta dai cittadini pugliesi il più possibile vicino ai loro contesti di vita;
- ✓ crescita della qualità e delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
- ✓ potenziamento della diagnostica specialistica al servizio dell'integrazione ospedale territorio e riduzione dei tempi di attesa.

Alla luce di quanto sopra il presente piano di investimenti deve essere visto sotto il profilo delle relazioni con il partenariato e del processo di *governance* in uno con la più ampia pianificazione regionale in materia di assistenza sanitaria, socio-sanitaria ed in parte anche sociale.

Pertanto, la platea dei soggetti partecipanti alla *governance* del Programma è la medesima che ha condiviso:

- ✓ la programmazione sanitaria regionale di livello generale, con l'approvazione del Piano Regionale di Salute vigente, integrata con le linee programmatiche dei Patti per la Salute
- ✓ il Piano di Rientro 2010-2012 ed i successivi Piano Operativo 2013-2015, Programma Operativo 2016-2018 e Piano di azioni 2020-2021;
- ✓ il PO FESR 2007-2013, l'articolazione dell'Asse III "Inclusione sociale e servizi per l'attrattività territoriale e la qualità della vita" e la centralità in esso della Linea 3.1, finanziata con 225 milioni di euro per intervenire sulla rete delle strutture ambulatoriali e consultoriali, sui presidi sanitari polispecialistici territoriali, sulle dotazioni tecnologiche delle strutture ospedaliere esistenti al fine del potenziamento della diagnostica specialistica per la prevenzione e la cura;
- ✓ il Fondo di Sviluppo e Coesione – APQ "Benessere e Salute" con il quale sono stati finanziati i due nuovi ospedali di Monopoli e Taranto;
- ✓ il PO FESR 2014-2020, con l'articolazione dell'OT 9, in particolare della linea di azione 9.12 con una dotazione di oltre 400 milioni di euro
- ✓ il PNRR

Va, infatti, evidenziato che i principali interventi previsti nel presente piano sono stati inclusi nei regolamenti regionali di riordino della rete ospedaliera, che sulla base dello Statuto della Regione Puglia ha visto un percorso non solo interno all'organo di governo, ossia la Giunta regionale, ma in ambito di Consiglio regionale ed in particolare della III Commissione Consiliare Sanità e Servizi Sociali, che esprime il proprio parere su tutti i principali provvedimenti di natura programmatica regionale.

Il ciclo di vita del presente Programma di investimenti è accompagnato dal sistema di *governance* con un pieno coinvolgimento di tutti gli attori interessati per la condivisione preventiva delle scelte operative che saranno assunte per l'attuazione degli interventi, attraverso un programma di lavoro che ha già visto sin dal 2012 coinvolte le Conferenze dei Sindaci delle ASL nella fase preventiva di individuazione delle localizzazioni dei nuovi Ospedali nei relativi territori, in relazione alle proposte tecniche formulate dalle Direzioni Generali delle ASL e dalla struttura regionale.

Nella fase immediatamente successiva alla presentazione della presente proposta di Documento

Programmatico sarà data ampia informativa al partenariato istituzionale e sociale sia dell'avvenuta presentazione al Ministero per la Salute, sia delle fasi di successiva istruttoria e interlocuzione tra le strutture ministeriali competenti e la struttura regionale

#### 4.2.4 Assetto organizzativo per la gestione

La Giunta Regionale ha adottato una serie di provvedimenti atti a ricostituire l'organizzazione di riferimento per la costruzione di un quadro di investimenti sanitari aggiornato rispetto alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, integrato con le diverse fonti di finanziamento disponibili, ed in particolare:

- ✓ con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 12 novembre 2014, n.743, di riorganizzazione degli uffici regionali, è stata creata la *Sezione Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità* (ora *Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie*) con il compito di coordinare e programmare i vari investimenti nel settore sanitario in accordo ed in coordinamento per la componente socio-sanitaria con la Sezione Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria (ora *Sezione Inclusione Sociale Attiva del Dipartimento Welfare*) avente competenze in materia di investimenti nel sociale;
- ✓ con la DGR n. 2477 del 30/12/2015 avente ad oggetto "*Revoca DGR n. 958/2004. Approvazione delle Procedure di gestione degli interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale*" la Giunta regionale ha stabilito nuove procedure per la gestione degli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico che le Aziende pubbliche del SSR devono seguire in relazione alla attuazione dei suddetti interventi, con particolare riferimento quando la fonte di finanziamento deriva dall'art. 20 della l.n. 67/1988.

In particolare si sottolinea che le procedure prevedono una forte integrazione e collaborazione tra le strutture regionali del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale con la Sezione Lavori Pubblici (ora Sezione Opere Pubbliche e Infrastrutture) della Regione Puglia per i necessari controlli di natura tecnica connessi alla realizzazione degli interventi.

Va altresì evidenziato che la Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, cui compete la responsabilità dell'AdP ex art. 20 l.n. 67/1988, è responsabile anche per i seguenti investimenti:

- azione 9.12 del POR Puglia 2014/2020 Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari non ospedalieri";
- interventi riguardanti l'infrastrutturazione sanitaria a valere sulle risorse del Patto per la Puglia 2014/2020 (FSC 2014/2020);
- APQ "Benessere e Salute" – FSC 2007/2013
- intervento di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), del decreto-legge n. 243 del 2016, prevede che una quota pari a 50 milioni per l'anno 2017 e 20 milioni per l'anno 2018 delle risorse siano versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate allo stato di previsione della spesa del Ministero della salute e successivamente trasferite alla Regione Puglia per la realizzazione del progetto "*volto all'acquisizione dei beni e dei servizi necessari alla realizzazione di interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature e dei dispositivi medico-diagnostici delle strutture sanitarie pubbliche ubicate nei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola, avvalendosi, in via esclusiva, della CONSIP S.p.A., nonché alla conseguente e necessaria formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario*";
- Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese - art. 1, comma 95, della legge del 30 dicembre 2018, n. 145;
- PNRR

In questo modo viene assicurata la coerenza degli interventi e la convergenza degli stessi.

Inoltre le strutture regionali sono affiancate dalla Agenzia Regionale Sanitaria (ARESS) per quanto attiene la valutazione degli impatti di natura socio-sanitaria degli interventi e dall'Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET)



## 5.2 Sistema di monitoraggio del programma

In coerenza con quanto espresso nel Documento sulle “Modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli accordi di programma di cui all’art. 5bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e accordi di programma quadro art. 2 della l. n. 662/1996” di cui all’Allegato A dell’Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome del 28 febbraio 2008 per la Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, il monitoraggio dell’attuazione del presente Piano di Investimenti sarà effettuato mediante la trasmissione con cadenza annuale per via telematica dei modelli standardizzati, attraverso il sistema predisposto dal Ministero della Salute “Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità”:

- monitoraggio procedurale, relativo all’efficienza delle procedure di attuazione del Programma (MODULO “A”): verifica l’avanzamento dell’iter procedurale per interventi di una certa complessità e rilevanza strategico-finanziaria, che coinvolgendo più amministrazioni, necessitano di raccordo, concertazione e verifica, mediante l’utilizzo del Modulo “A” per la richiesta di ammissione a finanziamento dell’intervento;
- monitoraggio finanziario, relativo al livello di realizzazione della spesa degli interventi programmati (MODULO “B”): i dati finanziari, rilevati a livello di intervento, in corso di attuazione, dovranno essere aggregati a livello di Programma. Saranno indicate le modalità con cui autonomamente la Regione raccoglie ed analizza i dati che si riferiscono alla spesa effettivamente sostenuta dai beneficiari finali (ASL), cioè dagli organismi responsabili della committenza delle operazioni, e li confronta con le previsioni sull’andamento della spesa relativamente a quel dato intervento contenute nei documenti di programmazione;
- monitoraggio fisico, relativo al livello di realizzazione fisica degli interventi programmati (MODULO “C”): il monitoraggio fisico ha lo scopo di fornire informazioni circa l’apertura del cantiere e lo stato di avanzamento dei lavori. I dati fisici vengono rilevati a livello di intervento. La rilevazione dovrà essere fatta con riferimento ad un arco di tempo semestrale o annuale, coerentemente con quanto previsto dall’ articolato dell’Accordo di programma.

La suddetta trasmissione annuale sarà corredata da una relazione sulle cause che hanno generato scostamenti o ritardo nello sviluppo degli interventi.

Il monitoraggio regionale avrà cadenza semestrale e sarà finalizzato, tra l’altro, a prevenire immobilizzazioni ingiustificate di capitali derivanti dall’insorgenza di criticità nelle fasi procedurali ed eventualmente a ri-orientare gli investimenti.

L’attività di monitoraggio consiste nella raccolta, analisi e verifica delle informazioni relative ad ogni singolo intervento avviato, con particolare riguardo ai seguenti elementi: localizzazione e dimensionamento degli interventi; data di consegna dei lavori; tempi di ultimazione previsti; tempi di attivazione; eventuali varianti e sospensioni in corso d’opera; eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

L’attività descritta rappresenta la fase conoscitiva indispensabile a definire i fenomeni in atto e le difficoltà attuative che maggiormente influenzano negativamente i processi edificatori determinando ritardi nei tempi di esecuzione e conseguenti aumenti di costi.

Le attività di controllo si articoleranno su due livelli:

- controllo di I livello a carico del soggetto attuatore (ASL)
- controllo di II livello e audit di sistema a carico del responsabile dell’accordo per la Regione Puglia.

Inoltre, come anticipato, la Regione Puglia provvederà a sottoscrivere con i soggetti attuatori dei singoli interventi dei disciplinari di attuazione aventi lo scopo di definire nel dettaglio gli obblighi dei suddetti soggetti nella realizzazione degli interventi, con particolare riferimento al rispetto dei tempi, alle sanzioni in caso di ritardo ed ai poteri sostitutivi della Regione Puglia in caso di inadempienza o grave ritardo.

=====FINE DEL DOCUMENTO=====

### Bibliografia e link utili

Fonte: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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

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

ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", <http://demo.istat.it/>

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

## Schede di Sintesi degli Interventi

### Scheda di Sintesi Intervento 1

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Sanitaria Locale di Bari
<b>1- Titolo Intervento</b>	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari
<b>2 - Codice Intervento</b>	1

<b>3 - Localizzazione</b>	Comune di Monopoli (BA)	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	5.005.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	4.750.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	250.000,00
c) Altro finanziamento	€	5.000,00
Totale (a+b+c)	€	5.005.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		48
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		9
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Completamento	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

### Scheda di Sintesi Intervento 2

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Sanitaria Locale di Bari	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	
<b>2 - Codice Intervento</b>	2	
<b>3 - Localizzazione</b>	Comune di Monopoli (BA)	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	25.007.840,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	23.750.000,00

b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	1.250.000,00
c) Altro finanziamento	€	-
Totale (a+b+c)	€	25.000.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per l'acquisizione delle attrezzature		18
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Completamento	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

### Scheda di Sintesi Intervento 3

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BA	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale "San Paolo" di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	3	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	11.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	11.020.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	580.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	11.600.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		

a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi	24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi	6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile

#### Scheda di Sintesi Intervento 4

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BA	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale "Di Venere" di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	4	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	11.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	11.020.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	580.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	11.600.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 5**

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BR	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale "Perrino" di Brindisi	
<b>2 - Codice Intervento</b>	5	
<b>3 - Localizzazione</b>	Brindisi	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	13.200.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	12.540.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	660.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	13.200.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 6**

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BR	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale di Francavilla Fontana (BR)	
<b>2 - Codice Intervento</b>	6	
<b>3 - Localizzazione</b>	Francavilla Fontana (BR)	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	7.200.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.840.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	360.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	7.200.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

#### Scheda di Sintesi Intervento 7

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BT	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione e potenziamento dell'Ospedale di Barletta	
<b>2 - Codice Intervento</b>	7	



<b>3 - Localizzazione</b>	Barletta	
<b>4 - Costo dell'opera</b>		€ 8.900.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988		€ 8.455.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€ 445.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€ -
Totale (a+b+c)		€ 8.900.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		9
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

#### Scheda di Sintesi Intervento 8

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia
<b>Ente Attuatore</b>	ASL TA
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta (TA)
<b>2 - Codice Intervento</b>	8
<b>3 - Localizzazione</b>	Castellaneta (TA)
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€ 4.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€ 4.370.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€

	230.000,00	
	€	
c) Altro finanziamento (regionale)	-	
	€	
Totale (a+b+c)	4.600.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

### Scheda di Sintesi Intervento 9

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" presso AOU Policlinico di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	9	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	25.000.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	23.750.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	1.250.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	25.000.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		

a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi	36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi	6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile

### Scheda di Sintesi Intervento 10

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" presso AOU Policlinico di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	10	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	8.900.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	8.455.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	445.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	8.900.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 11**

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'AOU Policlinico di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	11	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	3.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	3.420.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	180.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	3.600.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 12**

art. 20 legge n. 67/1988

## Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'AOU Policlinico di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	12	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	7.400.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	7.030.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	370.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	7.400.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 13**

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia
--------------------	----------------

<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'AOU Policlinico di Bari	
<b>2 - Codice Intervento</b>	13	
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	3.400.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	€	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	3.230.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	170.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	3.400.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

#### Scheda di Sintesi Intervento 14

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'AOU Policlinico di Bari
<b>2 - Codice Intervento</b>	14

<b>3 - Localizzazione</b>	Bari	
<b>4 - Costo dell'opera</b>		€ 6.500.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988		€ 6.175.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€ 325.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€ -
Totale (a+b+c)		€ 6.500.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

#### Scheda di Sintesi Intervento 15

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Foggia
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola (FG)
<b>2 - Codice Intervento</b>	15
<b>3 - Localizzazione</b>	Cerignola (FG)
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€ 7.200.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€ 6.840.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€

	360.000,00	
	€	
c) Altro finanziamento (regionale)	-	
	€	
Totale (a+b+c)	7.200.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

#### Scheda di Sintesi Intervento 16

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Foggia	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	
<b>2 - Codice Intervento</b>	16	
<b>3 - Localizzazione</b>	San Severo (FG)	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	6.900.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.555.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	345.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
	€	
Totale (a+b+c)	€	6.900.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24



b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi	6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile

### Scheda di Sintesi Intervento 17

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma - 2° stralcio" - Puglia 2022

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Lecce	
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	
<b>2 - Codice Intervento</b>	17	
<b>3 - Localizzazione</b>	Gallipoli (LE)	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	5.300.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	5.035.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	265.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-
Totale (a+b+c)	€	5.300.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile	

## **Schede di Riferimento**

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
<b>Obiettivi Generali</b>	G1.Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero G2.Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente G3.Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	Numero di ricoveri inappropriati Tasso di ospedalizzazione Indice di Turn-over Tasso di occupazione Peso medio DRG Costi di gestione degli ospedali (...)	Griglia LEA (verifica annuale adempimenti LEA) Flusso SDO Modelli CE (Conto Economico) Modelli CP (costi dei presidi a gestione diretta) Modelli LA (livelli di assistenza) Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti)	Mobilità del personale e possibilità di assunzioni  Accettazione delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione.
<b>Obiettivi Specifici</b>	S1.Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia S2.Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti S3.Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015 S4. Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti Tasso di ricoveri fuori regione Indice di Fuga posti in strutture residenziali/semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali/residenziali per 1.000 anziani residenti Saldo Mobilità	Modelli HSP, STS Flusso SDO Flusso FAR Flusso SIAD Flusso EMUR Griglia LEA Flussi Mobilità interregionale	Collaborazione con gli Enti preposti al rilascio di pareri ed autorizzazioni per ottimizzare le procedure e minimizzare i tempi per l'avvio dei lavori
<b>Obiettivi operativi</b>	O1. Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti	Modelli HSP, STS Flusso EMUR	

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
Interventi	1. Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	Indicatori di realizzazione - Numero di interventi attivati ad una certa data - Andamento della spesa - Stato di avanzamento dei lavori - Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto - Numero di posti letto attivati - Lunghezza della viabilità di accesso realizzata ad una certa data	Regione Puglia (Responsabile Accordo di Programma) Soggetti attuatori (Aree Tecniche delle ASL)	
	2. Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature			
	3. Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari			
	4. Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari			
	5. Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi			
	6. Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana			
	7. Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta			
	8. Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta			
	9. Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari			
	10. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII			
	11. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico			
	12. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari			
	13. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari			
	14. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari			
	15. Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola			
	16. Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo			
	17. Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli			

Tabella B- 1. Matrice del Quadro Logico

	Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
Fattori Interni	<b>S (Punti di Forza)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure</li> <li>✓ Complementarietà degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio</li> <li>✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR.</li> </ul>	<b>W (Punti di Debolezza)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tradizionale ridotta capacità di integrazione ed interlocuzioni fra i vari attori della rete assistenziale, in uno scenario prospettico basato, invece, sulla massima interazione dei servizi ospedalieri e territoriali.</li> <li>▪ Potenziale disallineamento tra i tempi di riconversione/disattivazione degli attuali presidi ospedalieri ed attivazione delle nuove strutture.</li> <li>▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi.</li> <li>▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.).</li> </ul>
	<b>O (Opportunità)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale;</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> <li>✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera.</li> </ul>	<b>T (Rischi/Minacce)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vincoli di finanza pubblica che, anche attraverso reiterati blocchi del turn over, dovessero impedire un adeguamento delle piante organiche (non solo in termini quantitativi, ma soprattutto di distribuzione dei profili professionali) nei tempi richiesti dalle nuove attivazioni.</li> <li>▪ Resistenza delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione.</li> <li>▪ Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori.</li> <li>▪ Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza</li> <li>▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</li> </ul>
Fattori Esterni		

Tabella B- 2. Matrice SWOT

MATRICE OBIETTIVI/INTERVENTI/INDICATORI									
Obiettivi (>> interventi)						Indicatori (* si veda nota in calce alla tabella)			
Obiettivi Generali		Obiettivi Specifici		Obiettivi Operativi		Interventi	Descrizione	Valore atteso	
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299	
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Numero di vecchi presidi dismessi	2	
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299	
								Numero di vecchi presidi dismessi	2
								Numero di vecchi presidi dismessi	2
				O3	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Da 3 a 17	Numero di ospedali riqualificati	11	
G3	Razionalizzazione e dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Numero di vecchi presidi dismessi	2	
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299	
								Numero di vecchi presidi dismessi	2
								Numero di vecchi presidi dismessi	2
					O3	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Da 3 a 17	Numero di ospedali riqualificati	11
					O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano		Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1-2	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	>10%			

Tabella B- 3. Matrice Obiettivi/Interventi/Indicatori.

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Piano di Riordino della Rete Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 16 dicembre 2010, n. 18 e smi - "Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010.", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) n. 188 suppl. del 17-12-2010</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 36 - "Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.", pubblicato sul BURP n. 189 suppl. del 31-12-2012</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 38 - "Abrogazione Art. 1 del R.R. n. 15/2006 - Rideterminazione, rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata", pubblicato n. 189 suppl. del 31-12-2012</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 4 giugno 2015, n. 14 - "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014/2016.", pubblicato sul BURP n. 78 del 05-06-2015</li> <li>• DGR n. 161/2015 recante "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifiche e integrazione del R.R. n.14/2015"</li> <li>• DGR n. 265/2016 recante "Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 "Regolamento Regionale:"Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015,n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015". Rettifica".</li> <li>• DGR n. 1933/2016 recante "DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 - Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014"</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 10 marzo 2017, n. 7 - "Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", pubblicato sul BURP n. 32 del 14-03-2017</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 19 febbraio 2018, n. 3 - "Approvazione - 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", pubblicato sul BURP n. 29 del 23-02-2018</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 23/2019 "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", approvato con DGR 1726 del 23/09/2019;</li> <li>• DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 ottobre 2019, n. 1854: Adozione del R. R.: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1726 del</li> </ul>	<p>Il Piano di Rientro prevede il riordino della rete ospedaliera regionale, con conseguenti ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.</p> <p>Il Piano Operativo, oltre a necessari accorpamenti di unità operative ed alla chiusura di stabilimenti ospedalieri sotto un determinato numero di posti letto, prevede la definizione di un piano pluriennale di investimenti a valere sui fondi comunitari (PO FESR), sui fondi nazionali (FSC e art. 20 l.n. 67/1988), integrati da fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area ionica (ospedale San Cataldo di Taranto) e di quattro nuovi ospedali in sostituzione di altri vetusti e poco accessibili al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli ospedali.</p>

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Piano di riordino della rete dell'emergenza-urgenza	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 ottobre 2014, n. 2251 – "Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia.", pubblicata sul BURP n. 160 del 1911-2014	Approvazione del documento che descrive la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, articolata in rete dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera e territoriale (postazioni territoriali e Centrali Operative 118), che prevede un rafforzamento della parte territoriale a seguito e in coerenza della razionalizzazione di quella ospedaliera, con la riconversione di alcuni Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento.
	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1933 - "DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014"	Approvazione della nuova rete Emergenza-Urgenza comprensiva del protocollo operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)
Approvazione PNRR Regione Puglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: <i>"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"</i></li> </ul>	<p>Con tale atto programmatico si è provveduto a:</p> <p>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)";</p> <p>2) fissare i seguenti standard per la realizzazione delle seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti;</li> <li>- Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;</li> <li>- 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</li> </ul>

Tabella B- 4. Correlazione dell'Accordo proposto con gli atti di programmazione regionale



Tipologia	Numero di interventi per categoria	Livello di progettazione (* si veda nota in calce)				
		Studio di fattibilità	Documento Preliminare alla Progettazione (****)	Progetto preliminare (ora progetto di fattibilità tecnica ed economica ***)	Progetto definitivo	Progetto Esecutivo
Nuova Costruzione	0	ND	ND	ND	ND	ND
Ristrutturazione	15	D	ND	ND	ND	ND
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	2	D	ND	ND	ND	ND
<b>TOTALE (**)</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Note:

(\*) con la lettera D si indicano i livelli di progettazione disponibili. Con ND si indicano i livello di progettazione non disponibili.

(\*\*) il totale è riferito ai livelli di progettazione disponibili

(\*\*\*) come ora ridefinito ai sensi del d.lgs. 50/2016 e smi

(\*\*\*\*) è in fase di approvazione il decreto che ai sensi del d.lgs. 50/2016 definisce i livelli di progettazione, per cui tale livello potrebbe essere non più applicabile

*Tabella B- 5. Articolazione degli interventi per tipologia*

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
O1. Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	2	28.500.000,00	1.500.000,00	12.840,00	30.012.840,00	11,19%
O3. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	15	124.735.000,00	6.565.000,00	-	131.300.000,00	88,81%
<b>TOTALE</b>	<b>18</b>	<b>245.780.914,50</b>	<b>12.935.837,61</b>	<b>9.496.087,89</b>	<b>268.212.840,00</b>	<b>100,00%</b>

*Tabella B- 6. Fabbisogno Finanziario per obiettivi*

Categoria	Numero di interventi per categoria	Finanziamento statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
Ospedali (*)	17	153.235.914,50	8.065.000,00	==	161.300.000,00	100,00%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	0	==	==	==	==	==
Altro	0	==	==	==	==	==
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>153.235.914,50</b>	<b>8.065.000,00</b>	<b>==</b>	<b>161.300.000,00</b>	<b>100,00%</b>

(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature per un totale di	€ 46.877.896	
(**) Sono ricompresi acquisti di tecnologie per un totale di	€ -	
		% di incidenza sul programma
<b>TOTALE TECNOLOGIE</b>	€ 46.877.896	<b>17%</b>

Tabella B- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio Finanziario	TOTALE	Stato (95%)	Regione (5%)	Altri Regione	Note	Interventi interessati
AO	1.500.000 €	0 €	1.500.000 €		La Regione eroga il 5%	1,2
AO+1	6.565.000 €	0 €	6.565.000 €		Ad avvio lavori la Regione eroga il 5% per gli interventi di potenziamento	da 5 a 17
AO+2	61.294.000 €	61.294.000 €			Erogazioni statali sulla base dei SAL	da 12 a 17
AO+3	30.647.000 €	30.647.000 €			Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
AO+4	45.970.500 €	45.970.500 €			Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
AO+5	15.323.500 €	15.323.500 €			Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
<b>TOTALE</b>	<b>161.300.000 €</b>	<b>153.235.000 €</b>	<b>8.065.000 €</b>			

Tabella B- 7. Quadro Finanziario, suddiviso per anno di realizzazione

Programma	Percentuale di avanzamento finanziario	Note
Accordo di programma 2004	87%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2007	39%	La percentuale deriva da alcuni interventi di rilevante impatto economico, quali il nuovo plesso del "Vito Fazzi di Lecce" e la struttura "Asclepios 3" del Policlinico in corso di realizzazione, la cui realizzazione si è protratta più del previsto a causa di ritardi derivanti da ricorsi amministrativi sulle procedure di gare contenziosi durante l'esecuzione dei lavori. Tali criticità sono oggi superate e si sta procedendo in maniera più spedita.
Programma AIDS e malattie infettive	96%	Nessuna criticità particolare.
Programma radioterapia	100%	Trattasi di cofinanziamenti di interventi dell'AdP 2004
Programma materno infantile		
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	Non applicabile	

*Tabella B- 8. Correlazione AdP con i finanziamenti precedenti*

**OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

<b>Obiettivi Generali dell'AdP</b>	
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale

Tabella B- 9. Obiettivi generali dell'AdP

<b>Obiettivi Specifici dell'AdP</b>	
S1	Adeguamenti normativo degli edifici ospedalieri
S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri

<b>Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma</b>				
<b>Codice</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Presenza negli Accordi precedenti</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Presenza negli Accordi precedenti</b>
S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia	Nell'Accordo 2007 era prevista la realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture, piccole e vetuste.	Numero di nuovi posti letto attivati	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	Nell'Accordo 2007 era prevista la contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;	Dismissione vecchi ospedali	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	Nell'Accordo 2007 era prevista la realizzazione di un sistema qualificato ed efficiente di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio, in modo da ottenere economie nella spesa corrente, liberando risorse da destinare ad investimenti nella prevenzione e cure domiciliari.	Ospedali Riqualficati	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	Presente	Riduzione del numero di ricoveri ospedalieri in mobilità passiva	SI

*Tabella B- 10. Obiettivi specifici dell'A.d.P. ed Obiettivi ed Indicatori (si veda anche tabella B- 3. per la correlazione obiettivi generali con obiettivi specifici)*

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
a) Nuova costruzione	0					
b) Ristrutturazione	15	124.735.000	6.565.000	-	131.300.000,00	88,81%
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	2	28.500.000	1.500.000		30.000.000,00	11,19%
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>153.235.000</b>	<b>8.065.000</b>		<b>161.300.000</b>	<b>100,00%</b>

*Tabella B- 11. Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento*

	<i>Dato Regionale</i>	<i>Dato Nazionale (o standard di riferimento)</i>	<i>Note</i>
<i>Numero di posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	11.327 (2,78)	11.769 (3)	1.1.2016
<i>Numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti</i>	1.413 (0,35)	2.746 (0,7)	1.1.2016
<i>Tasso di ospedalizzazione per acuti</i>	122,4		2015 – protocollo di calcolo Network delle Regioni
<i>Mobilità passiva per acuti</i>	8,4%	8%	2015 (% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione-acuti in DO )
<i>% Anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata</i>	2,20	>1,88	2015
<i>Posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti residenti</i>	0,27	>0,22	1.1.2016
<i>Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti</i>	4.050 (0,97)		1.1.2016 - riabilitazione residenziale e semiresidenziale per disabili

Tabella B- 12. Analisi dell'offerta attuale

REGIONE	ACC	GCC	GTT	PET	RMIN	ROB	TAC	ANG	MMI	Totale
010 - PIEMONTE	17	13	4	3	24	4	44	30	43	182
020 - VALLE D'AOSTA	1			1	3		2			7
030 - LOMBARDIA	44	43	15	18	81	7	133	100	129	570
041 - P.A. BOLZANO		1	1	1	5		8	3	10	29
050 - VENETO	23	17	8	8	60	6	76	41	60	299
060 - FRIULI VENEZIA GIULIA	12	6	2	1	15	1	23	13	10	83
070 - LIGURIA	11	7	1	3	25	1	29	6	11	94
080 - EMILIA ROMAGNA	26	12	12	11	50	3	84	46	93	337
090 - TOSCANA	25	24	5	9	50	13	88	40	64	318
100 - UMBRIA	8	5	2	3	13	4	21	11	24	91
110 - MARCHE	10	11	1	4	24	1	37	6	27	121
120 - LAZIO	28	21	2	6	51	3	89	39	91	330
130 - ABRUZZO	6	9		2	12	2	27	8	18	84
140 - MOLISE		4		1	3		7	3	6	24
150 - CAMPANIA	13	12	2	4	18	5	67	24	25	170
160 - PUGLIA	14	14	5	7	39	2	73	25	77	256
170 - BASILICATA	3	5	2	3	8	1	16	8	13	59
180 - CALABRIA	4	4	3	4	12		23	4	2	56
190 - SICILIA	18	25	4	8	45	1	95	16	26	238
200 - SARDEGNA	8	10	4	3	24	2	36	13	31	131
<b>Totale</b>	<b>271</b>	<b>243</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>562</b>	<b>56</b>	<b>978</b>	<b>436</b>	<b>760</b>	<b>3.479</b>

Fonte: NSIS - Ministero della salute – Monitoraggio delle apparecchiature sanitarie – Situazione al 14 novembre 2017

Tabella B- 13. Analisi dell'offerta attuale di tecnologie. Fonte Ministero della Salute: Strutture pubbliche: numero di Apparecchiature pubblicate al 14.11.2017 (flusso delle grandi apparecchiature ai sensi del DM 22.04.2014)



	<i>Note</i>
<i>Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento</i>	La costruzione/completamento di nuovi ospedali di I livello si configura come realizzazione di nuovi centri di riferimento in accordo con la attuale previsione di riordino della rete ospedaliera. Il documento programmatico prevede inoltre il potenziamento dei un centro di riferimento universitari della Regione Puglia: AOU Policlinico di Bari – Giovanni XIII (160907)
<i>Riconversione di ospedali in altre funzioni sanitarie</i>	Non applicabile al presente documento programmatico in quanto la Regione Puglia sta procedendo alla conversione delle strutture ospedaliere mediante l'utilizzo delle risorse del PO FESR 2014/2020 Azione 9.12
<i>Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione</i>	Non applicabile. Il numero complessivo di posti letto rinvenuti dal presente documento programmatico è all'interno dello standard attuale ed in linea con la proposta di riordino del piano ospedaliero analizzata ai sensi del D.M. 70/2015 dall'apposito tavolo di lavoro. In particolare, la dotazione massima di posti letto della Regione Puglia, rinveniente dall'applicazione delle previsioni di cui al comma 3 dell'art. del DM 70/2015, per l'anno 2017 (applicando il coefficiente di 0,65 al saldo della mobilità interregionale) è pari a 14783, di cui 11.986 per acuti e 2.797 per post acuti
<i>Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti residenti</i>	Non applicabile al presente documento programmatico in quanto la Regione Puglia sta procedendo agli interventi in ambito territoriale con le risorse del PO FESR 2014/2020 Azione 9.12

Tabella B- 14. Analisi dell'offerta ex post prevista a seguito degli interventi

<i>Sintesi delle informazioni per autovalutazione</i> (la tabella è stata attualizzata rispetto a quanto previsto nelle linee guida vigenti riportando i riferimenti normativi aggiornati)	
DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)	Interventi di adeguamento alla rete ospedaliera regionale sia mediante la costruzione di nuovi ospedali che il potenziamento e la riqualificazione di quelli di I e II livello
Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere	I dati dei precedenti programmi sono stati inseriti nella piattaforma NSIS dell'Osservatorio e costantemente aggiornati. I dati relativi alla presente proposta di Accordo saranno inseriti non appena ricevuta apposita indicazione da parte del MdS a seguito di valutazione preliminare della proposta
Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo delle risorse degli Accordi di Programma	Le risorse sono destinate prioritariamente alla costruzione di nuovi ospedali ed al potenziamento della rete ospedaliera in linea con le previsioni del DM 70/2015 e con gli impegni regionali nell'ambito dei Piani Operativi di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale
Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative di ricovero ospedaliero (art. 5 comma 19 del Patto della Salute 2014/2016)	Il completamento della costruzione di nuovi ospedali ed il potenziamento degli ospedali di I e II livello è finalizzato anche alla riqualificazione delle strutture ambulatoriali insistenti nelle stesse strutture e della relativa dotazione tecnologica anche per il potenziamento dei pacchetti chirurgici ambulatoriali (PAC) erogati in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (cosiddetti <i>day-service</i> )

Tabella B- 15. Sintesi delle informazioni per autovalutazione

