

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 settembre 2022, n. 1243

DGR n. 1084/2022. 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;
- 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:

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 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) diminuzione della mobilità passiva.

Tenuto conto che

Con atto deliberativo del 03 agosto 2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 266 del 14.11.2012, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (C.I.P.E.) ha finanziato l'opera in argomento approvando la programmazione delle risorse residue del FSC 2000-2006 e 2007-2013 relative alla Regione Puglia e pari a 1.334,9 milioni di euro.

In data 13 marzo 2014, è stato sottoscritto l'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" tra gli altri, dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia mediante il quale sono state individuate le risorse CIPE pari a € 140.580.496,18 per la realizzazione del nuovo Ospedale "San Cataldo" di Taranto.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 652 del 8.4.2014, sono state impegnate per la realizzazione dell'opera in questione ulteriori risorse regionali pari ad €. 66.919.503,82, per un totale complessivamente finanziato di € 207.500.000,00.

L'intervento di realizzazione dell'ospedale San Cataldo è finalizzato al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa rivolto a riqualificare l'offerta sanitaria territoriale con specifico riferimento alla rete di poliambulatori, di strutture dipartimentali (DDP e DSM), di consultori, di presidi di salute territoriale, anche mediante la riconversione di strutture già nella disponibilità delle ASL, nonché di potenziamento delle dotazioni tecnologiche di presidi ospedalieri funzionali al potenziamento dell'offerta di prestazioni diagnostiche specialistiche. Con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TA n. 1114 del 15.10.2014, è stata indetta, ai sensi degli artt. 55 e 83 del D. Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., procedura aperta per l'affidamento del servizio di progettazione definitiva comprensiva di relazione tecnico specialistica di progettazione clinico – gestionale relativa alla realizzazione del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto per un importo complessivo a base d'asta pari ad € 4.209.316,94, al netto degli oneri previdenziali e assistenziali ed IVA come per legge, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Con successivo provvedimento deliberativo del D.G. dell'ASL TA n. 763/2015 si è proceduto all'aggiudicazione definitiva del servizio di progettazione definitiva comprensiva di relazione tecnico specialistica di progettazione clinico – gestionale relativa alla realizzazione del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto nei confronti del R.T.I. PROGER S.P.A./MANENS-TIFS S.P.A..

Il progetto definitivo redatto dall'operatore aggiudicatario è stato poi successivamente approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 347 del 23.02.2016.

Al contempo l'intervento in argomento è stato inserito nel Contratto di Istituzionale di Sviluppo di TARANTO (c.d. CIS di Taranto) che ha individuato INVITALIA S.p.A. come Soggetto Attuatore dello stesso; conseguentemente, il Direttore Generale dell'ASL TARANTO ha sottoscritto in data 14/06/2016 il Disciplinare Operativo per l'attivazione di INVITALIA quale "centrale di committenza" per l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale "S. Cataldo" di Taranto ai sensi del combinato disposto dell'articolo 55-bis, co. 2-bis, del D.L. 1/2012, convertito in L. 27/2012 e ss.mm.ii, e degli articoli 37 e 38 del Codice degli Appalti, al fine di accelerare ed efficientare l'attuazione dell'intervento.

Con atto deliberativo del Commissario Straordinario dell'ASL TA n. 433 del 14.06.2018 è stato approvato il progetto esecutivo dei lavori del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto redatto dall'operatore economico "RPA s.r.l. - M.M.AR. CONSULT s.r.l. - Poolmilano s.r.l. - E.T.S. s.p.a. ENGINEERING AND TECHNICAL SERVICES - MYTHOS CONSORZIO STABILE - TECHNITAL S.P.A".

Con provvedimento del 16.06.2020, INVITALIA ha confermato il provvedimento di aggiudicazione del 28 maggio 2019, prot. n.0067115, in favore del RTI costituendo DEBAR COSTRUZIONI SPA ed in data 08.09.2020, è stato sottoscritto il relativo contratto rep. n. 1196 del 08.09.2020 relativo ai lavori in parola tra l'ASL Taranto e il RTI DEBAR COSTRUZIONI SPA.

I lavori in argomento sono stati consegnati parzialmente all'operatore economico aggiudicatario in data 05.10.2020 e definitivamente in data 22.12.2020 e sono in corso di ultimazione.

Per quanto attiene l'Ospedale del Nord Barese, 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, del 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.

Rilevato che

Con Deliberazione del Direttore Generale della ASL BAT n.ro 934 del 20.07.2022 è stato approvato lo Studio di fattibilità tecnico economica del Nuovo Ospedale del Nord Barese;

con Deliberazione del Direttore Generale della ASL TA n. 1882 del 1/09/2022 è stato approvato lo Studio di fattibilità tecnico economica per il completamento del Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto trasmesso in data 02/09/2022

si intende proporre al Ministero della Salute il seguente **piano di interventi**:

- a) il completamento del Nuovo Ospedale di San Cataldo di Taranto;
- b) realizzazione del Nuovo Ospedale del Nord-Barese (ASL BT), posizionato nel territorio di Bisceglie.

L'importo a carico dello Stato, per un valore di € 282.325.000,00 deriva dalle seguenti risorse assegnate alla Regione Puglia:

- per € 92.545.914,49 quali risorse statali residue della delibera CIPE n. 98/2008,
- per € 177.713.217,56 quota parte delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 51/2019, già iscritte nel Bilancio di previsione anno 2022 con DGR 1084 del 27.07.2022.

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.

Richiamato:

- a) il Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 recante "Regolamento ministeriale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- b) i 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) la programmazione e delle risorse a valere sull'APQ "Benessere e Salute";
- d) la 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) la programmazione regionale a valere sulle risorse del Patto per la Puglia (FSC 2014/2020);
- f) la programmazione a valere sulle risorse del PNRR;
- g) in particolare, l'art.6 del RR 23/2109 "Programmazione degli investimenti ospedalieri", che ha previsto la realizzazione di n. 5 nuovi nosocomi, come di seguito indicati:
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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;

- 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.

Tutto ciò premesso,

- si ritiene di dover procedere prioritariamente con alla stipula di un terzo Accordo di Programma “a stralcio”, nel quale siano individuati come prioritari degli interventi identificati con i codici n..1-2, 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 € 297.500.000,00 di cui € 282.625.000,00 a carico dello Stato;
- il presente programma di investimenti prevede complessivamente 2 interventi come elencati:

Codice	Intervento	Importo complessivo	Quota Stato (95%)	Quota Regione (min. 5%)
1	Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	105.000.000,00	99.750.000,00	5.250.000,00
2	Nuovo Ospedale del “Nord Barese”	192.500.000,00	182.875.000,00	9.625.000,00
	TOTALE	297.500.000,00	282.625.000,00	14.875.000,00

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 a valere sul residuo della Deliberazione CIPE 98/2008 e quota parte della Deliberazione CIPE n. 51/2019;
- 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 BAT e Taranto, 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 accordo stralcio, allegato “B” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
3. di approvare il documento programmatico per la realizzazione degli interventi, allegato “C” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. 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 DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Concetta Ladalaro

IL DIRIGENTE DI SEZIONE “RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE”:

Benedetto Giovanni Pacifico

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

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 accordo stralcio, allegato "B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
3. di approvare il documento programmatico per la realizzazione degli interventi, allegato "C" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. 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.

Il Segretario della Giunta

EMMA RUFFINO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

Codice CIFRA: SIS/DEL/2022/00014

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

Residuo Delibera CIPE 97/98/2008 e quota parte Delibera CIPE n. 51/2019

Codice	Intervento	Importo complessivo	Quota Stato (95%)	Quota Regione (min. 5%)
1	Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	105.000.000,00	99.750.000,00	5.250.000,00
2	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	192.500.000,00	182.875.000,00	9.625.000,00
	TOTALE	297.500.000,00	282.625.000,00	14.875.000,00

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%)
1	Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	105.000.000,00	99.750.000,00	5.250.000,00
2	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	192.500.000,00	182.875.000,00	9.625.000,00
	TOTALE	297.500.000,00	282.625.000,00	14.875.000,00



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
3° STRALCIO
EX ART. 20 L.N. 67/1988**

**VERSIONE
SETTEMBRE 2022**

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

Versione	Data	Note
1.0	Settembre 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
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

Concetta Ladalaro, Dirigente Servizio Sistemi Informativi e tecnologie, c.ladalaro@regione.puglia.it

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

Sommario

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	12
0.1 PREMESSA	12
0.2 LO STATO DI ATTUAZIONE DEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L.N. 67/1988	12
0.3 SINTESI DEL PROGRAMMA (COMPLESSIVO) DI INVESTIMENTI	13
0.4 PROPOSTA DI INTERVENTI PER IL TERZO ACCORDO STRALCIO.	14
0.5 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E METODOLOGIA	15
0 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	16
0.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO	16
0.1.1 QUADRO DEMOGRAFICO E TERRITORIALE	16
0.1.2 QUADRO EPIDEMIOLOGICO	18
1. Mortalità ed ospedalizzazione	18
2. Ospedalizzazioni e mortalità per tutte le cause	18
3. Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni	19
4. Ospedalizzazioni e mortalità per tumore del colon retto	19
5. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del polmone	20
6. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore della mammella	20
7. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del fegato	20
8. Mortalità infantile	21
9. Mortalità per principali cause di morte	21
10. Tassi dimissioni malattie infettive e malattie endocrine	21
MALATTIE CRONICHE	21
FOCUS SULLE PATOLOGIE CRONICHE	22
11. Diabete	22
12. Ipertensione	23
13. BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria	23
14. Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)	23
TUMORI	23
15. TUTTI I TUMORI MALIGNI	24
16. TUMORE DEL COLON, RETTO E ANO	24
17. TUMORE DELLO STOMACO	24
18. TUMORE DEL POLMONE (TRACHEA, BRONCHI E POLMONE)	24
19. TUMORE DELLA VESCICA (MALIGNO)	25
20. TUMORE DELLA TIROIDE	25
21. TUMORE DELLA MAMMELLA (FEMMINILE)	25
22. TUMORE DELL'UTERO(CORPO)	25
23. TUMORE DELL'OVAIO	26
24. TUMORE DELLA PROSTATA	26
0.6 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	26
0.1.3 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	30
0.1.4 CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	31
0.6.1. QUADRO NORMATIVO	33
0.6.2. ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	33
0.7 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	38
0.7.1. CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO	

PROGRAMMATICO	38
0.7.2. OFFERTA ANTE OPERAM	38
1. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	42
1.1 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI	42
1.1.1. ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ	43
1.1.2. LA CATENA DEGLI OBIETTIVI	44
1.2 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI	46
1.2.1. GLI INTERVENTI COMPLEMENTARI DEL NUOVO OSPEDALE DI SAN CATALDO TARANTO (CODICI INTERVENTO: 1)	46
25. Stato avanzamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	47
1.2.2. REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE (CODICE INTERVENTO: 02)	48
1.2.3. L'OFFERTA POST-OPERAM	50
1.3 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	52
1.3.1. RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ	52
1.3.2. ANALISI DEI RISCHI	52
2. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE	56
2.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE	56
2.1.1. COERENZA CON IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	56
2.1.2. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (PIANO DI RIENTRO E PIANO OPERATIVO)	58
2.1.3. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI	61
2.2 SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI	62
2.2.1. FATTIBILITÀ TECNICA	62
2.2.2. SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	63
2.2.3. ANALISI DELLA COMPATIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLE LOCALIZZAZIONI	64
2.2.4. SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE	65
2.2.5. SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE	66
2.2.6. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	66
3. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	75
3.1 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI	75
3.1.1. INDICATORI DI CONTESTO	75
3.1.2. INDICATORI DI PROGRAMMA	77
3.1.3. INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	79
3.2 VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	80
3.2.1. ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA	80
3.2.2. VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	81
4. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO	82
4.1 PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA	82
4.2.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE	84
4.2 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA	85
Bibliografia e link utili	86
SCHEDE DI SINTESI DEGLI INTERVENTI	87

SCHEDE DI RIFERIMENTO**90****Allegati**

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

Tabelle MEXA

Figura 2.1.1 - 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 2018-2020	118
Figura 2.1.2a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019	120
Figura 2.1.2b - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per le prime 4 cause più frequenti di ricovero per genere per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019	120
Figura 2.1.3 - 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	121
26.	121
Figura 2.1.4 - 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	121
Tabella 2.1.2 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020	123
27.	123
Figura 2.1.5 - Tasso di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020	123
Figura 2.1.6 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 per tutti i tumori maligni	124
28.	124
Figura 2.1.7 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutti i tumori maligni	124
Tabella 2.1.3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020	125
29.	125
Figura 2.1.8 - Tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020	125
Figura 2.1.9 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto	126
Figura 2.1.10 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del colon retto	126
30.	126
31.	126
Tabella 2.1.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020	128
32.	128
Figura 2.1.11 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020	128
Figura 2.1.12 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone	129
Figura 2.1.13 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del polmone	129
Tabella 2.1.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella	

nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020	130
Figura 2.1.14 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020	130
Figura 2.1.15 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella	131
Figura 2.1.16 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore della mammella	131
33.	131
Tabella 2.1.6 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020	132
Figura 2.1.17 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020	132
Figura 2.1.18 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato	133
Figura 2.1.19 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del fegato	133
34.	133
Tabella 2.2.2- Cronicità nella popolazione generale: confronto Puglia vs Italia – Sorveglianza PASSI (2017-2020) e PASSI d'Argento (2016-2019).	144
Tabella 2.2.3- Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: Italia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%) 2017-2020.	147
Tabella 2.2.4- Comorbidità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche	148
Tabella 2.2.4.A Popolazione 18-64 anni con almeno una patologia cronica - Sorveglianza PASSI 2017-2020.	148
Tabella 2.2.4.B - Popolazione ultra65enne - Sorveglianza PASSI d'Argento 2017-2020	149
Tabella 2.2.5 – Diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta- 18-69 anni - Sorveglianza PASSI 2017-2020.	150
Tabella 2.2.6- Diabete: Prevalenza, distribuzione geografica- Sorveglianza PASSI 2017-2020.	151
Figura 2.2.1 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018	154
35.	154
Figura 2.2.2 - Prevalenza del diabete per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti	155
Figura 2.2.3 – Andamento temporale della prevalenza di diabete per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti	155
Tabella 2.2.9 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018	156
Figura 2.2.4 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018	157
Figura 2.2.5 - Prevalenza dell'ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti	158
Figura 2.2.6 – Andamento temporale della prevalenza dell'ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti	158
Tabella 2.2.10 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018	159
Figura 2.2.7 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2018	160
Figura 2.2.8 - Prevalenza della BPCO per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti	161
Figura 2.2.9 – Andamento temporale della prevalenza della BPCO per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti	161
Figura 2.2.10 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018	163
Figura 2.2.11 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per	

1000 assistiti	164
Figura 2.2.12 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti	164
Tabella 2.3.1 – Tassi standardizzati di incidenza per tutti i tumori maligni per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	165
Figura 2.3.1- Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tutti i tumori maligni	165
Tabella 2.3.2 - SIR di tutti i tumori escluso cute e SNC non maligno per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	166
Tabella 2.3.3 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore del colon, retto e ano per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	166
Figura 2.3.2 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore del colon, retto e ano	167
Tabella 2.3.4 - SIR del tumore del colon, retto e ano per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	167
Tabella 2.3.5 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore dello stomaco per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	168
Figura 2.3.3 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore dello stomaco	168
Tabella 2.3.6 - SIR del tumore dello stomaco per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	169
Tabella 2.3.7 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore della trachea, bronchi e polmone per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	169
Figura 2.3.4 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della trachea, bronchi e polmone	170
Tabella 2.3.8 - SIR del tumore della trachea, bronchi e polmone per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	170
Tabella 2.3.9 - Tassi standardizzati di incidenza per il tumore della vescica (maligno) per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	171
Figura 2.3.5 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della vescica (maligno)	171
Tabella 2.3.10 – SIR del tumore maligno della vescica per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	172
Tabella 2.3.11 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della tiroide per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	172
Figura 2.3.6 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della tiroide	173
Tabella 2.3.12 – SIR del tumore della tiroide per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017	173
Tabella 2.3.13 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della mammella per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	175
Figura 2.3.7 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della mammella	175
Tabella 2.3.14 – SIR del tumore della mammella per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	176
Tabella 2.3.15 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore dell'utero (corpo) per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	177
Figura 2.3.8 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore del corpo dell'utero	177
Tabella 2.3.16 – SIR tumore del corpo dell'utero per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	179
Tabella 2.3.17 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore dell'ovaio per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	180
Figura 2.3.9 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore dell'ovaio	180
Tabella 2.3.18 – SIR del tumore dell'ovaio per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	181
Tabella 2.3.19 - Tassi standardizzati di incidenza del tumore della prostata per provincia. Differenze	

geografiche: 2014-2017	182
Figura 2.3.10 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della prostata	182
Tabella 2.3.20 - SIR tumore della prostata per provincia. Differenze geografiche: 2014-2017	183
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	188
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	189
	190
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	190
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	191
	192
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	192
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	193
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	194
(FONTE MES - SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI)	195

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. 762 del 26/05/2022 e trasmesso dalla Regione Puglia con note prot. AOO_081/PROT/24/06/2022/0001348, in corso di valutazione presso gli uffici ministeriali.

Primo Accordo

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;

Con DGR n. 762 del 26.05.2022 è stato approvato il documento programmatico contenente n. 17 interventi per € **153.235.914,50** quota parte delle risorse Statali assegnate con delibera CIPE n. 97 e 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, residuo quota parte delibera 98/2008 e quota parte Delibera CIPE 51/20149 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.

Il presente documento descrive la proposta di un terzo 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– “Il 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 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;

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 San Cataldo di Taranto;
- b) realizzazione del 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.

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.

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	Importo complessivo	Quota Stato (95%)	Quota Regione (min. 5%)
1	Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	105.000.000,00	99.750.000,00	5.250.000,00
2	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	192.500.000,00	182.875.000,00	9.625.000,00
	TOTALE	297.500.000,00	282.625.000,00	14.875.000,00

0.4 Proposta di interventi per il terzo accordo stralcio.

Fermo restando tale quadro complessivo si ritiene di dover procedere prioritariamente con l'ammissione a finanziamento degli interventi identificati per i quali questa Regione ha già disponibili gli studi di fattibilità.

In particolare si propone di addivenire alla stipula di un terzo 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 €

211.900.000,00 di cui € 192.295.914,49 a carico dello Stato:

Tabella 0.2 Quadro finanziario aggregato della proposta di secondo accordo stralcio

Codice	Intervento	Importo complessivo	Quota Stato (95%)	Quota Regione (min. 5%)
1	Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto	105.000.000,00	99.750.000,00	5.250.000,00
2	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	192.500.000,00	182.875.000,00	9.625.000,00
	TOTALE	297.500.000,00	282.625.000,00	14.875.000,00

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).

0 ANALISI SOCIO–SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

0.1 La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

0.1.1 Quadro demografico e territoriale

La Puglia con circa 800 chilometri di coste, è una delle regioni italiane con maggiore sviluppo costiero. Nel 2021, secondo il controllo e monitoraggio condotto dal Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, la Puglia si è classificata al primo posto in Italia tra le regioni costiere per qualità delle acque di balneazione. L'interno della regione è prevalentemente pianeggiante e collinare, senza evidenti contrasti tra un territorio e l'altro. Tuttavia, vi sono otto differenti sub-regioni:

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

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

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

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

Nel 2021 sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 42,3% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,5% 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 39,4 % della popolazione pugliese, cioè circa 1.548.840 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 45 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 87.417 abitanti.

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

Da fonte ISTAT, la popolazione residente in Puglia nel 2021 ammonta a 3.933.777 con una lieve prevalenza di femmine (51,4%) rispetto ai maschi (48,6%). Del totale, 1.230.158 individui (31,3%) 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 ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 23,1%, di poco più bassa alla percentuale nazionale (23,5%).

La composizione per classi di età della popolazione pugliese (**tavola 1.2**), 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.

Il 23,1% della popolazione pugliese è anziana (ultra 65enne) e 7,0% è il peso dei cosiddetti grandi anziani, cioè gli ultraottantenni, mentre solo il 2,1% della popolazione è rappresentata da bambini in età tra 0 e 24 mesi e la percentuale dei pugliesi minorenni (0-17 anni) nel 2021 si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 15,8% contro il 23,1%.

L'indice regionale di dipendenza giovanile o "carico sociale dei giovani" (**tavola 1.3**), che mette in rapporto la popolazione in età non lavorativa con quella in età lavorativa è pari, nel 2021, a 19,74, poco più basso del dato nazionale (20,12).

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 (81,8 anni) e la speranza di vita a 65 anni (19,9 anni) (**tavola 1.4**), secondo il dato più recente del 2021 (stimato), sono di poco più bassi rispetto la media nazionale (speranza vita alla nascita 82,4 anni; speranza di vita a 65 anni pari a 20,3 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.

Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale al 1° gennaio 2021 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale.

L'indice di vecchiaia (**figura 1.2**) calcola il peso percentuale della popolazione ultra-sessantacinquenne sulla popolazione di età 0-14 anni e per la Puglia ha raggiunto nel 2021 il valore di 181,1: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di individui anziani rispetto ai giovanissimi. Sebbene il valore per la Puglia sia più basso rispetto al dato nazionale (182,6), tale indice tra il 2014 e il 2021 in Puglia è cresciuto del 28%, rispetto all'andamento che si registra a livello nazionale per lo stesso periodo (+18%).

Il tasso di natalità in Puglia (**figura 1.3**) 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 2021 (6,8 in Italia).

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 **figura 1.4** illustra l'andamento tra il 2018 e il 2021 del tasso di disoccupazione in Puglia (fascia di età 15-74 anni), confrontando i valori con quelli registrati a livello nazionale. In tutti gli anni si registrano valori superiori per la Puglia rispetto ai dati nazionali, che per il 2021 si attestano al 14,6% rispetto al 9,5% a livello nazionale.

Gli indicatori Istat di contesto socio-economici rappresentano i livelli di vantaggio/svantaggio sociale relativo della popolazione residente (**tavola 1.5**). Le varie caratteristiche considerate sono: l'istruzione, il reddito familiare e la sua distribuzione.

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 2019 l'indice di concentrazione dei redditi famigliari è pari 0,316, in linea con i dati nazionali (0,3 valore nazionale).

In Puglia i redditi mediani famigliari nel 2019 sono più bassi rispetto ai dati nazionali (€ 23.376 in Puglia; € 27.102 in Italia).

L'indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato infatti che per il 2021 il 31,6% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 28,2% delle famiglie italiane) e che il 3,8 % ha risorse assolutamente insufficienti (vs il 3,5% delle famiglie italiane).

L'analisi della povertà relativa (**tavola 1.6**) 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 2021 il 27,5% delle famiglie si trova in una condizione di povertà relativa rispetto al 11,1% a livello nazionale. Il dato pugliese è peggiorato molto tra il 2020 ed il 2021.

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 **tavola 1.7** sono riportati gli indicatori BES edizione 2021. Confrontandoli con i rispettivi indicatori a livello nazionale si notano per la Puglia valori superiori, in particolar modo per il "Rischio di povertà" (Puglia 25,9% vs Italia 20,0%) e per la percentuale di persone in "Grave deprivazione materiale" (Puglia 10,4% vs Italia 5,9%). Inoltre il "Reddito disponibile lordo pro-capite" nel 2020 è pari a € 14.620 rispetto a € 18.805 a livello nazionale.

0.1.2 Quadro epidemiologico

Si riportano in queste pagine solo le principali statistiche di riferimento per l'analisi epidemiologica della popolazione pugliese. In particolare:

- Mortalità ed ospedalizzazione
- Malattie Croniche
- Incidenza tumori

1. Mortalità ed ospedalizzazione

L'ospedalizzazione è, insieme alla mortalità, una delle due principali fonti utilizzate in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. La frequenza con cui i residenti sono ricoverati è, salvo alcune eccezioni, una buona misura indiretta (proxy) della diffusione delle malattie: tendenzialmente aumenta al crescere dei malati. Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti di ospedalizzazione e mortalità (standard: Popolazione europea 2013) per diversi livelli di aggregazione territoriale.

2. Ospedalizzazioni e mortalità per tutte le cause

(escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio)

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 947254 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 7448 per 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (8411 vs 6675 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.1].

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 2.1.2a e 2.1.2b].

Sempre nel triennio 2018-2020, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari - 6634 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia - 9959 per 100.000 abitanti. La figura 2.1.3 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 2009-2011, 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 (2003-2020), 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.

3. Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni

Nonostante i grandi successi ottenuti negli ultimi decenni con misure di prevenzione, diagnostica precoce e terapia, i tumori maligni continuano ad essere tra le prime cause di morte e di deterioramento della qualità della vita, complice anche l'allungamento della vita media poiché, in molti casi, l'incidenza aumenta con l'età. Per alcune neoplasie la mortalità si è ridotta marcatamente; per altre, nonostante il grande impegno della ricerca, rimane il bisogno di trovare nuove terapie più efficaci e specifiche.

Nella regione Puglia nel triennio 2018-2020 si sono verificati 108.419 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 817 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (933 vs 682 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.2]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Foggia (755 vs 954 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.6 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2003-2008 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 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 2.1.7]

4. Ospedalizzazioni e mortalità per tumore del colon retto

Il cancro del colon-retto è il più frequente nell'apparato gastrointestinale ed è una delle principali cause di morte per tumore. Nella popolazione italiana è il terzo per frequenza nell'uomo, preceduto dai tumori del polmone e della prostata, mentre nella donna si colloca al secondo posto, dopo il cancro al seno (mammella).

Per quanto riguarda la regione Puglia nel triennio 2018-2020 si sono verificati circa 11356 ricoveri per tumore del colon retto in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 84 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (104 vs 67 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.3]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nelle ASL di Brindisi e BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (72 vs 96 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.9 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo

2003-2008 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL.

Per quanto riguarda la mortalità, 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).

5. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del polmone

Il tumore del polmone è un tumore molto aggressivo e tra i più diffusi in tutto il mondo. E' inoltre la prima causa di morte per neoplasia nei paesi industrializzati. Tra le cause principali dell'insorgenza di forme tumorali al polmone vi sono l'inquinamento atmosferico e l'esposizione ad agenti tossici di origine industriale ma soprattutto il fumo di sigaretta.

In tutta la regione Puglia nel triennio 2018-2020 si sono verificati 8293 ricoveri per tumore del polmone in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 62 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (93 vs 29 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.4]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (45 vs 75 per 100.000 abitanti) con una variabilità che riguarda sia le donne (21 vs 34 per 100.000 abitanti) che gli uomini (73 vs 128 per 100.000 abitanti).

La figura 2.1.12 mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione del tumore del polmone a partire dal triennio 2009-2011 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 2.1.13]

6. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore della mammella

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 11540 ricoveri per tumore della mammella in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 167 x 100.000 donne. [Tabella 2.1.5]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Lecce (153 vs 186 per 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2003-2020), 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 2.1.15]

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 2.1.16]

7. Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del fegato

I tumori maligni del fegato, di cui il carcinoma epatocellulare è il più frequente, rappresentano, a livello mondiale, una delle maggiori cause di morte per tumore. I più comuni fattori di rischio sono l'esposizione ai virus dell'epatite, il consumo eccessivo di alcol, abitudini che favoriscono il sovrappeso e l'obesità, con alterazioni del metabolismo.

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 3158 ricoveri per tumore del fegato in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 23 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (39 vs 10 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.6]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL Lecce mentre quello più alto nella ASL di Foggia (19 vs 27 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.18

mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione del tumore del fegato: si passa da 42 ospedalizzazioni per 100.000 abitanti nel triennio 2003-2005 a 23 ospedalizzazioni per 100.000 abitanti nel triennio 2018-2020. 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 2.1.19]

8. Mortalità infantile

Le tavole allegate illustrano le dinamiche nel tempo e le differenze territoriali per il tasso di mortalità infantile e per il tasso di mortalità per causa. Per la mortalità infantile (**tavola 2.1.20**), mentre nel biennio 2017-2018 i tassi pugliesi erano superiori a quelli nazionali, nel 2019 c'è stata una forte riduzione attestandosi a 21,75 casi ogni 10000 nati vivi, valore inferiore anche rispetto al dato nazionale (25,04). A livello regionale tra il 2018 e il 2019 si nota una riduzione della mortalità infantile in tutte le province.

9. Mortalità per principali cause di morte

Analizzando la mortalità per principali cause di morte (**tavola 2.1.21**) si registra una mortalità più elevata rispetto ai dati nazionali in tutte le province pugliesi per malattie endocrine e del metabolismo, con valori più elevati all'interno della Regione per le province di Foggia e Taranto. La mortalità per patologie respiratorie è in generale più bassa rispetto ai dati nazionali. In controtendenza alcune zone pugliesi in cui risulta più elevata rispetto ai dati regionali e nazionali in maggior misura nell'area leccese e tarantine, e superiore ai valori regionali nella provincia di Brindisi.

10. Tassi dimissioni malattie infettive e malattie endocrine

Per quanto riguarda le malattie infettive, si osserva un trend in decremento, con tassi che rimangono più elevati a livello regionale nelle province di Foggia, Bari e Brindisi (**tavola 2.1.22**).

In significativa riduzione, anche in seguito al periodo pandemico, appaiono in tutti i territori i ricoveri per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo con valori più elevati nel foggiano e nella Bat (**tavola 2.1.23**)

Malattie Croniche

Introduzione

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 più bassa di quella registrata a livello nazionale (13.9%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta più alta nella fascia degli ultra64enni (69%) [Tabella 2.2.2]. Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono le malattie respiratorie croniche (6.8%), le cardiopatie (4.8%) e il diabete (4.7%). Tra gli ultra 64enni, le patologie croniche più frequentemente riferite sono le cardiopatie (28.3%), le malattie respiratorie croniche (20.2%), il diabete (20%), [Tabella 2.2.3].

La presenza di almeno una patologia cronica risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (52.5% nella fascia 65-74 anni vs 73.3 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (66.9% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 51.0% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (77.6% tra i soggetti senza difficoltà vs 53.5% tra quelli con molte difficoltà economiche) [Tabella 2.2.4].

Focus sulle patologie croniche

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 data base della Regione Puglia (in particolare nello sviluppo, definizione e validazione dell'Indice di esposizione ai farmaci - DDCI - DrugDerivedComplexity Index).

11. 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 2.2.8]. 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 2.2.2].

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

Dall'analisi dell'andamento temporale della patologia, si evince una crescita della prevalenza dal 2006 al 2011 mentre a partire dal 2012 il valore si attesta intorno a quello dell'anno 2018 (115⁰/₀₀). Ciascuna Asl ripercorre

nel tempo lo stesso andamento temporale della regione Puglia confermando la variabilità tra le asl stesse: per tutto il periodo osservato, la curva relativa all'Asl di Lecce rimane al di sotto di quella regionale mentre per l'asl di Foggia si registrano valori al di sopra del dato regionale [Figura 2.2.3].

12. 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 ($448^{0}/_{00}$) mentre l'asl di BAT quella più bassa ($399^{0}/_{00}$) [Tabella 2.2.9]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.6 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 2.2.5 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).

13. 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. La figura 2.2.8 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 2.2.9]

14. Cardiopatia ipertensiva con Scompenso 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 2.2.11]. La figura 2.2.11 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 ($112^{0}/_{00}$) mentre l'asl di Bari quella più bassa ($89^{0}/_{00}$) [Tabella 2.2.11]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.12 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).

Tumori

Sono stati elaborati i dati del Registro Tumori Puglia 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.

15. 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 2.3.1 e Figura 2.3.1). In entrambi i casi le differenze sono statisticamente significative.

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 2.3.2). A Bari si sviluppano meno casi di tumore dell'atteso per entrambi i sessi (SIR <1).

16. 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 2.3.3 e Figura 2.3.2). Per entrambi i generi non si evidenziano differenze significative rispetto alla media regionale in nessuna area territoriale.

La Tabella 2.3.4 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.

17. 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 2.3.5 e Figura 2.3.3).

I rapporti standardizzati di incidenza disaggregati per provincia di residenza (Tabella 2.3.6) 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.

18. 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 2.3.7 e Figura 2.3.4 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.

Per entrambi i generi Lecce presenta un eccesso statisticamente significativo di casi di tumore della trachea, bronchi e polmone rispetto all'atteso (Tabella 2.3.8). 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.

19. 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.

Per entrambi i sessi, la provincia di Foggia presenta un basso rischio di diagnosi di tumore della vescica statisticamente significativo (Tabella 2.3.10). Al contrario, Lecce mostra un eccesso significativo di casi osservati rispetto a quelli attesi, mentre nelle restanti province gli scostamenti non risultano significativi.

20. 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 2.3.11 e Figura 2.3.6). 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.

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.

21. 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.

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.

22. 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 2.3.15 e Figura 2.3.8).

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.

23. 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 femminile (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 2.3.17 e Figura 2.3.9).

Per quanto riguarda i SIR, si distingue la provincia di Bari con un basso rischio di tumore dell'ovaio (Tabella 2.3.18).

24. 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.

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 2.3.20). Le restanti province mostrano un numero di casi allineato all'atteso.

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.

0.6 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. (**tavole 2.4.1, 2.4.3, 2.4.5, 2.4.7**)

Le prestazioni Day Service confermano la crescita debole con un calo nel 2020 (**tavole 2.4.2, 2.4.4, 2.4.6, 2.4.7.1**).

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 (**tavola 2.4.8**).

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

Nella **tavola 2.4.9** è riportato l'indicatore "C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti"; questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati. Il tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali nel 2020 ha avuto una sensibile riduzione dovuta alla necessaria riorganizzazione dei percorsi assistenziali, a seguito della pandemia da Covid-19.

Nella **tavola 2.4.10** si riporta l'indicatore "C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriata (Griglia LEA)". Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale che misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriata (è previsto dalla griglia LEA). Si registra ancora una diminuzione dei ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriata.

Nella **tavola 2.4.11** si riporta l'indicatore "B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare" che indica il numero di assistiti con almeno un accesso domiciliare nell'anno di riferimento x 1.000, in rapporto alla popolazione residente. Non si osservano miglioramenti significativi nell'assistenza domiciliare, un'area a cui prestare senz'altro maggiore attenzione.

Nella **tavola 2.4.12** si riporta l'indice "C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici ". A un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente; confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero. In ulteriore contrazione la durata media delle degenze per la casistica chirurgica.

Per quanto riguarda il "Tasso ospedalizzazione per Scoppio Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)" (**tavola 2.4.13**) si nota che la prevalenza dello scoppio cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. 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. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronicodegenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

Nel periodo analizzato (2018-2020) la Puglia presenta i tassi di ospedalizzazione per scoppio cardiaco più alti (2018-2019) facendo registrare così il dato peggiore tra le regioni analizzate. Nel 2020 si registra una diminuzione, comune anche alle altre regioni, probabilmente dovuta al periodo pandemico. Dall'analisi per azienda sanitaria, emerge come l'ASL di Foggia presenta, valori nettamente al di sopra di quelli regionali mentre l'ASL di Brindisi presenta valori significativamente più bassi.

Il tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni) viene riportato nella **tavola 2.4.14**. Il diabete è una patologia cronica la cui acuitizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente

ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Per l'intero triennio analizzato (2018-2020), si nota un tasso di ospedalizzazione per diabete in decrescita per tutte le regioni, con una decrescita più marcata per la Puglia nel 2020 causa pandemia da Covid-19. Focalizzandosi sulla regione Puglia, per l'intero periodo analizzato, si evidenzia una variabilità tra ASL con valori più bassi per l'ASL di Lecce e più alti per l'ASL di Taranto e Foggia rispetto a quelli dell'intera regione.

Nella **tavola 2.4.15** viene riportato il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni). Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).

Se si confrontano i tassi di ospedalizzazione per BPCO della regione Puglia con il resto delle regioni del network, si evince come la Puglia sia tra le regioni che presentano i tassi più bassi e con un trend in decrescita per il triennio analizzato. E' inoltre evidente una variabilità su territorio con l'ASL di Taranto che presenta tassi di ospedalizzazione circa doppi rispetto al dato regionale e l'ASL BT che invece presenta valori significativamente più bassi rispetto a quello complessivo.

Dalla **tavola 2.4.16** ("Percorso Emergenza-Urgenza") si evince che 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 critico. Nella media i tempi di attesa in Pronto Soccorso dopo il triage.

È evidente lo sforzo fatto dal sistema sanitario regionale nella presa in carico delle cronicità (**tavola 2.4.16** – "Percorso cronicità"). Il dei tasso di ospedalizzazione per patologie croniche è nella media per tutte le patologie croniche analizzate tranne per l'amputazione per diabete., che risulta essere al limite di una situazione di criticità.

Dalla **tavola 2.4.17** ("Percorso Oncologia") 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" (**tavola 2.4.18**) 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. 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 (1-14 anni), 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.

Nella **tavola 2.4.19** vi è "La rappresentazione grafica a bersaglio degli indicatori". Questo tipo di rappresentazione grafica offre una visione di prospetto ad impatto immediato e sintetico della valutazione. E' infatti immediata l'evidenza degli aspetti regionali che presentano criticità come Cure Domiciliari, Dimissioni volontarie, Abbandoni da PS, Screening Oncologici.

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, è evidente come:

- per le ASL di Bari, Brindisi e Taranto gli screening oncologici hanno valori peggiori rispetto alla regione;
- l'appropriatezza chirurgica regionale viene confermata anche a livello aziendale;
- il governo della domanda viene meno solo per la ASL di Foggia;

Nella **tavola 2.4.20** viene riportato l'indicatore "NSG – Ospedaliera - H02Z: Tumore Mammella" che indica la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Vi è la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l'anno, a garanzia

dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team.

La regione Puglia presenta una proporzione di interventi per tumore maligno della mammella (eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui) al di sotto del valore soglia (70%) nel 2015 mentre raggiunge il bersaglio del 70% a partire dal 2016 mantenendolo fino alla fine del periodo di osservazione, con un ulteriore miglioramento nel 2021. Si evidenzia una variabilità tra le strutture ospedaliere della regione con le asl di Foggia, Bari e Brindisi che hanno superato valori del 90%, Taranto l'ha quasi raggiunto mentre Lecce non raggiunge il valore soglia prestabiliti.

L'indicatore "NSG H05Z – Colectomie" riportato nella **tavola 2.4.21** indica la proporzione di colectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico.

Nel periodo analizzato (2015-2021) la proporzione di colectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni è aumentata progressivamente raggiungendo il valore soglia del 70% solo a partire dal 2018: il valore target risulta raggiunto anche nel 2019 ed è aumentato nel 2021. Dall'analisi per struttura ospedaliera emerge come, per il 2021 il risultato sia stato raggiunto da quasi tutte le strutture pugliesi tranne la Bat e l'IRCSS oncologico di Bari.

Per quanto riguarda le fratture del femore, l'indicatore "NSG H13C - Fratture femore" (**tavola 2.4.22**), riporta la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

L'indicatore valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.

A partire dal 2015 e fino al 2017, la percentuale di pazienti ultra65enni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario è aumentata progressivamente rimanendo però sotto la soglia di sufficienza fissata al 60%. A partire dal 2018 la regione Puglia ha raggiunto il livello minimo richiesto per l'indicatore in esame mantenendolo anche nel 2019 e migliorandolo ulteriormente nel biennio 2020-2021.

In riferimento alle singole asl, si osserva nel tempo lo stesso andamento in crescita osservato nell'intera regione ma con differenze tra le diverse realtà: nonostante il trend positivo, il livello soglia del 60% non è mai stato raggiunto presso la struttura degli ospedali Riuniti di Foggia, nelle asl di Foggia raggiunto solo nel 2021, e nella asl di Lecce raggiunto solo nel 2020, mentre, in tempi diversi, è stato comunque raggiunto nelle altre strutture. La performance dell'ASL di Brindisi è la migliore con una proporzione tra le più elevate nel periodo 2017-2021.

Per i parti cesarei abbiamo analizzato 2 indicatori. L'indicatore "NSG - H17C - Parti cesarei" (**tavola 2.4.23**) indica la percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

La qualità misurata dall'indicatore si riferisce al grado di "appropriatezza". Spesso il parto cesareo è effettuato senza che ce ne sia davvero la necessità (indicazione), e quindi espone mamma e nascituro a rischi che, seppur modesti, sarebbero evitabili. Perciò un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza, segno che i medici e le partorienti hanno condiviso una scelta più adeguata rispetto alla reale necessità.

Nessuna asl raggiunge l'obiettivo del 15% nel periodo osservato, ma si possono comunque rilevare riduzioni per tutte le asl.

L'indicatore "NSG - H18C - Parti Cesarei" (**tavola 2.4.24**) indica la percentuale di parti cesarei primari in

strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA. Se si guarda alla percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno, in generale si osserva un gap più contenuto tra i valori riportati dalla regione Puglia e quello stabilito come soglia massima (25%). Complessivamente, la proporzione di parti cesari si è ridotta nel tempo avvicinandosi al valore soglia senza però mai raggiungerlo: le strutture di ricovero delle asl di Foggia e Lecce sono le sole strutture che hanno raggiunto l'obiettivo con percentuali al di sotto del 25% nel 2019. e nel 2021 la sola ASL Lecce ha centrato l'obiettivo (dati non disponibili per ASL BAT e FG).

Nella **tavola 2.4.25** si riporta il "Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco".

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione. L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

Complessivamente, per l'intera regione, così come per ciascuna asl, si osserva una riduzione del tasso di ospedalizzazione per complicanze, con una riduzione più profonda a partire dal 2020 (primo anno pandemico). Nello specifico, la riduzione più importante si è registrata per la BPCO, seguita diabete a lungo termine. Più contenute ma comunque significative le riduzioni per il diabete a breve termine e per lo scompenso cardiaco.

Il "Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite" è riportato nella **tavola 2.4.26**. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione.

L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta che possono trattare le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite è diminuito progressivamente nel periodo 2015-2021 tranne un incremento nel 2019. Relativamente al tasso di ospedalizzazione per asma, si osservano valori che rimangono tutto sommato costanti fino al 2019 per poi decrescere nel biennio 2020-2021. Analizzando i dati relativi a ciascuna asl, si osserva un trend del tutto in linea con quello regionale.

Per le malattie psichiatriche l'indicatore "NSG - - D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria" rappresenta la percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria rispetto al totale dei ricoveri per patologie psichiatriche" (**tavola 2.4.27**). L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.

La percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria decresce nel periodo 2015-2020 per stabilizzarsi nel biennio 2020.

0.1.3 Quadro della mobilità attiva e passiva

In **tavola 2.4.28** sono riportati i volumi dei ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi: il numero dei ricoveri fuori regione si è ridotto nel tempo passando da 63.135 nel 2011 a 56.738 nel 2019 ed un'ulteriore drastica riduzione nel 2020 causa pandemia. La mobilità passiva extraregionale è principalmente indirizzata verso le regioni del nord con una preferenza verso la regione Lombardia (21,4%) ed Emilia

Romagna (18,1%). (**Tabella 2.4.29** dati anno 2020).

Analizzando i dati relativi all'anno 2020, si evidenzia come, nell'intera regione Puglia, il 79% dei ricoveri avviene nella stessa ASL di residenza (autoconsumo), il 12% dei ricoveri avviene in una ASL diversa (mobilità passiva interregionale) mentre il 9% 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 (38%) 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 (**Tabella 2.4.30**).

Per quanto riguarda i ricoveri effettuati in regione Puglia, il 38.6% sono ricoveri chirurgici mentre il 61.4% 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 56.1% (**Tabella 2.4.31** dati anno 2020).

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 per uso di alcool/droga (30.2%), per infezioni da HIV (27.7%), per i disturbi del metabolismo (21.4%) (**Tabella 2.4.32** dati anno 2020).

L'analisi per DRG indica che la mobilità extraregionale passiva avviene per ricoveri medici che riguardano neonato normale (5% sul totale dei ricoveri), parto vaginale senza diagnosi complicanti (4%). (**Tabella 2.4.34**).

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 (24.4%), i tumori del polmone (13.8%) e dell'utero (12.3%), mentre la quasi totalità degli interventi per tumore del colon avviene in Puglia (94.2%). Le asl di Bari presentano le percentuali più alte di interventi nella propria asl per tutti i tumori della mammella, dell'utero, del polmone e della prostata, mentre l'asl di Lecce presenta percentuali più alte di interventi nella propria asl per i tumori del colon, del pancreas e del retto [**Tabelle 2.4.35, 2.4.36, 2.4.37, 2.4.38, 2.4.39, 2.4.40, 2.4.41**] (dati anno 2020)

0.1.4 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.

0.6.1. 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.

0.6.2. 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. (**Tablelle 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
	Altre diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Fisioterapia	Altro		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	29.729	217.995	1.520.340	434.076	2.842	38.991	89.244	9.483	46.395	1.438	1.030	2.283	23.667	2.417.448	
AD UNIV. OO RR FOGGIA	16.078	145.877	1.036.099	182.629	2.217	36.809	45.126	2.996	28.354	1	4.842	1.997	23.172	1.586.861	
Bari	76.721	1.205.607	8.803.507	1.266.846	182.300	846.781	355.281	36.064	235.643	42.691	503	2.159	62.859	13.050.147	
BAT	17.815	337.801	2.511.004	437.738	165.779	575.287	122.113	12.138	63.703	7.725	37.325	829	7.532	4.296.109	
Bimigli	30.228	393.977	3.028.519	463.918	37.156	185.634	118.188	7.782	41.566	22.903	25.708	1.769	25.788	4.383.161	
Foggia	39.222	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 BELLIIS	2.405	20.629	298.664	18.620			5.241		666	1.983			1.888	336.085	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II		53.115	286.168	67.993			46.228	4.560	8.969		32.736	611	712	581.892	
Lecco	53.295	734.731	7.012.537	953.941	142.635	513.625	244.466	31.274	108.483	123.496			37.898	61.051	
Taranto	27.942	510.196	5.069.639	606.633	96.869	302.235	132.649	16.879	69.277	13.981	43.122	1.733	36.601	6.127.751	
TOTALE REGIONE	263.405	4.138.773	33.280.998	5.861.940	652.789	2.591.699	1.281.901	137.291	540.582	219.524	285.404	31.688	298.827	48.748.266	

Tabella 1.42 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2018

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche					Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altre diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Fisioterapia	Altro		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	30.920	218.636	1.412.312	417.402	2.799	39.840	72.920	9.512	27.632	923	18.360	4.620	37.828	2.263.794	
AD UNIV. OO RR FOGGIA	17.317	153.748	1.123.034	185.825	2.043	35.235	39.902	4.121	36.178	1	4.698	2.195	50.035	1.614.322	
Bari	72.947	1.192.832	8.791.280	1.132.739	176.071	835.547	389.763	35.474	32.437	44.838	444	2.708	155.192	12.667.232	
BAT	17.880	350.655	2.552.353	416.467	127.394	587.400	63.152	12.403	24.269	7.091	33.822	1.146	38.348	4.232.185	
Bimigli	28.229	405.283	3.108.597	425.620	37.688	190.818	90.066	7.562	38.023	20.979	15.665	1.966	66.475	4.817.889	
Foggia	45.430	553.236	3.941.465	611.990	32.451	164.110	146.113	17.428	12.188	7.779	4.466	1.682	83.341	5.521.678	
IRCCS SAVERIO DE BELLIIS	2.516	21.236	317.503	19.247			7.288		598	2.763			1.807	372.088	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	1	55.099	339.564	83.883			59.265	5.020	9.829	6	36.272	1.143	1.196	591.668	
Lecco	53.297	743.639	7.405.117	831.114	130.274	511.944	166.710	28.162	39.513	116.955	5.263	12.087	98.499	18.142.644	
Taranto	28.883	536.158	5.304.335	587.438	89.347	296.500	80.287	18.483	33.975	13.931	45.022	1.692	96.474	7.212.625	
TOTALE REGIONE	297.540	4.238.522	34.276.761	4.711.735	938.065	2.648.483	915.486	138.763	221.887	232.486	194.812	29.239	624.135	49.866.174	

Tabella 1.43 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2019

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche					Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altre diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Fisioterapia	Altro		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	30.638	230.734	1.701.673	473.540	1.384	38.446	63.890	10.410	30.693	1.120	20.887	4.901	48.426	2.181.236	
AD UNIV. OO RR FOGGIA	17.299	161.458	1.143.448	191.311	2.229	35.594	28.856	4.177	5.217		4.411	2.099	52.040	1.633.186	
Bari	71.725	1.151.609	8.983.873	1.086.569	144.102	833.414	363.862	36.141	29.740	44.502	24.184	2.504	226.798	12.798.578	
BAT	17.289	352.804	2.570.994	399.664	115.995	620.537	49.209	11.190	10.135	5.701	33.270	1.186	41.918	4.237.892	
Bimigli	27.085	409.152	3.202.637	413.340	40.401	189.002	78.017	7.942	11.080	20.313	8.817	2.312	79.725	4.884.832	
Foggia	44.990	554.249	4.100.589	602.636	32.858	169.924	124.030	16.638	9.104	6.453	4.346	916	95.226	5.755.878	
IRCCS SAVERIO DE BELLIIS	2.643	20.131	354.616	17.283			6.788		3.008				1.511	486.643	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	7	61.665	389.372	92.311			59.981	5.418	11.906	44	43.030	817	1.500	685.995	
Lecco	51.478	794.410	7.529.572	899.805	122.857	530.172	80.243	27.144	24.898	114.934	72.388	3.125	158.157	18.295.885	
Taranto	27.225	531.419	5.629.266	572.241	83.141	289.300	65.634	17.251	22.428	10.434	51.653	1.117	125.438	7.282.897	
TOTALE REGIONE	289.484	4.257.631	35.176.548	4.613.688	948.066	2.654.388	728.395	136.954	171.263	283.481	282.486	38.587	831.780	49.888.443	

Tabella 1.44 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2020

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altre diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dalisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	19.833	130.187	792.697	291.899	219	10.955	36.187	6.385	28.012	290	12.203	3.372	50.794	1.342.278
AD UNIV. OD. 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	1.261.948
Bari	47.181	922.636	8.091.888	822.363	106.371	643.733	137.151	24.912	31.475	39.719	74.911	3.191	222.032	11.167.961
BAT	11.447	267.107	2.311.834	279.100	87.188	469.889	30.297	7.332	23.210	2.777	33.110	1.004	41.468	3.563.763
Bellodi	14.682	284.153	2.875.667	269.995	23.058	131.146	32.593	5.236	10.548	17.945	8.504	1.790	72.959	3.798.138
Foggia	20.934	318.998	3.263.098	312.099	18.352	78.832	59.195	8.305	8.068		3.304	932	68.967	4.169.895
ICCCS SAVERIO DE BELLIS	1.560	14.979	254.189	13.571		55	6.246	100	3.364				200	285.872
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	238	61.129	405.286	92.476			60.075	5.305	14.614	1	42.581	1.016	1.573	694.274
Lecco	23.647	520.640	7.013.795	478.131	94.953	468.128	47.628	17.723	6.846	105.999	48.896	2.431	74.409	8.863.186
Taranto	14.941	381.227	4.668.825	391.799	63.018	231.494	50.485	13.116	20.899	8.692	29.443	1.086	113.332	5.929.267
TOTALE REGIONE	161.729	2.999.794	36.598.873	3.892.713	394.143	2.841.765	488.865	98.615	198.219	177.189	298.222	96.358	787.349	41.106.139

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 diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dalisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.211	19.227	9.848	8.698		21	440	580			3	14	40.600	88.717
AD UNIV. OD. RR. FOGGIA	191	5.144	3.328	9.363		2	14.882	1.314		1	984		20.980	56.199
Bari	363	9.911	81.914	2.777		3	3.490	3.777		1.500	14	1	117.679	221.429
BAT	126	2.137	582	572		1	2.390	387	2			60	14.930	26.177
Bellodi	2.608	12.956	9.983	22.890	156	2	13.961	1.168	2.055			16	72.529	138.324
Foggia	1.738	15.940	148.569	9.963		402	2.495	1.840		610	8.458	8	47.500	237.532
ICCCS SAVERIO DE BELLIS	4	2.028	3				5	247					2.600	4.967
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	31	236	6	6			31	12				3	1.743	2.869
Lecco	4.145	16.546	20.707	16.960	1	15	19.292	836	142	122	43	90	65.982	194.881
Taranto	1.463	9.263	8.898	20.220			13.719	353	2	1	1	41	55.511	109.472
TOTALE REGIONE	11.871	63.388	338.838	91.446	157	446	75.788	18.514	2.281	2.240	9.583	233	448.221	1.871.757

Tabella 1.46 - Numero di prestazioni Day-Service anno 2018

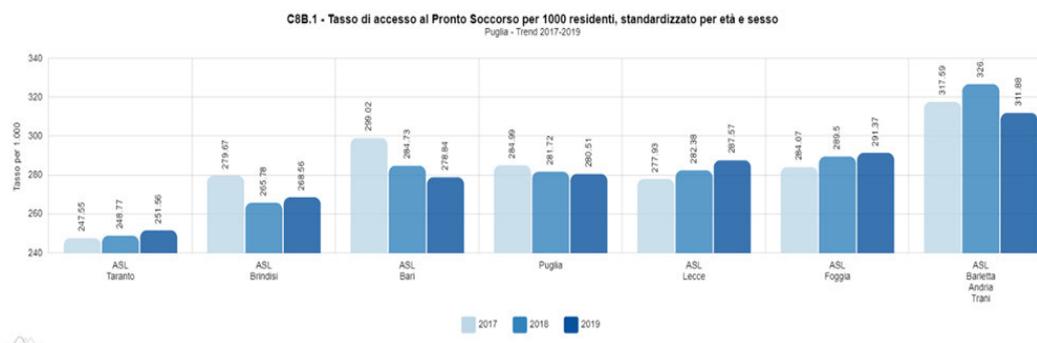
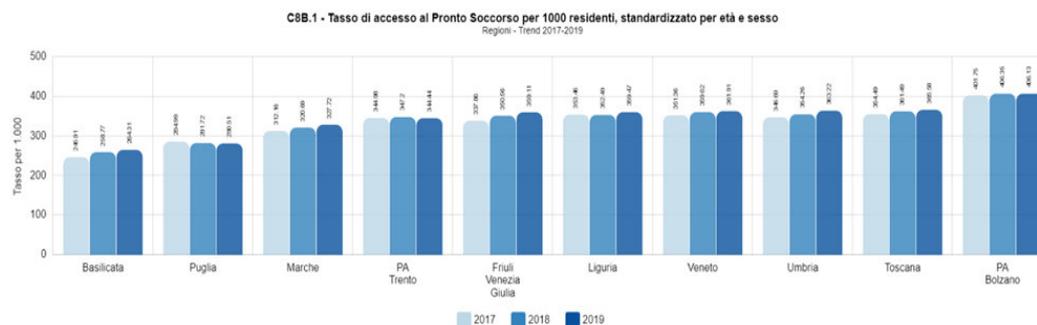
TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altre diagnostiche	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dalisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro	
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.335	21.614	9.172	8.612		140	498	1.012			4	2	46.383	88.772
AD UNIV. OD. RR. FOGGIA	540	7.309	5.226	9.859		3	12.486	1.889	1		10.108		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	1.356	1	1	2.005	544	6			50	17.361	38.395
Bellodi	2.292	13.402	9.502	22.674	97	3	15.722	1.258	2.219			17	72.628	139.706
Foggia	1.774	16.531	193.930	9.699		409	2.529	2.817	2	1.056	18.476	83	63.298	387.532
ICCCS SAVERIO DE BELLIS	2	1.838	2				3	261					2.360	4.468
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	12	1.130	15	11			183	150				40	2.450	4.811
Lecco	4.447	16.951	59.627	17.840		9	19.011	1.028	29	120	54	148	72.000	191.266
Taranto	1.748	10.190	11.336	23.604			16.425	605	2		3	70	64.677	128.811
TOTALE REGIONE	13.483	104.125	382.522	92.816	99	578	72.679	13.486	2.285	2.628	28.645	418	499.755	1.223.493

Tabella 1.47 - Numero di prestazioni Day-Service anno 2019

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche								TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica strumentale	Laboratorio	Vitale	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Oncologia	Radioterapia	Trasfusioni	Altro		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.635	27.643	12.731	11.015		81	797	1.457	1	1	11	30	62.883	118.295	
AD UNIV. OO RR FOGGIA	724	9.819	9.956	11.733		6	14.506	1.936	5		10.478		29.086	88.298	
Bari	982	12.596	8.452	5.892	1	55	5.508	4.040	21	1.234		3	136.507	255.274	
BAT	191	3.422	2.290	1.559		2	6.637	727	24		1	240	19.717	26.328	
Belluno	1.636	12.976	9.843	20.775	100		15.399	1.293	2.582			12	66.028	128.111	
Foggia	1.503	17.892	19.572	8.061		310	2.956	3.356	4	1.251	15.854	78	68.212	115.885	
IRCCS SAvENNO DE BELLI	1	1.487	7	1			3	208					2.128	3.835	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	4	138	44	7			34	66				64	1.469	1.828	
Lecco	4.051	18.608	65.909	18.391		5	21.223	1.019	34	50	29	133	78.434	287.928	
Taranto	1.620	11.586	12.677	24.921		1	18.636	695			1	49	68.908	138.144	
TOTALE REGIONE	12.486	116.164	296.986	181.823	181	468	85.652	14.789	2.651	2.436	26.374	684	533.436	1.297.842	

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.

0.7 La strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

0.7.1. 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.

0.7.2. 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 pugliesi, integrata con i grandi ospedali gestiti da Enti Ecclesiastici.

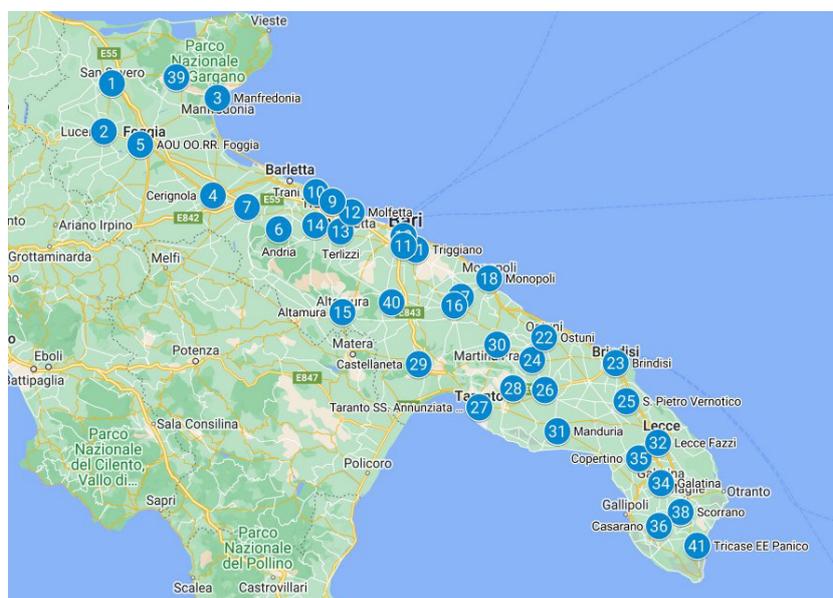


Figura 1.49 – Rete ospedaliera della Regione Puglia

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.

1. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

1.1 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.

1.1.1. 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.

1.1.2. 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 del profilo di 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 San Cataldo di Taranto
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto
				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 San Cataldo di Taranto
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
				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 San Cataldo di Taranto
				O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese
		S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto
O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese				

1.2 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.

1.2.1. Gli interventi complementari del nuovo ospedale di San Cataldo Taranto (Codici intervento: 1)

L'intervento proposto mira ad assicurare il completamento del Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto attraverso opere per acquisto di arredi e attrezzature non previste nel progetto iniziale e finanziato da risorse APQ Benessere e Salute 2007-2013 (delibere CIPE 62/92/2012).

La premessa progettuale alla realizzazione del Nuovo Ospedale della città di Taranto - San Cataldo trova fondamento nella programmazione regionale effettuata con Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 1725 del 07 Agosto 2012, con la quale è stata approvata la proposta di realizzazione di n. 5 nuovi Ospedali nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, all'interno dei quali rientra il "Nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto".

Il Nuovo Presidio Ospedaliero è strategico al fine di potenziare l'offerta ospedaliera attraverso una struttura Hub di livello primario al servizio di città molto importanti della provincia Ionica come Grottaglie, Massafra, San Giorgio Ionico, Statte, Crispiano, Montemesola, Monteiasi, Pulsano, Lizzano, Fragagnano, Torricella, Leporano, Palagiano, Monteparano, con l'obiettivo di sostituire i presidi ospedalieri esistenti (Taranto p.l. 526 e Grottaglie p.l. 112) per i quali risulta antieconomica e priva di valenza strategica la riqualificazione o il potenziamento.

Con il nuovo Presidio Ospedaliero della città di Taranto - San Cataldo, le strutture obsolete ricomprese nel territorio dell'intervento potranno essere dismesse e cedute oppure utilizzate per la ridefinizione dei servizi territoriali, ad esempio, attraverso la realizzazione di Case della Salute/Presidi Territoriali della Salute al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica e di interventi in day surgery che non richiedano il ricorso al ricovero ospedaliero, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.

Con Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 1725 del 07 Agosto 2012, è stata approvata la proposta di realizzazione di n. 5 nuovi Ospedali nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, all'interno dei quali rientra il "Nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto".

Con atto deliberativo del 03 agosto 2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 266 del 14.11.2012, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (C.I.P.E.) ha finanziato l'opera in argomento approvando la programmazione delle risorse residue del FSC 2000-2006 e 2007-2013 relative alla Regione Puglia e pari a 1.334,9 milioni di euro.

In data 13 marzo 2014, è stato sottoscritto l'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" tra gli altri, dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia mediante il quale sono state individuate le risorse CIPE pari a € 140.580.496,18 per la realizzazione del nuovo Ospedale "San Cataldo" di Taranto.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 652 del 8.4.2014, sono state impegnate per la realizzazione dell'opera in questione ulteriori risorse regionali pari ad €. 66.919.503,82, per un totale complessivamente finanziato di € 207.500.000,00.

L'intervento di realizzazione dell'ospedale San Cataldo è finalizzato al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa rivolto a riqualificare l'offerta sanitaria territoriale con specifico riferimento alla rete di poliambulatori, di strutture dipartimentali (DDP e DSM), di consultori, di presidi di salute territoriale, anche mediante la riconversione di strutture già nella disponibilità delle ASL, nonché di potenziamento delle dotazioni tecnologiche di presidi ospedalieri funzionali al potenziamento dell'offerta di prestazioni diagnostiche specialistiche.

Nell'ambito di detto piano di riordino della rete ospedaliera la costruzione dell'Ospedale San Cataldo consentirà di dare concreta attuazione alla parte della strategia regionale che aspira ad aggredire principalmente l'obiettivo dell'ammodernamento della rete ospedaliera, capace di perseguire i seguenti obiettivi specifici:

a) promuovere la concentrazione dell'offerta ospedaliera di qualità in strutture nuove, funzionali e moderne, facilmente accessibili e dotate delle discipline previste dalla programmazione sanitaria regionale, delle tecnologie e dei servizi necessari per la piena esigibilità del diritto alla salute in condizioni di sicurezza e di efficienza;

b) promuovere il superamento di presidi ospedalieri per i quali si presentano come inefficienti tecnicamente ed economicamente interventi di ristrutturazione e adeguamento alle normative vigenti ovvero di ampliamento e di ammodernamento, in quanto obsoleti o situati in contesti urbani congestionati;

c) completare l'articolazione della rete ospedaliera del SSR con strutture di grande e media dimensione e di riferimento provinciale o sub-provinciale, allocate in aree strategiche da un punto di vista dell'accessibilità, capaci di assorbire la domanda di salute che richiede prestazioni ospedaliere, riducendo la mobilità intra regionale della popolazione pugliese;

d) ridisegnare, completandola, l'offerta specialistica della rete ospedaliera pugliese in modo da incidere sulla mobilità passiva generata dalla domanda di prestazioni ospedaliere da parte della popolazione pugliese rivolta a strutture di fuori Regione.

25. Stato avanzamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto

Con Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TA n. 1114 del 15.10.2014, è stata indetta, ai sensi degli artt. 55 e 83 del D. Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., procedura aperta per l'affidamento del servizio di progettazione definitiva comprensiva di relazione tecnico specialistica di progettazione clinico – gestionale relativa alla realizzazione del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto per un importo complessivo a base d'asta pari ad € 4.209.316,94, al netto degli oneri previdenziali e assistenziali ed IVA come per legge, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Con successivo provvedimento deliberativo del D.G. dell'ASL TA n. 763/2015 si è proceduto all'aggiudicazione definitiva del servizio di progettazione definitiva comprensiva di relazione tecnico specialistica di progettazione clinico – gestionale relativa alla realizzazione del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto nei confronti del R.T.I. PROGER S.P.A./MANENS-TIFS S.P.A..

Il progetto definitivo redatto dall'operatore aggiudicatario è stato poi successivamente approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 347 del 23.02.2016.

Al contempo l'intervento in argomento è stato inserito nel Contratto di Istituzionale di Sviluppo di TARANTO (c.d. CIS di Taranto) che ha individuato INVITALIA S.p.A. come Soggetto Attuatore dello stesso; conseguentemente, il Direttore Generale dell'ASL TARANTO ha sottoscritto in data 14/06/2016 il Discipinare Operativo per l'attivazione di INVITALIA quale "centrale di committenza" per l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale "S. Cataldo" di Taranto ai sensi del combinato disposto dell'articolo 55-bis, co. 2-bis, del D.L. 1/2012, convertito in L. 27/2012 e ss.mm.ii, e degli articoli 37 e 38 del Codice degli Appalti, al fine di accelerare ed efficientare l'attuazione dell'intervento.

Con successivo atto deliberativo del Direttore Generale dell'ASL TA n. 2084 del 14.10.2016:

sono stati approvati gli atti di gara relativi alla procedura di affidamento del servizio di progettazione esecutiva, direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione dei lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale "San Cataldo" di Taranto;

è stato dato mandato a INVITALIA, quale Centrale di Committenza ai sensi dell'articolo 55 bis, del D.L. n. 1/2012, convertito in L. 27/2012, nonché ai sensi dell'art. 38 del D. Lgs. n. 50/2016, affinché espletasse tutte le necessarie procedure per addivenire all'aggiudicazione efficace del servizio di progettazione esecutiva, direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione dei lavori relativi alla realizzazione del Nuovo Ospedale "San Cataldo";

L'aggiudicazione dei servizi in parola è intervenuta con determina a contrarre della società INVITALIA n. 2084 del 14/10/2016 ed in data 27.11.2017, è stato sottoscritto il relativo contratto Rep. n. 1011 del 27.11.2017 con l'operatore "RPA s.r.l. - M.M.AR. CONSULT s.r.l. - POOLMILANO S.R.L. - E.T.S. s.p.a. ENGINEERING AND TECHNICAL SERVICES - MYTHOS CONSORZIO STABILE - TECHNITAL S.P.A".

Con atto deliberativo del Commissario Straordinario dell'ASL TA n. 433 del 14.06.2018 è stato approvato il progetto esecutivo dei lavori del nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto redatto dall'operatore economico "RPA s.r.l. - M.M.AR. CONSULT s.r.l. - Poolmilano s.r.l. - E.T.S. s.p.a. ENGINEERING AND TECHNICAL SERVICES - MYTHOS CONSORZIO STABILE - TECHNITAL S.P.A".

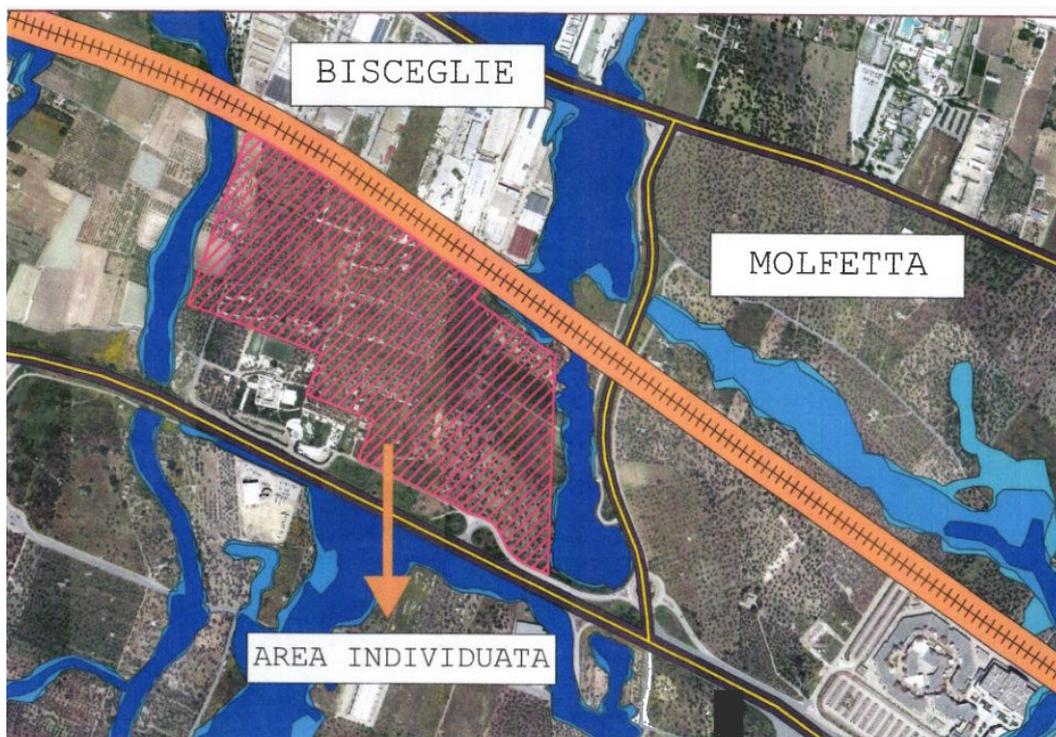
Con atto deliberativo del Commissario Straordinario dell'ASL TA n. 876 del 03.08.2018:

sono stati approvati gli atti di gara relativi alla procedura di affidamento dei lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale "San Cataldo";

1.2.2. Realizzazione nuovo ospedale del Nord Barese (Codice intervento: 02)

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.

L'Ospedale del Nord Barese dovrà contenere almeno le seguenti discipline, già previste dai vigenti Regolamenti regionali n. 23/2019 e n. 14/2020 presso l'Ospedale di Bisceglie:

08	CARDIOLOGIA con Unità Operativa di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.)
09	CHIRURGIA GENERALE
21	GERIATRIA
60	LUNGODEGENTI
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
26	MEDICINA GENERALE
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
38	OTORINOLARINGOIATRIA
39	PEDIATRIA
68	PNEUMOLOGIA
40	PSICHIATRIA
49	TERAPIA INTENSIVA

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X
FARMACIA OSPEDALIERA	X
LABORATORIO D'ANALISI	X
RADIOLOGIA	X

L'Ospedale del Nord Barese, al di là degli spazi per l'attività ambulatoriale e servizi di supporto all'attività di ricovero, dovrebbe essere realizzato per consentire l'allestimento di n.250 pl complessivi.

1.2.3. 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, 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 San Cataldo	Disattivazione degli Ospedali SS. Annunziata, Moscati
O2	Realizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese	Riconversione dei P.O. di Bisceglie, oltre Trani e Terlizzi già riconvertiti

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



1.3 Coerenza interna della strategia

1.3.1. 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.

1.3.2. 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	
F a t t o r i	S (Punti di Forza)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR ✓ 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 ✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 ✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure ✓ Complementarietà degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio ✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR. 	<p>W (Punti di Debolezza)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Potenziale disallineamento tra i tempi di riconversione/disattivazione degli attuali presidi ospedalieri ed attivazione delle nuove strutture. ▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi. ▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.).
	O (Opportunità)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali ✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili ✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia ✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale; ✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie. ✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera. 	<p>T (Rischi/Minacce)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Resistenza delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione. ▪ Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori. ▪ Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza ▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti

Tabella 2.26 - Matrice SWOT

2. 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.

2.1 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.

2.1.1. 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.

2.1.2. 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 complessiva 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 L. n. 67/1988, per la realizzazione di ulteriori tre nuovi ospedali (Andria – ASL BT, Maglie-Melpignano – ASL LE, Bisceglie–ASL 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 San Cataldo di Taranto 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.

2.1.3. 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,

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).

Entrambe le programmazioni hanno 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 rifunzionalizzazione nel corso dell'ultimo triennio.

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.

2.2 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 l'analisi di dettaglio della sostenibilità è effettuata nello specifico per il nuovo ospedale in quanto:

- gli interventi relativi al nuovo ospedale San CATALDO DI Taranto 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.

2.2.1. Fattibilità tecnica

La progettazione *del building* del nuovo ospedale del Nord Barese sarà accompagnata da una 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.

2.2.2. 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 raccogliitore 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...)

2.2.3. 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.

2.2.4. 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.

2.2.5. 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 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.

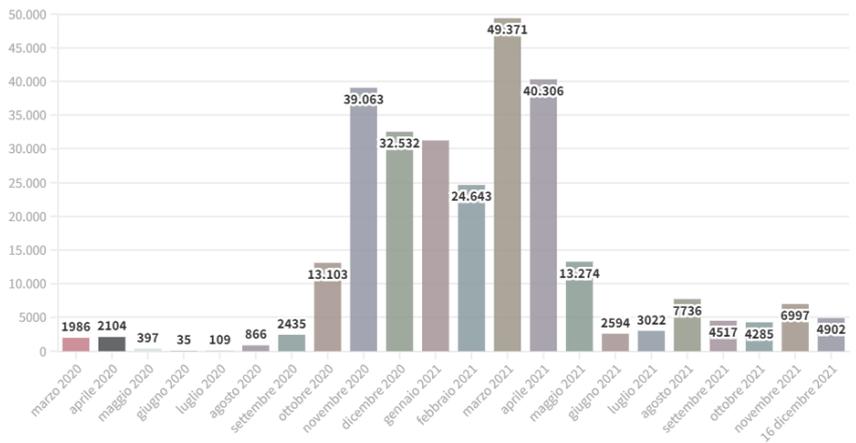
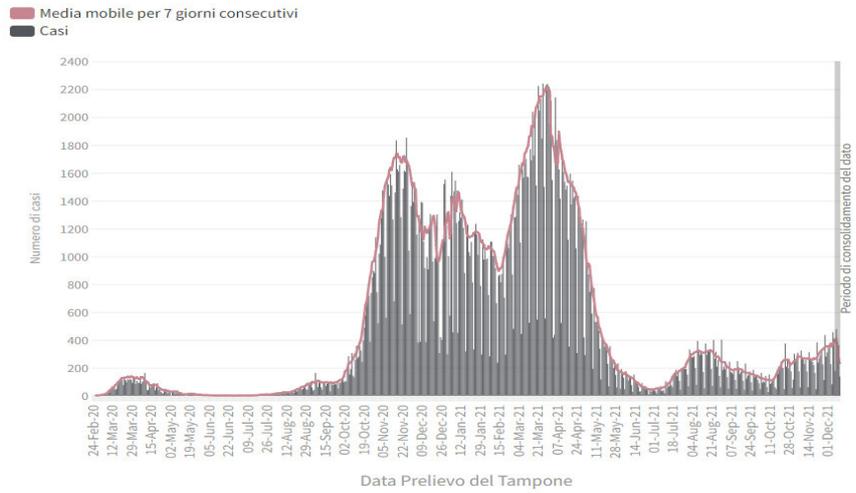
2.2.6. Sostenibilità economica e finanziaria

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**.

La condizione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale (SSR) è direttamente correlata al contesto economico-finanziario del paese Italia e negli ultimi due anni, in particolare, influenzata dalla gestione della pandemia COVID-19. La contingenza legata all'emergenza epidemica ha rappresentato una sfida che ha richiesto 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.

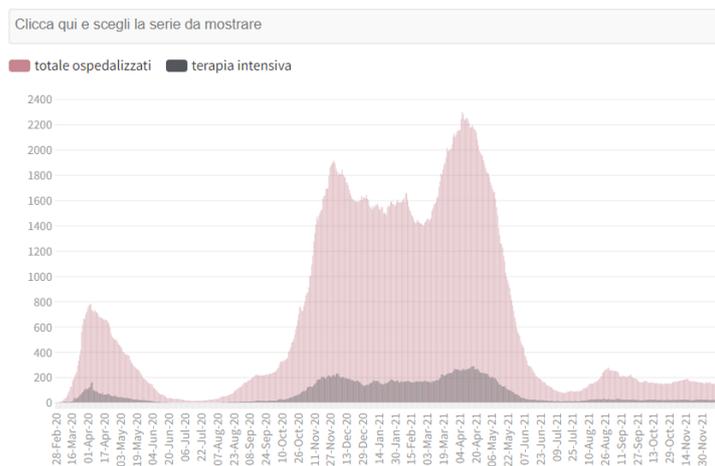
Per quanto riguarda la pandemia, la Puglia, nel corso della prima ondata 2020, è stata relativamente risparmiata anche se ha certamente subito l'impatto connesso alle ospedalizzazioni COVID-19 e alla esigenza di adeguamento dei percorsi assistenziali, di potenziamento delle attività di accertamento diagnostico 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, come evidenziato dai grafici che seguono.



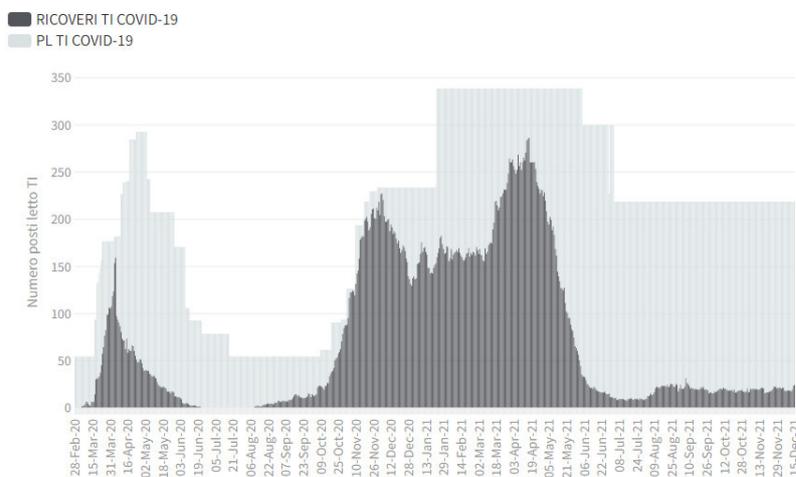
Numero dei casi attualmente positivi, dei casi complessivi ricoverati e dei casi ricoverati in terapia intensiva

Il grafico riporta per ciascun giorno dall'inizio dell'epidemia il numero di casi attualmente positivi, dei casi complessivi ricoverati e dei casi ricoverati in terapia intensiva



Data aggiornamento: 15/12/2021

Andamento giornaliero dei ricoveri e dei posti letto in Terapia intensiva



Data aggiornamento: 15/12/2021

E' evidente, dunque, quanto la pandemia abbia condizionato la sanità nel suo complesso.

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.

Per quanto concerne il bilancio 2021, il Tavolo congiunto del Ministero delle Finanze e del Ministero della Salute, nel corso della riunione del 4 aprile u.s., ha preso atto che la Regione Puglia, presentava un risultato non in equilibrio per i quali la Regione ha adottato i provvedimenti di copertura. E' utile sottolineare che negli ultimi due anni l'andamento economico/finanziario del S.S.R. è stato caratterizzato da tre variabili significative:

- Pandemia COVID-19 che ha obbligato il S.S.R. a nuovi costi, ma soprattutto ad incrementare la dotazione organica degli ospedali e del territorio storicamente al di sotto della media nazionale (si pensi al personale necessario per l'assistenza ai malati covid ed il notevole costo per le attività correlate alle vaccinazioni covid);
- Decremento della popolazione residente che è corrisposto ad una riduzione della quota di finanziamento statale (considerata la quota capitaria, nel corso del 2021 si è verificato un aggiornamento ISTAT che ha decretato una riduzione di 75.000 abitanti pugliesi e pertanto almeno una perdita considerevole di finanziamento);
- Incremento di spesa per assistenza socio-sanitaria (RSA, ecc.), internalizzazioni (sanità service), lavori su ospedali e acquisto attrezzature.

Al fine di evitare l'applicazione del meccanismo sanzionatorio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, sentito il competente Ufficio della Ragioneria Generale di Stato, in analogia a quanto già operato da altre Regioni per l'anno 2020, si è ritenuto opportuno avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 109, comma 1-ter, del decreto legge n. 18/2020, convertito con modificazioni in legge 24 aprile 2020, n. 27.

A tal fine, la Direzione del Dipartimento Bilancio, Affari generali e Infrastrutture ha avviato con le altre Direzioni di Dipartimento e/o Strutture autonome un'attività di analisi e di verifica delle quote di avanzo vincolato al 31 dicembre 2021 al fine di accertare la sussistenza di risorse utilizzabili per le finalità di cui all'articolo 109, comma 1-ter, del decreto legge n. 18/2020, ovvero la sussistenza di quote di avanzo vincolato riferite ad interventi conclusi o già finanziati in anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte e con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni.

A seguito della suddetta ricognizione, preso atto del risultato di esercizio del SSR aggiornato, è emerso che le quote di avanzo vincolato confluite nel risultato di amministrazione al 31.12.2021, riferite ad interventi conclusi o già finanziati in anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte e con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni, che possono essere finalizzate alla copertura del risultato di gestione risultante a IV trimestre 2021 ivi ricomprendendo le spese straordinarie sostenute nell'anno 2021 dal Servizio Sanitario regionale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19, sono pari a un importo complessivo di euro 118.000.000,00.

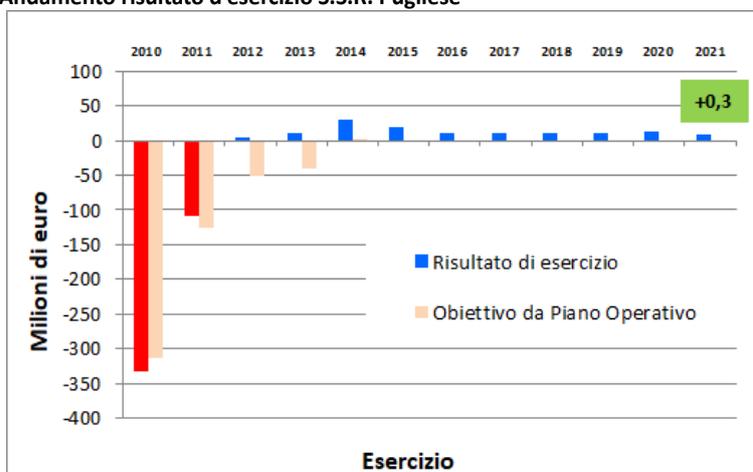
Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 841 dell'8 giugno 2022, su proposta dell'Assessore alla Sanità ed al Benessere animale, di concerto con il Vice Presidente della Giunta regionale con delega al Bilancio, è stata approvata la variazione di bilancio utile alla copertura del disavanzo sanitario determinato dai

maggiori costi sostenuti per il Covid-19 nell'anno 2021 e non coperti da specifico finanziamento dello Stato.

In data 10 giugno c.m. si è tenuta la riunione con i Tecnici del Ministero dell'Economia e Finanze e del Ministero della Salute al fine di ultimare la valutazione della procedura ex articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004. In tale occasione si è certificato l'equilibrio di bilancio anche per l'esercizio 2021.

Il prodotto del complesso delle azioni avviate dalla Regione possono essere facilmente riassunti analizzando i risultati consolidati di gestione del S.S.R. pugliese. Si riepilogano i risultati di esercizio (coperture comprese) ratificati al Tavolo Tecnico ministeriale per la Verifica degli adempimenti regionali:

Figura 3.1 – Andamento risultato d'esercizio S.S.R. Pugliese



Il risultato economico d'esercizio per l'anno 2021 è stato, quindi, fortemente influenzato dall'emergenza COVID-19, che ha fatto registrare un incremento delle spese per le Aziende del S.S.R.

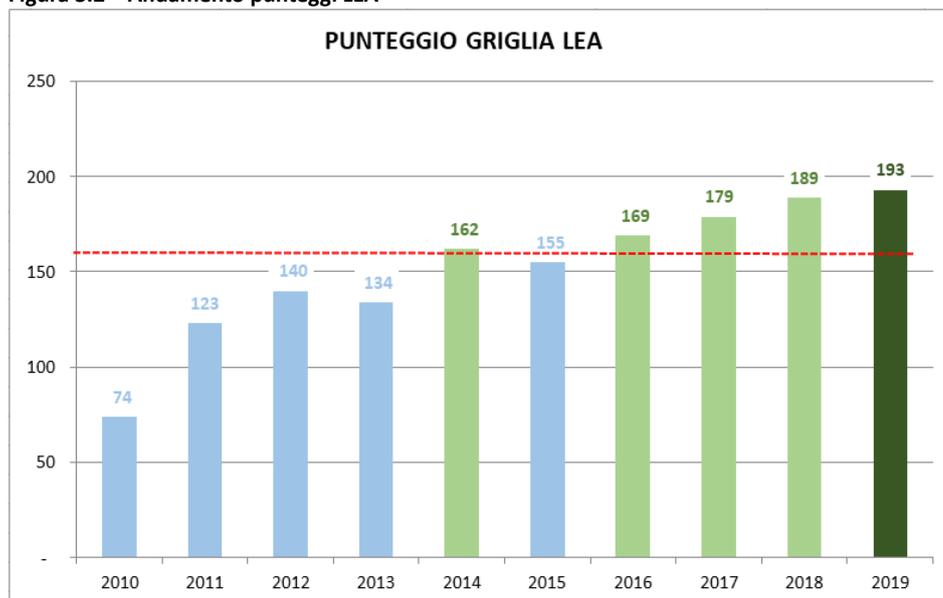
È indiscutibile che tutte le regioni meridionali siano caratterizzate da un sotto-finanziamento del Fondo Sanitario, anche per via dei criteri che tengono conto della sola età dei cittadini, così come oramai ampiamente condiviso anche in seno alla Conferenza Stato Regioni, e ciò ha contribuito a creare 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.

I risultati degli ultimi anni sia in termini economici che in termini di qualità dell'assistenza (adempimenti LEA, Griglia LEA ed obiettivi da Piano Operativo), hanno permesso anche una significativa diminuzione dei crediti verso Stato e conseguentemente una sensibile riduzione dei debiti verso fornitori.

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 2021, tenuto conto del momento di particolare complessità nel quale si trova il S.S.R. 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 socio-sanitarie;
- 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.

Per quanto riguarda la costruzione dei nuovi ospedali (Monopoli, Nord Barese), tali interventi concorreranno all'equilibrio complessivo del sistema sanitario da un lato **umentando 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 reti ospedaliere, 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.

3. 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.

3.1 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.

3.1.1. 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 inappropriatezza)

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

3.1.2. 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 San Cataldo e Nord Barese
- *Lunghezza della viabilità di accesso realizzata ad una certa data*
fonte: soggetto attuatore
periodicità: semestrale
interventi interessati: nuovo ospedale San Cataldo e Nord Barese

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

- *Numero di vecchi presidi ospedalieri dimessi*
fonte: Regione Puglia
periodicità: ad un anno dalla conclusione dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale San Cataldo 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 San Cataldo 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 San Cataldo 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: tutti

- *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: tutti
- *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: tutti
- *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

3.1.3. 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 San Cataldo e Nord Barese

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

3.2 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.

3.2.1. 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.

3.2.2. 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...)

4. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO

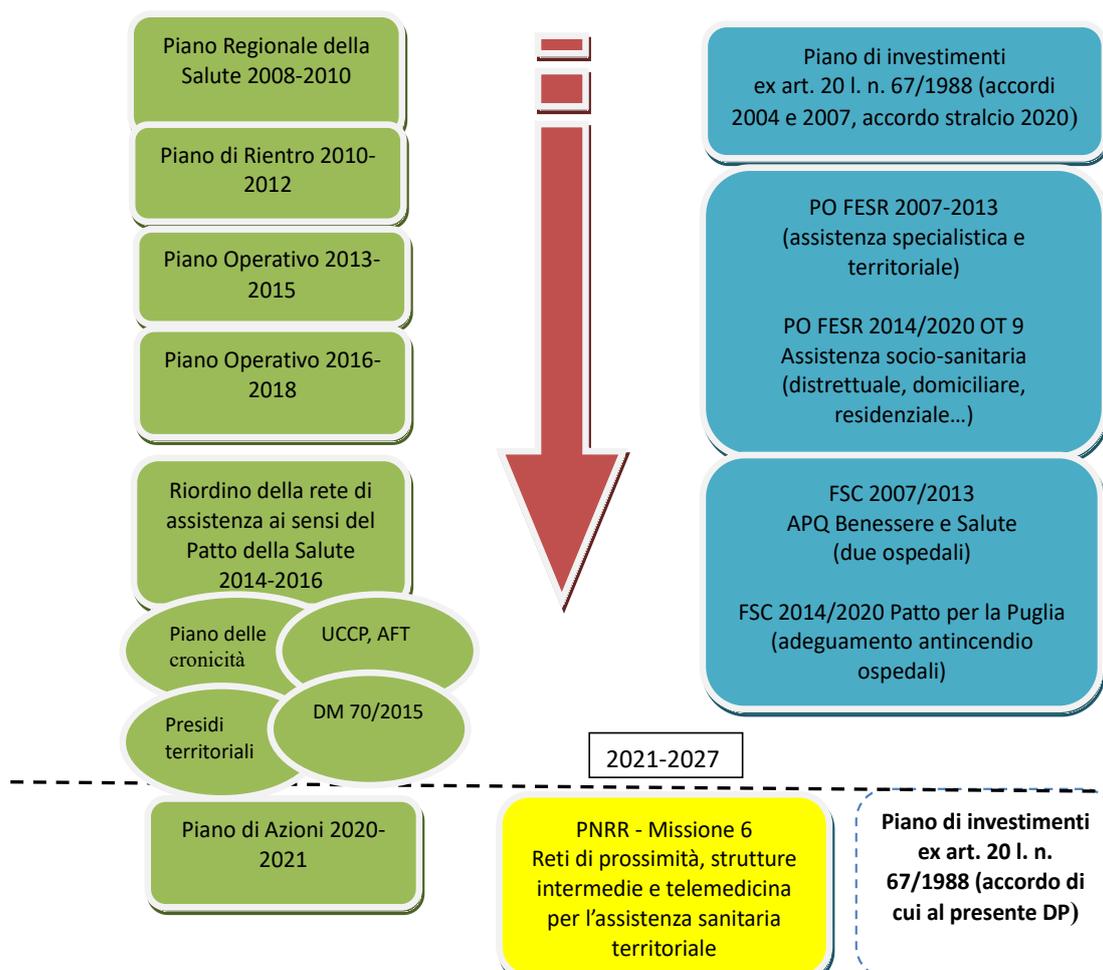
In questa sezione vengono illustrati i sistemi e criteri prospettati o prescelti per la gestione e il monitoraggio del programma di investimenti descritti nel presente documento.

4.1 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 Missione 6 e Missione 1

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)

4.2 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>

Allegato C1

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

Richiedente	Regione Puglia	
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Bari	
1- Titolo Intervento	Completamento dell'ospedale di "San Cataldo" - lavori complementari	
2 - Codice Intervento	1	
3 - Localizzazione	Comune di Taranto (TA)	
4 - Costo dell'opera	€	105.000.000,00
5 - Piano Finanziario		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	99.750.000
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	5.250.000
c) Altro finanziamento	€	00
	€	
Totale (a+b+c)	€	105.000.000,00
6- Piano Cronologico		
a) Tempo previsto per l'acquisizione delle tecnologie , in mesi		25
b) Tempo previsto per l'attivazione in mesi		9
7- Tipologia dell'opera	Completamento	
8- Progetto esecutivo	Non disponibile	

Scheda di Sintesi Intervento 2

art. 20 legge n. 67/1988

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

Richiedente	Regione Puglia	
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani	
1- Titolo Intervento	Realizzazione del Nuovo Ospedale Nord Barese - acquisto arredi ed attrezzature	
2 - Codice Intervento	2	
3 - Localizzazione	Comune di Bisceglie (BA)	
4 - Costo dell'opera	€	192.500.000,00
5 - Piano Finanziario		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	182.875.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	9.625.000,00
c) Altro finanziamento	€ 00	-
Totale (a+b+c)	€	197.500.000,00
6- Piano Cronologico		
a) Tempo previsto per la realizzazione dei lavori		84
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6
7- Tipologia dell'opera	Realizzazione nuova Opera	
8- Progetto esecutivo	Non disponibile	

Allegato C2

Schede di Riferimento

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivi Generali	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)	<p>Mobilità del personale e possibilità di assunzioni</p> <p>Accettazione delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione.</p> <p>Collaborazione con gli Enti preposti al rilascio di pareri ed autorizzazioni per ottimizzare le procedure e minimizzare i tempi per l'avvio dei lavori</p>
Obiettivi Specifici	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	
Obiettivi operativi	O1. Completamento del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto O2. Realizzazione Nuovo Ospedale Nord Barese	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti	Modelli HSP, STS Flusso EMUR	
Interventi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamento dell'ospedale di "San Cataldo" - lavori complementari 2. Realizzazione Nuovo Ospedale Nord Barese 	Indicatori di realizzazione <ul style="list-style-type: none"> - 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)	

Tabella B- 1. Matrice del Quadro Logico

	Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
Fattori Interni	S (Punti di Forza) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR ✓ 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 ✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 ✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure ✓ Complementarietà degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio ✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR. 	W (Punti di Debolezza) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Potenziale disallineamento tra i tempi di riconversione/disattivazione degli attuali presidi ospedalieri ed attivazione delle nuove strutture. ▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi. ▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.).
	O (Opportunità) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali ✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili ✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia ✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale; ✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie. ✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera. 	T (Rischi/Minacce) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Resistenza delle comunità locali al ridimensionamento o alla disattivazione di presidi ospedalieri. ▪ Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori. ▪ Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza ▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti
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 San Cataldo Realizzazione Nuovo Ospedale Nord Barese	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale San Cataldo	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 San Cataldo	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
							Numero di vecchi presidi dismessi	2
							Numero di vecchi presidi dismessi	2
G3	Razionalizzazione e dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo San Cataldo	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 San Cataldo Realizzazione Nuovo Ospedale Nord Barese	1-2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
							Numero di vecchi presidi dismessi	2
							Numero di vecchi presidi dismessi	2
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento del nuovo San Cataldo Realizzazione Nuovo Ospedale Nord Barese	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"> • 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 • 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 • 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 • 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 • 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" • 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". • 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" • 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 • 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 22-02-2018 	<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)

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Approvazione PNRR Regione Puglia	<ul style="list-style-type: none"> 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> 	<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"> - Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti; - Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore; - Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti. - 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale

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	1	1	ND	ND	ND	ND
Ristrutturazione	0	D	ND	ND	ND	ND
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	1	1	ND	ND	ND	ND
TOTALE (**)	2	2	0	0	0	0

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
S1 <i>Realizzazione di nuovi ospedali di II livello tecnologicamente all'avanguardia</i>	2	99.750.000,00	5.250.000,00		105.000,00	35%
S3- <i>Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015</i>	2	182.875.000,00	9.625.000,00		197.500.000	65%
TOTALE	2	282.625.000,00	14.875.000,00		297.500.000,00	100,00%

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 (*)	1	182.875.000,00	9.625.000,00	==	192.500.000,00	65%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	1	99.750.000,00	5.250.000,00	==	105.000.000,00	35%
Altro	0	==	==	==	==	==
TOTALE	2	282.625.000,00	14.875.000,00	==	297.500.000,00	100,00%

(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature per un totale di	€ 101.260.000,00	
(**) Sono ricompresi acquisti di tecnologie per un totale di	€ -	
		% di incidenza sul programma
TOTALE TECNOLOGIE	€ 101.260.000,00	34%

Tabella B- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio finanziario	Totale	STATO(95%)	REGIONE (5%)	Altro regione	Note	Interventi interessati
A0	5.250.000,00		5.250.000,00			1
A0+1	9.625.000,00		9.625.000,00			2
A0+2	56.525.000,00	73.050.000,00			Erogazioni statali sulla base dei SAL	tutti
A0+3	40.000.000,00	40.000.000,00			Erogazioni statali sulla base dei SAL	tutti
A0+4	56.525.000,00	56.525.000,00			Erogazioni statali sulla base dei SAL	tutti
A0+5	56.525.000,00	56.525.000,00			Erogazioni statali sulla base dei SAL	tutti

A0+6	73.050.000,00	56.525.000,00			Erogazioni statali sulla base dei SAL	tutti
TOTALE	297.500.000,00	282.500.000,00	14.875.000,00			

Tabella B- 7. Quadro Finanziario, suddiviso per anno di realizzazione

Programma	Percentuale di avanzamento finanziario	Note
Accordo di programma 2004	94%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2007	70%	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

Obiettivi Generali dell'AdP	
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

Obiettivi Specifici dell'AdP	
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri

Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma				
Codice	Obiettivo specifico	Presenza negli Accordi precedenti	Indicatori	Presenza negli Accordi precedenti
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	1	182.875.000,00	9.625.000,00		192.500.000,00	65%
b) Ristrutturazione	0					
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	1	99.750.000,00	5.250.000,00		105.000.000,00	35%
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-	-
TOTALE	2	282.625.000,00	14.875.000,00		297.500.000,00	100,00%

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	RMN	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
Totale	271	243	73	100	562	56	978	436	760	3.479

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.
<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>	Il numero complessivo di posti letto rinvenienti 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> <i>(la tabella è stata aggiornata rispetto a quanto previsto nelle linee guida vigenti riportando i riferimenti normativi aggiornati)</i>	
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

TABELLE INDICATORI MEXA
(a cura della struttura di dell'Area Epidemiologica e Care Intelligence
dell'Agenzia Regionale Strategica per la salute ed il Sociale)

Tav 1.1 Popolazione e suddivisione amministrativa 2021

Territorio	Numero di Comuni (anno 2021)	Totale popolazione (anno 2021)	Superficie (Km²) (anno 2020)
Bari	41	1.230.158	3862
Bat	10	381.091	1542
Brindisi	20	381.946	1861
Foggia	61	602.394	7007
Lecce	96	776.230	2798
Taranto	29	561.958	2467
Totale Regione	257	3.933.777	19540

Fonte: Istat
(ultimi dati disponibili)

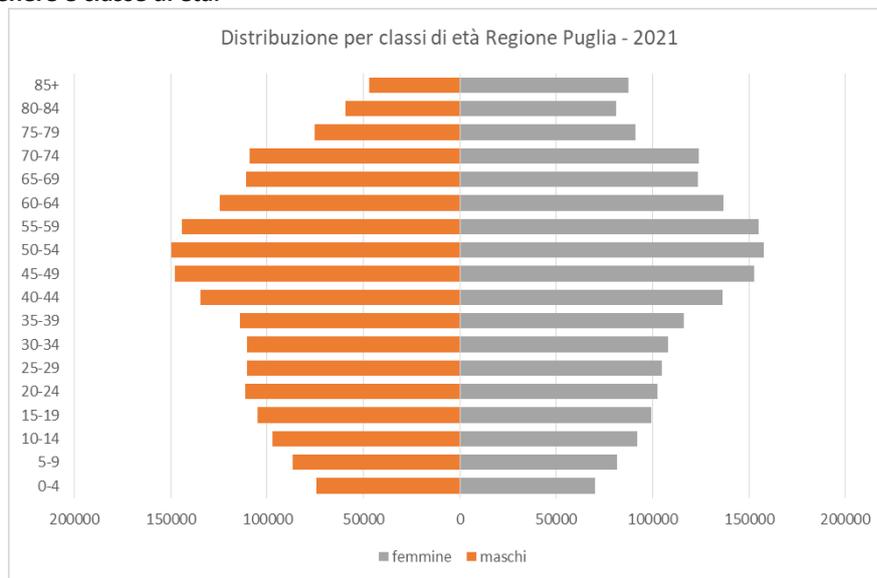
Tav 1.2 Popolazione e principali classi di età per ASL (2021)

Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	26.834	196.106	757.271	276.781	82.410	1.230.158
Bat	8.638	64.760	238.763	77.568	21.794	381.091
Brindisi	7.517	57.706	232.734	91.506	27.537	381.946
Foggia	13.280	100.177	368.216	134.001	41.419	602.394
Lecce	15.261	115.882	465.182	195.166	62.147	776.230
Taranto	11.325	88.663	338.921	134.374	39.857	561.958
Totale Regione	82.855	623.294	2.401.087	909.396	275.164	3.933.777

Classi di età (valori percentuali)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	% popolazione per provincia
Bari	2,2	15,9	61,6	22,5	6,7	31,3
Bat	2,3	17,0	62,7	20,4	5,7	9,7
Brindisi	2,0	15,1	60,9	24,0	7,2	9,7
Foggia	2,2	16,6	61,1	22,2	6,9	15,3
Lecce	2,0	14,9	59,9	25,1	8,0	19,7
Taranto	2,0	15,8	60,3	23,9	7,1	14,3
Totale Regione	2,1	15,8	61,0	23,1	7,0	100,0

Fonte: Istat

Figura 1.1. - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2021 per genere e classe di età.



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

Età	maschi	femmine	Totale
0-4	74356	69966	144322
5-9	86690	81715	168405
10-14	97400	92009	189409
15-19	104843	99509	204352
20-24	111179	102710	213889
25-29	110560	104656	215216
30-34	110646	108105	218751
35-39	114080	116301	230381
40-44	134526	136379	270905
45-49	148069	152569	300638
50-54	149879	157652	307531
55-59	144281	154876	299157
60-64	124618	136807	261425
65-69	111130	123434	234564
70-74	109053	124113	233166
75-79	75363	91139	166502
80-84	59308	81105	140413
85+	47272	87479	134751
totale	1913253	2020524	3933777

Tavola 1.3 – Indice di dipendenza giovani**Indice di dipendenza giovani M+F**

Aree	2018	2019	2020	2021
1 Piemonte	20,07	19,81	19,63	19,45
2 Valle d'Aosta	20,98	20,62	20,31	19,91
3 Lombardia	21,49	21,19	20,93	20,64
4 Trentino-Alto Adige	23,5	23,3	23,02	22,75
5 Veneto	20,91	20,57	20,23	19,91
6 Friuli-Venezia Giulia	19,58	19,33	19,08	18,82
7 Liguria	18,51	18,28	18,16	18,03
8 Emilia-Romagna	20,9	20,64	20,35	20,06
9 Toscana	20,01	19,75	19,47	19,17
10 Umbria	20,24	19,96	19,74	19,48
11 Marche	20,31	20,02	19,78	19,54
12 Lazio	20,66	20,37	20,26	20,1
13 Abruzzo	19,54	19,36	19,31	19,26
14 Molise	17,74	17,61	17,59	17,54
15 Campania	21,9	21,58	21,62	21,62
16 Puglia	20,38	20,04	19,9	19,74
17 Basilicata	18,41	18,16	18,1	18,02
18 Calabria	20,38	20,24	20,42	20,53
19 Sicilia	21,31	21,09	21,17	21,24
20 Sardegna	17,63	17,38	17,29	16,96
21 Italia	20,74	20,47	20,32	20,12

Fonte: Health for all

Tavola 1.4 - Indicatori demografici 2021, Puglia vs Italia

Indicatore	Puglia			Italia
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2021	3.933.777	1.913.253 (48,6%)	2.020.524 (51,4%)	59.236.213
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,8%			12,9%
15-64	64,1%	-	-	63,6%
65+	23,1%			23,5%
% cittadini stranieri	3,4%	3,6%	3,2%	8,7%
Età media della popolazione	45,4			45,9
Indice di vecchiaia	181,1%	-	-	182,6%
Indice dipendenza anziani	36,1%	-	-	37,0%
Indice dipendenza strutturale	56,0%	-	-	57,3%
Tasso di mortalità x 1.000*	12,0	-	-	12,0
Speranza di vita alla nascita**	81,8	79,6	84,1	82,4
Speranza di vita a 65 anni **	19,9	18,3	21,4	20,3
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,8
Età media della madre al parto**	32,3	-	-	32,4
Mortalità infantile x 1.000 (2019)	2,18	2,04	2,32	2,50

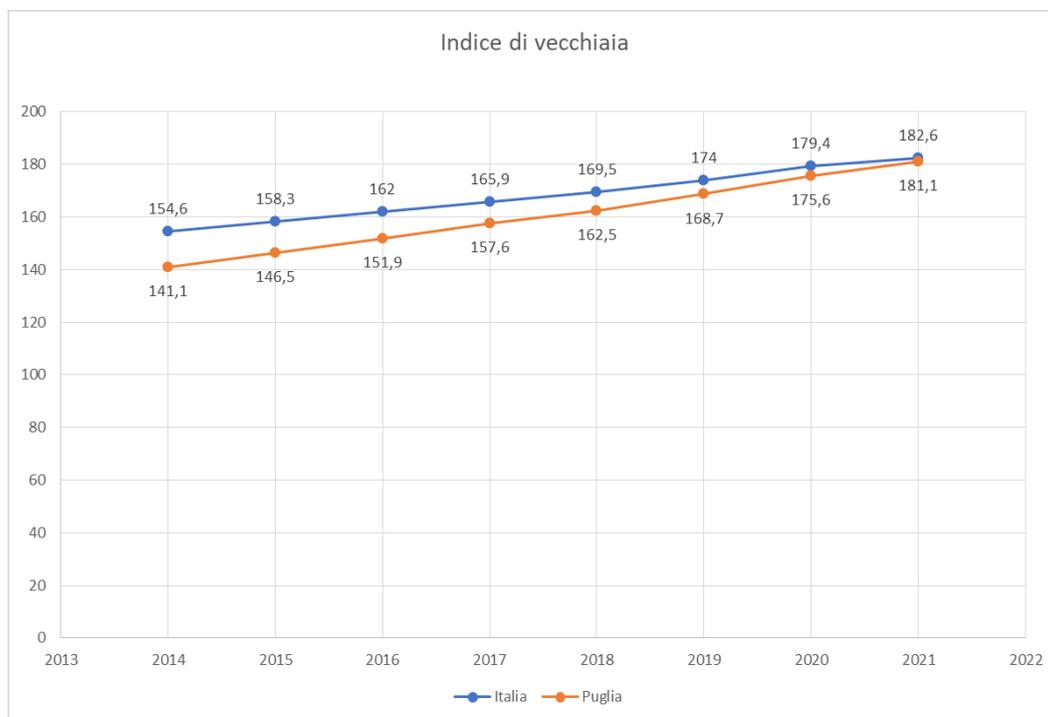
Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2021 (<http://demo.istat.it/>)

** Stimato 2021

* Provvisorio 2021

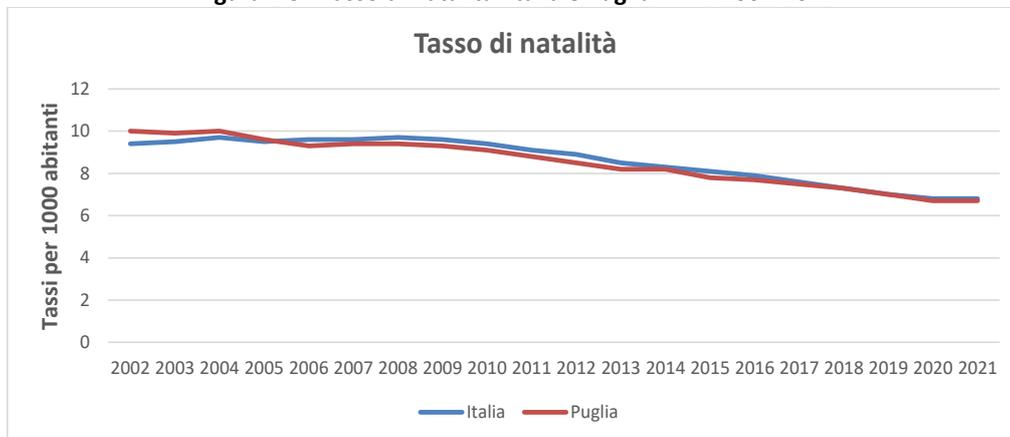
Fonte Mortalità infantile x 1.000 (2019): Health for All

Figura 1.2 Indice vecchiaia Puglia vs Italia



Fonte:Istat

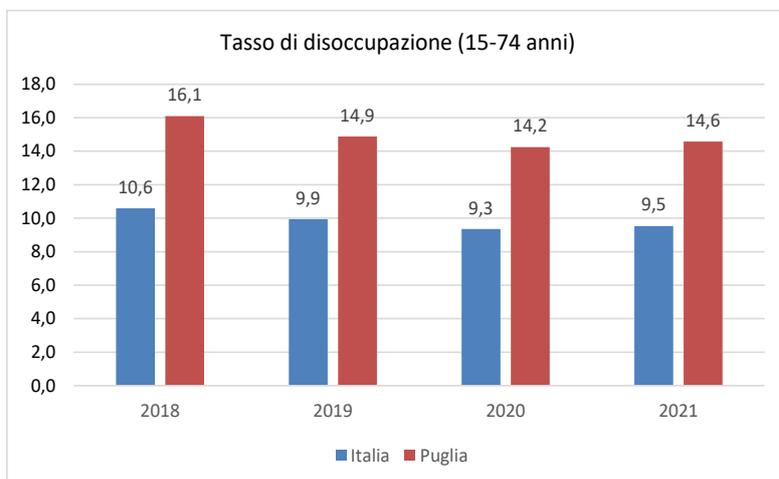
Figura 1.3 - Tasso di natalità. Italia e Puglia. Anni 2002-2021



Fonte: Istat

Dati provvisori anno 2021

	Tasso di natalità	
	Italia	Puglia
2002	9,4	10
2003	9,5	9,9
2004	9,7	10
2005	9,5	9,6
2006	9,6	9,3
2007	9,6	9,4
2008	9,7	9,4
2009	9,6	9,3
2010	9,4	9,1
2011	9,1	8,8
2012	8,9	8,5
2013	8,5	8,2
2014	8,3	8,2
2015	8,1	7,8
2016	7,9	7,7
2017	7,6	7,5
2018	7,3	7,3
2019	7	7
2020	6,8	6,7
2021	6,8	6,7

Figura 1.4 Tasso di disoccupazione 2018-2021 Puglia Vs Italia (15-74 anni)

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

Ultimi dati disponibili

Tasso di disoccupazione %(15-74 anni)				
	2018	2019	2020	2021
Italia	10,6	9,9	9,3	9,5
Puglia	16,1	14,9	14,2	14,6

Tavola 1.5 - Indicatori di contesto socio-economici. Puglia e Italia, ultimo anno disponibile

Indicatore	Puglia	Italia
Percentuale di popolazione 25-64 anni con istruzione (2020)		
Senza diploma	48	37
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 (2019)	0,316	0,3
Reddito mediano famigliare (€) (2019)	23.376	27.102
Distribuzione per quintili di reddito (2019)	Puglia	Italia
Q1	30,6	20,0
Q2	26,4	20,0
Q3	18,8	20,0
Q4	15,2	20,0
Q5	09,0	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2021)		
Ottime	1,8	1,5
Adeguate	62,8	66,8
Scarse	31,6	28,2
Assolutamente insufficienti	3,8	3,5

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

Tavola 1.6 – Percentuale di famiglie povere per regione di residenza (povertà relativa)

Tipo dato	incidenza di povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa)			
	Seleziona periodo	2019	2020	2021
Territorio				
Italia		11,4	10,1	11,1
Piemonte		7,5	6,1	7,5
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste		4,2	5,4	..
Liguria		9,2	6,9	7,1
Lombardia		6	6,7	5,9
Trentino Alto Adige / Südtirol		4,8	4,3	4,5
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen		3,5
Provincia Autonoma Trento		6,8	6	5,5
Veneto		10,3	6,7	7,9
Friuli-Venezia Giulia		5,3	6,8	5,7
Emilia-Romagna		4,2	5,3	6
Toscana		5,8	5,9	6,7
Umbria		8,9	8	9,5
Marche		9,5	9,3	6,8
Lazio		7,5	5,7	6,7
Abruzzo		15,5	12	11,5
Molise		15,7	17,9	19
Campania		21,8	20,8	22,8
Puglia		22	18,1	27,5
Basilicata		15,8	23,4	17,7
Calabria		23,4	20,8	20,3
Sicilia		24,3	17,7	18,3
Sardegna		12,8	13,9	16,1

Fonte: Istat

Tavola 1.7 Indice BES (Benessere Equo Sostenibile) edizione 2021 - Puglia vs Italia

Indicatori per regione e ripartizione geografica											
REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Reddito disponibile lordo pro capite (a)	Disuguaglianza del reddito netto (s80/s20)	Rischio di povertà (b)	Ricchezza netta media pro capite (a)	Povertà assoluta (i)	Grave deprivazione materiale (b) (c)	Grave deprivazione abitativa (b) (d)	Grande difficoltà ad arrivare a fine mese (b) (e) (f)	Bassa intensità di lavoro (b) (g)	Sovraccarico del costo dell'abitazione (b) (h)	Situazione economica della famiglia (b)
	2020	2019 (**)	2020 (**)	2016	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2021
Piemonte	20.899	5,0	13,5	---	---	4,4	8,7	4,6	8,2	8,5	30,8
Valle d'Aosta/Vallee d'Aoste	21.168	3,3	---	---	---	---	9,7	---	---	4,4	33,1
Liguria	21.421	5,0	16,3	---	---	4,7	5,9	5,5	6,5	7,5	27,8
Lombardia	22.456	4,8	11,4	---	---	3,9	4,4	6,8	6,5	5,4	28,8
Trentino-Alto Adige/Südtirol	23.130	4,3	9,9	---	---	1,4	5,4	2,1	3,2	7,3	26,1
Bolzano/Südtirol	25.150	4,7	8,4	---	---	---	6,4	2,6	3,7	8,7	24,2
Trento	27.148	4,0	17,7	---	---	---	4,4	---	2,6	5,8	20,0
Veneto	20.212	4,0	10,3	---	---	2,0	4,7	3,4	5,6	4,6	30,7
Friuli-Venezia Giulia	20.959	4,5	14,6	---	---	3,7	2,5	4,2	5,3	5,3	30,7
Emilia-Romagna	22.140	4,2	8,5	---	---	1,3	3,1	4,1	4,5	5,0	28,8
Toscana	20.117	4,8	14,1	---	---	2,2	5,4	3,4	6,1	6,8	35,0
Umbria	18.496	4,1	9,5	---	---	3,7	7,7	2,8	4,8	5,5	28,9
Marche	18.935	3,8	11,9	---	---	4,8	5,2	5,0	6,6	3,5	31,3
Lazio	19.907	5,9	19,4	---	---	7,1	7,5	4,3	10,2	6,9	31,5
Abruzzo	16.143	4,4	23,2	---	---	6,1	12,9	16,6	6,3	5,0	30,5
Molise	14.828	8,6	35,7	---	---	---	7,0	21,3	23,0	6,5	26,8
Campania	13.830	7,2	39,7	---	---	14,0	7,9	33,0	25,6	9,5	30,6
Puglia	14.620	5,4	25,9	---	---	10,4	6,0	8,6	13,8	9,1	30,8
Basilicata	14.454	4,6	36,5	---	---	5,4	---	---	16,8	6,0	26,4
Calabria	13.374	6,5	36,0	---	---	9,1	3,0	6,9	8,8	8,0	30,2
Sicilia	14.105	7,3	38,2	---	---	9,5	7,7	13,1	23,2	12,5	33,1
Sardegna	15.583	6,9	28,6	---	---	5,1	9,4	12,2	18,7	8,5	31,7
Nord	21663	4,6	11,4	104.892	8,2	3,1	5,0	5,0	6,1	5,9	29,4
Nord-ovest	21928	4,9	12,4	---	---	4,1	5,8	6,0	6,9	6,4	29,3
Nord-est	21299	4,2	10,0	---	---	1,9	3,9	3,6	4,9	5,1	29,6
Centro	19745	5,2	16,0	102.924	7,3	5,0	6,5	4,0	8,1	6,4	32,4
Mezzogiorno	14329	6,7	34,1	55.603	12,1	10,1	7,5	17,4	19,2	9,5	31,1
Sud	14261	6,4	33,4	---	---	10,9	7,1	19,5	17,9	8,5	30,3
Isole	14472	7,3	35,6	---	---	8,4	8,2	12,8	22,0	11,4	32,7
Italia	18.005	5,7	20,0	87.451	9,4	5,9	6,1	9,0	11,0	7,2	30,6

(a) In euro;

(b) Per 100 persone;

(c) Per Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Basilicata e Sardegna dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(d) Per Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Molise e Calabria dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(e) Percentuale di persone in famiglia che riescono ad arrivare a fine mese con grande difficoltà;

(f) Percentuale di persone in famiglia che riescono ad arrivare a fine mese con grande difficoltà;

(g) Per Trentino-Alto Adige, provincia autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia e Umbria dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(h) Campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(i) Per Liguria, Trentino-Alto Adige, provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Molise e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(j) Per Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento, Marche, Abruzzo, Molise e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;

(k) Stime preliminari;

(l) L'indicatore fa riferimento all'anno di conseguimento del reddito (2019) e non all'anno di indagine (2020);

(m) L'indicatore fa riferimento all'anno di indagine (2020) mentre l'anno di conseguimento del reddito è l'anno precedente (2019).

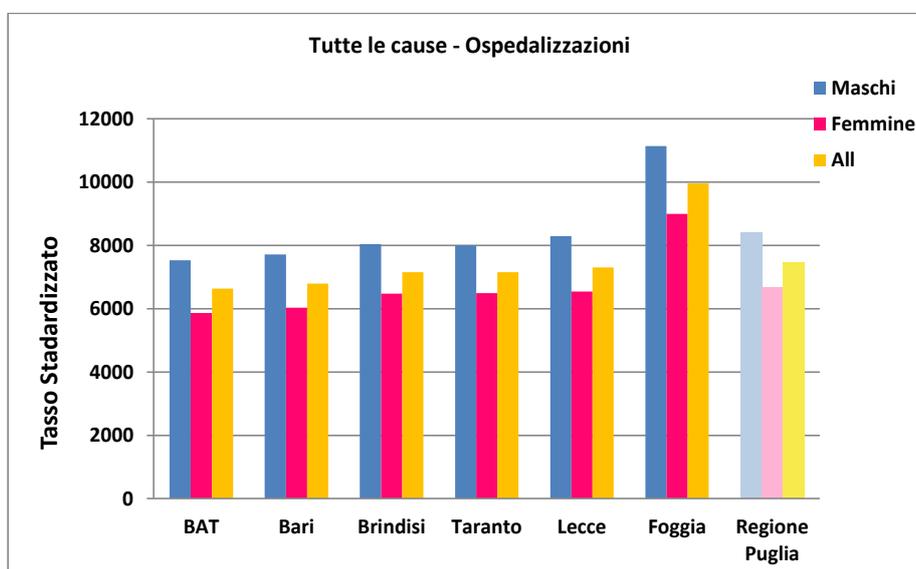
Fonte: Istat- Il benessere equo e sostenibile in Italia – BES 2021

Tabella 2.1.1 - 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 2018-2020

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	46600	8043	7981;8105	43349	6480	6427;6533	89949	7152	7112;7192
Taranto	68705	8001	7951;8052	63536	6488	6445;6532	132241	7152	7119;7185
BAT	41715	7533	7472;7595	35627	5861	5810; 5913	77342	6634	6594; 6673
Bari	141322	7718	7684;7752	124545	6035	6006;6064	265867	6795	6773;6817
Foggia	100793	11142	11084;11200	91715	8992	8943;9042	192508	9959	9921;9997
Lecce	98633	8294	8250;8338	90714	6542	6505;6580	189347	7304	7275;7332
Regione Puglia	497768	8411	8391;8431	449486	6675	6658;6691	947254	7448	7435;7461

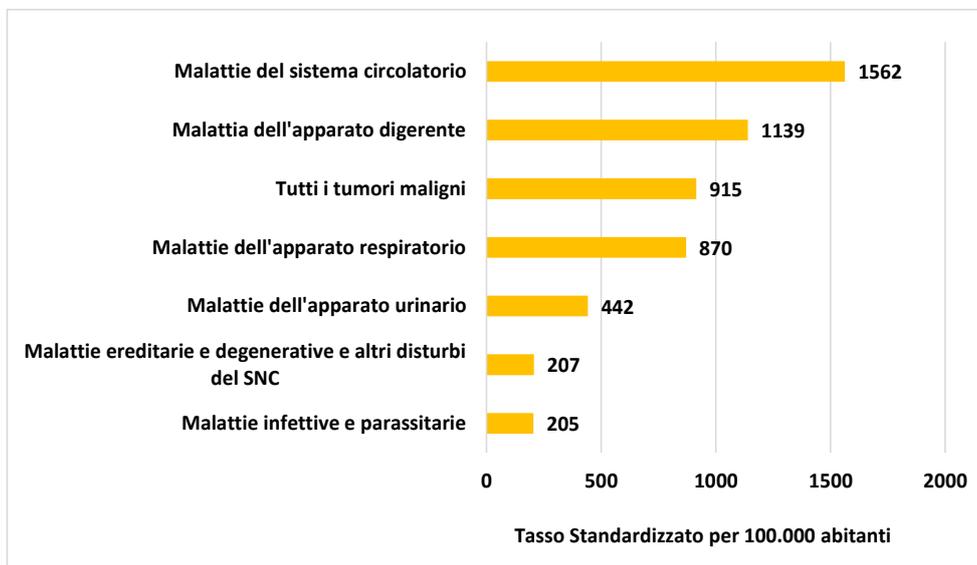
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.1 - 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 2018-2020



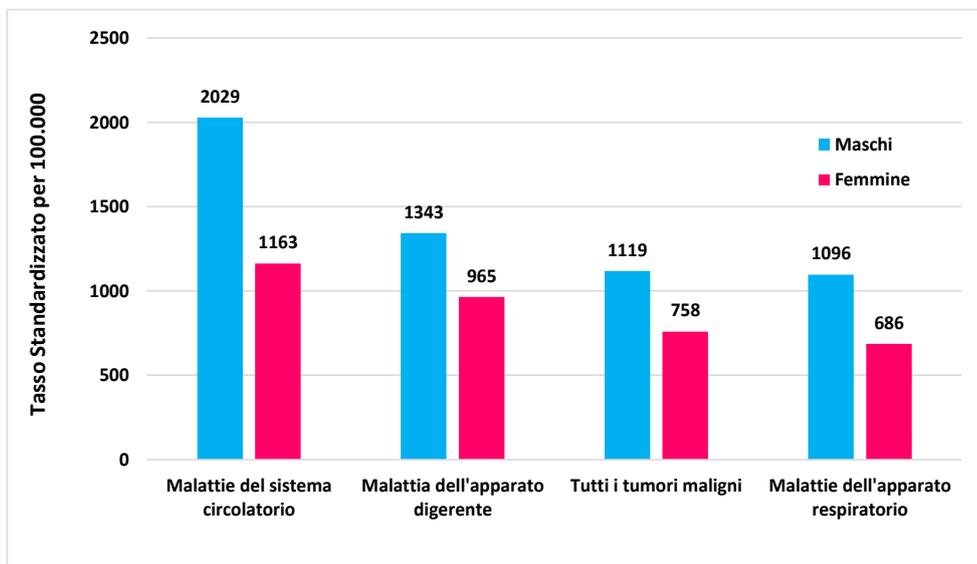
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

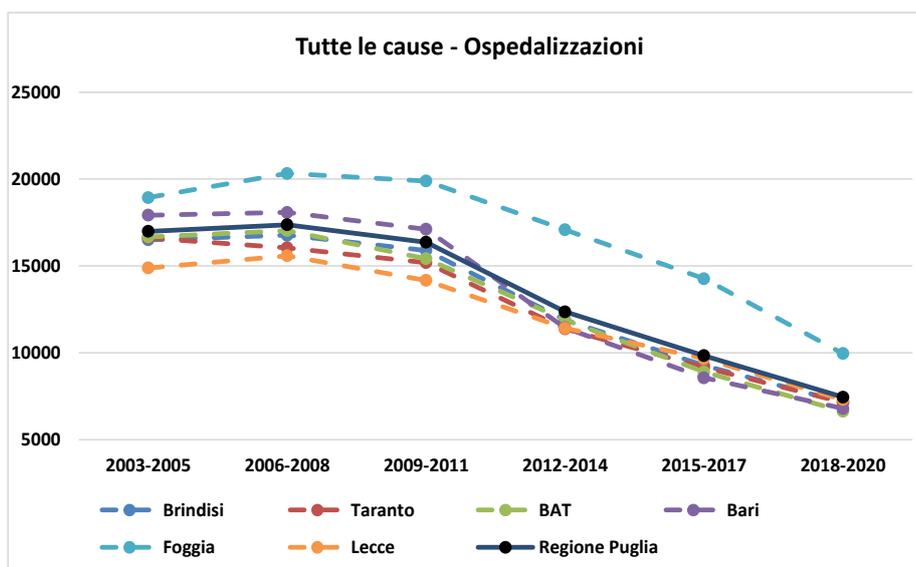
Figura 2.1.2b - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per le prime 4 cause più frequenti di ricovero per genere per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

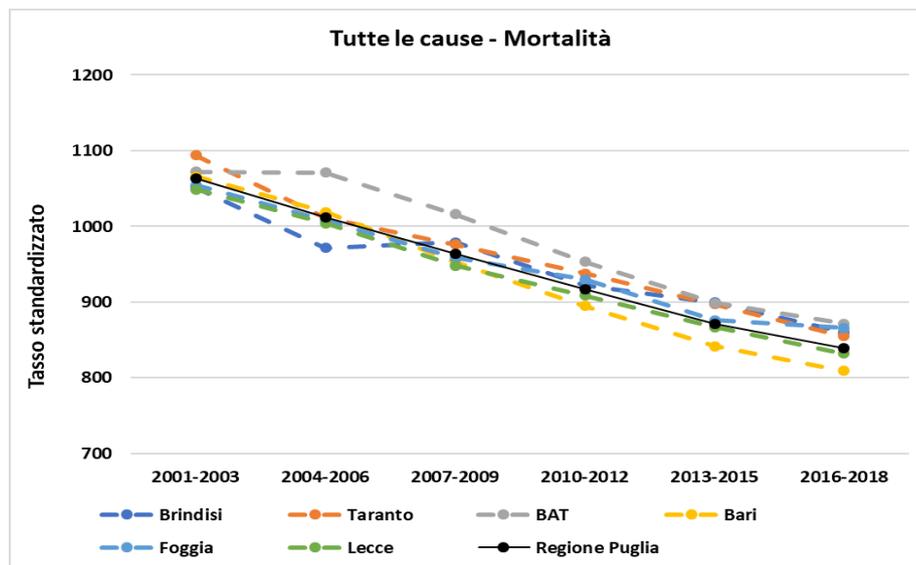
Figura 2.1.3 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL

26.



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.4 - 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



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

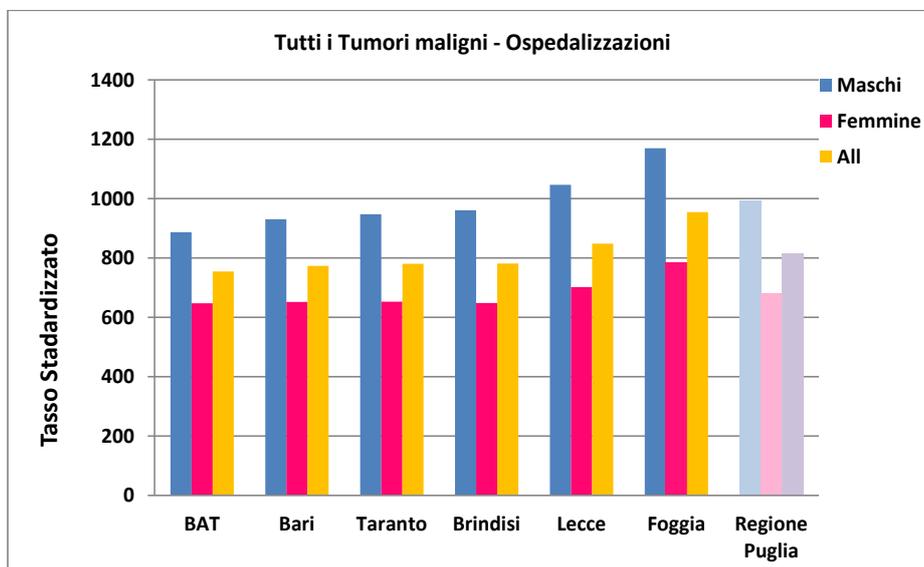
Tabella 2.1.2 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020

27.

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	5759	961	940;982	4587	649	633;665	10346	782	769;795
Taranto	8453	948	931;965	6658	653	639;666	15111	781	770;791
BAT	4930	887	866;908	4056	647	631;665	8986	755	742;768
Bari	17504	930	919;942	14086	652	643;661	31590	773	766;781
Foggia	10699	1170	1151;1189	8220	785	771;800	18919	954	943;966
Lecce	13076	1047	1032;1062	10391	702	691;714	23467	848	839;858
Regione Puglia	60421	993	986;999	47998	682	677;689	108419	817	813;821

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

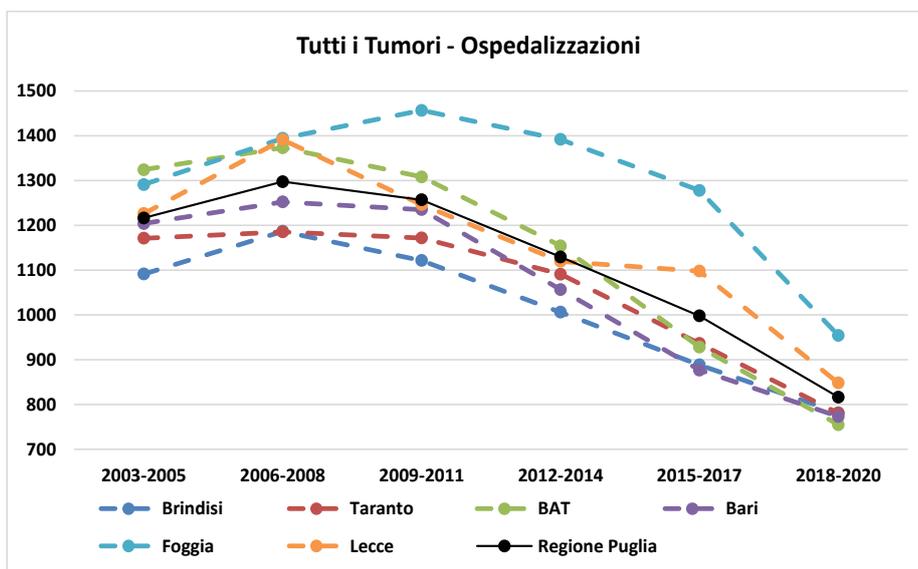
Figura 2.1.5 - Tasso di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

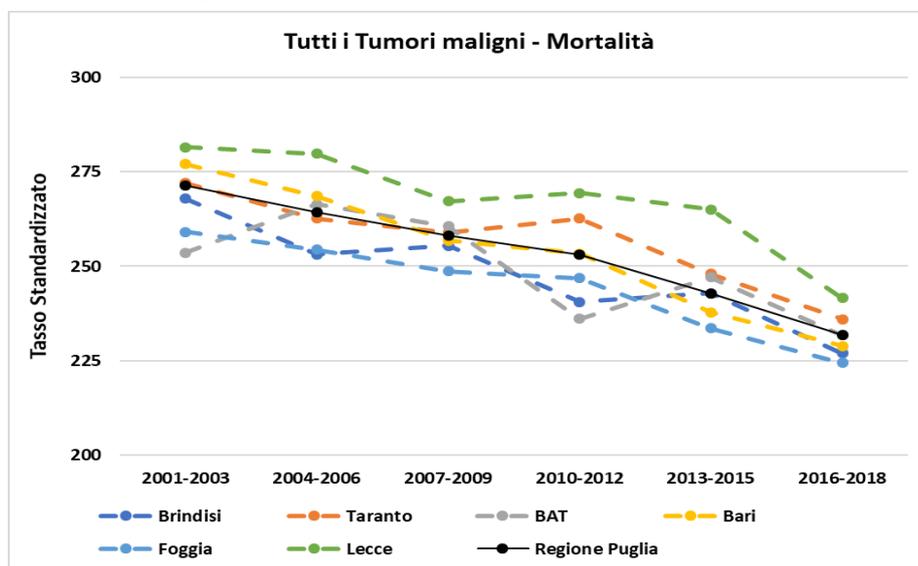
Figura 2.1.6 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 per tutti i tumori maligni

28.



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.7 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

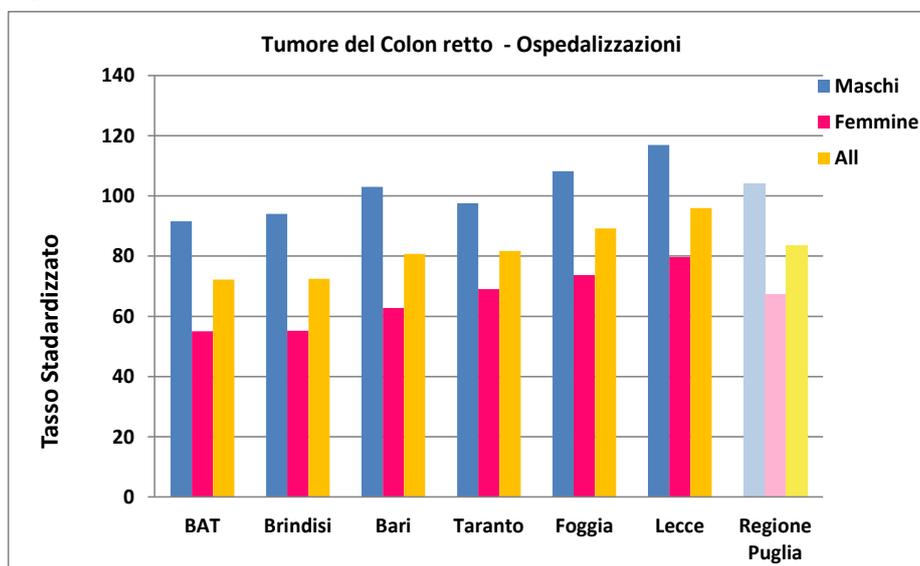
Tabella 2.1.3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020

29.

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	569	94	88;101	415	55	51;60	984	72	69;76
Taranto	875	98	92;103	743	69	65;73	1618	82	78;85
BAT	507	92	85;99	353	55	50;60	860	72	68;76
Bari	1934	103	99;107	1412	63	60;66	3346	81	78;83
Foggia	995	108	103;114	816	74	69;78	1811	89	86;93
Lecce	1475	117	112;122	1262	80	76;84	2737	96	93;99
Regione Puglia	6355	104	102;106	5001	67	66;69	11356	84	82;85

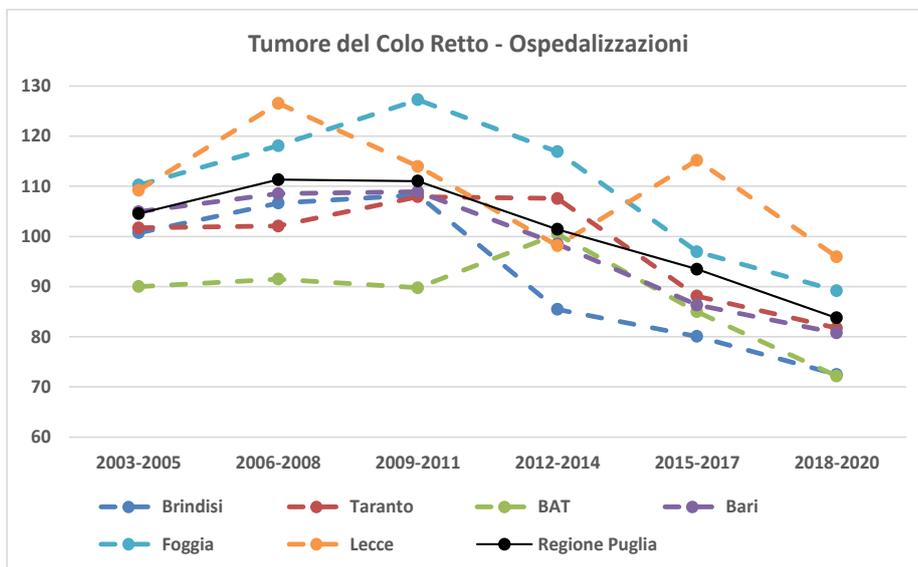
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.8 - Tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

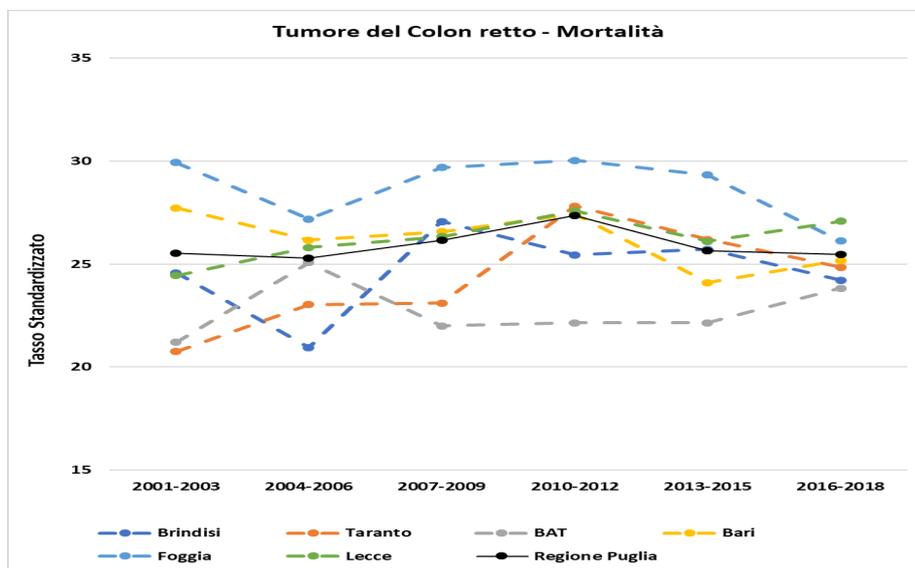
Figura 2.1.9 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.10 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del colon retto

30.



31.

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

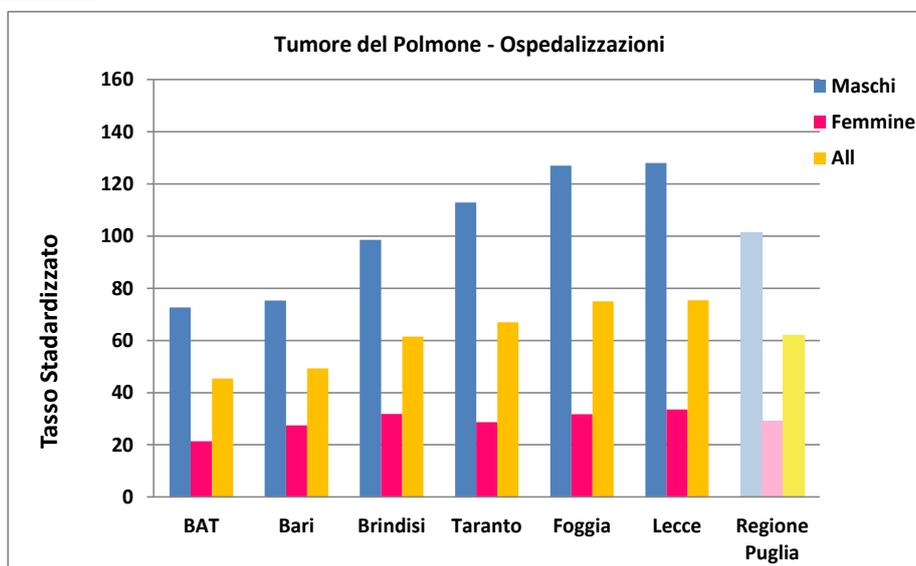
Tabella 2.1.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020

32.

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	598	99	92;105	225	32	28;36	823	62	58;65
Taranto	1018	113	107;119	297	29	26;32	1315	67	4;70
BAT	402	73	67;79	133	21	18;25	535	45	42;49
Bari	1418	75	72;79	595	27	26;29	2013	49	48;51
Foggia	1162	127	121;133	334	32	29;35	1496	75	72;78
Lecce	1614	128	123;133	497	34	31; 36	2111	75	73;78
Regione Puglia	60421	93	99;104	2081	29	28;31	8293	62	61;63

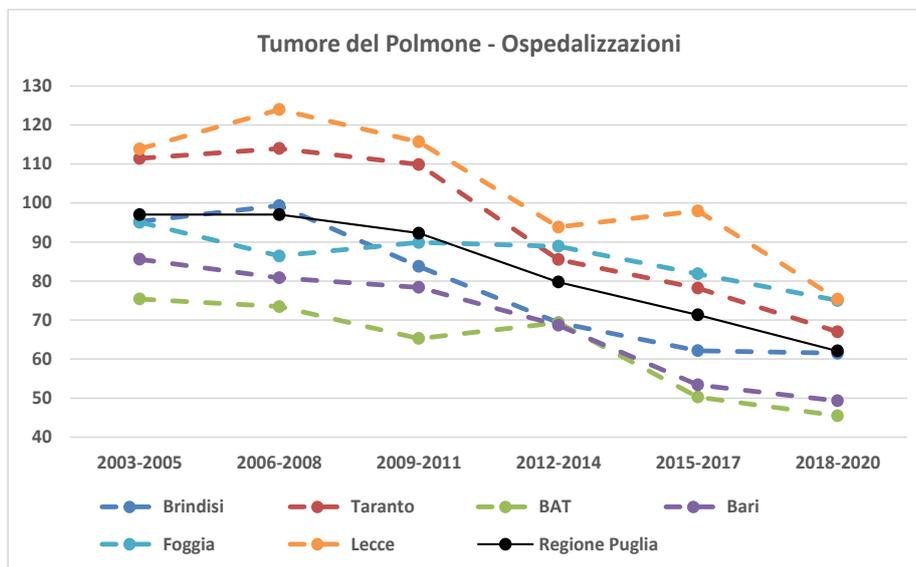
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.11 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020



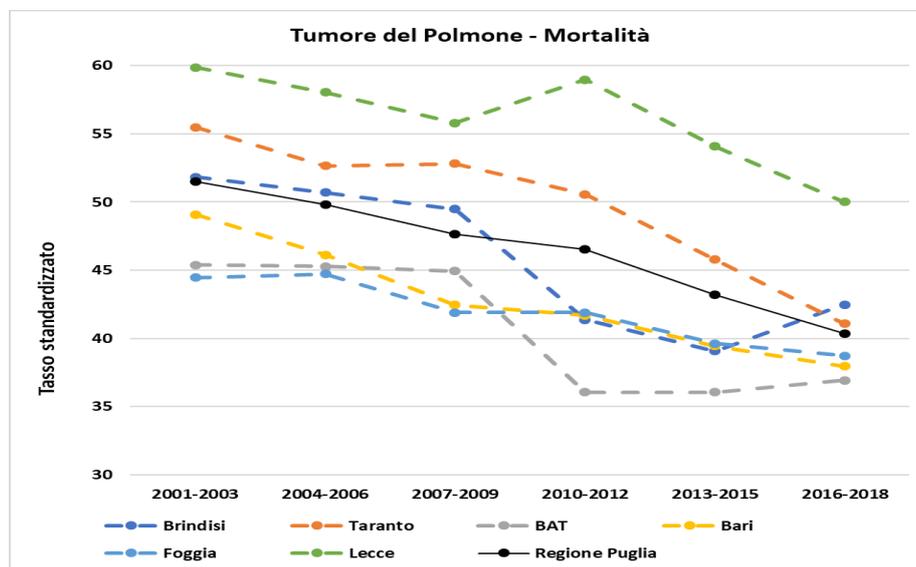
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.12 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.13 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del polmone



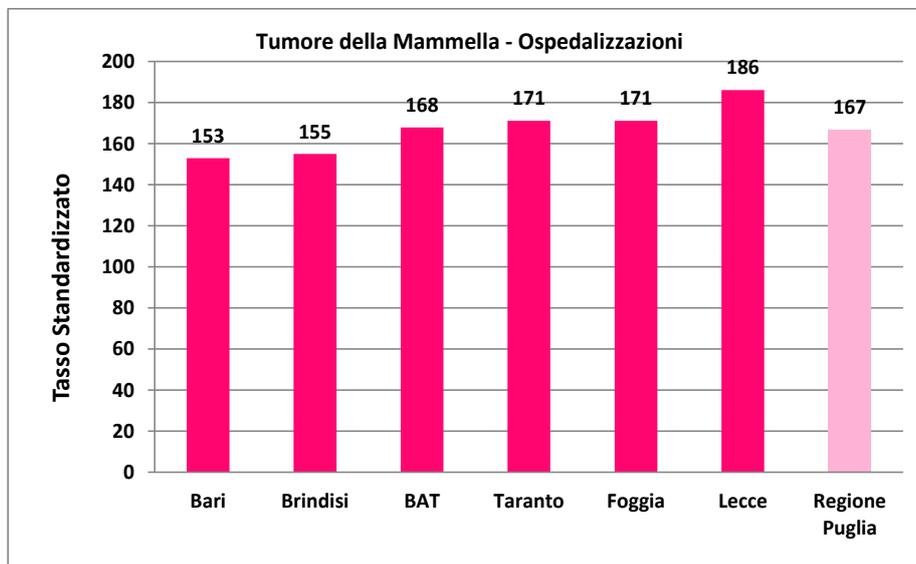
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Tabella 2.1.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020

Asl	Femmine		
	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	1071	155	147; 163
Taranto	1717	171	164;178
BAT	1056	168	160;177
Bari	3274	153	149;157
Foggia	1747	171	164;178
Lecce	2675	186	180;192
Regione Puglia	11540	167	164;169

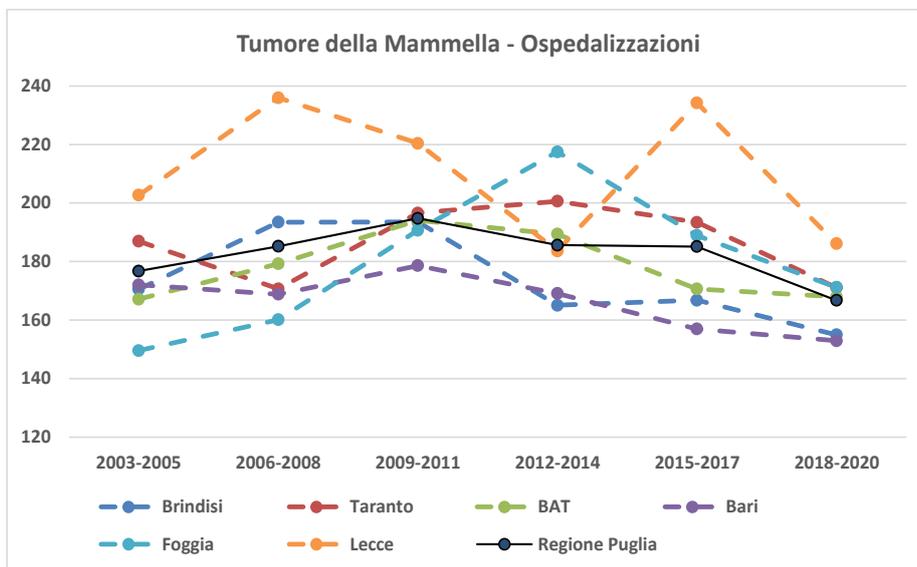
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.14 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020



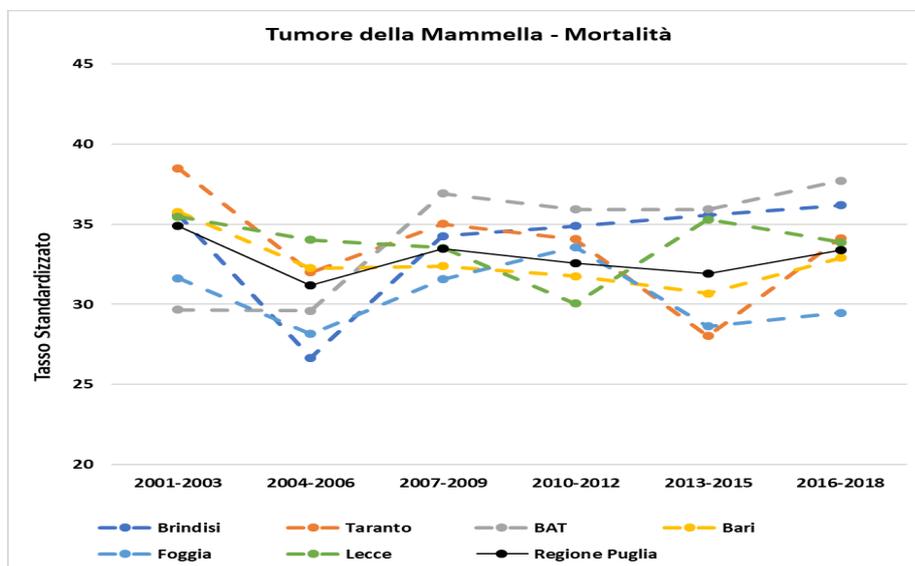
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.15 - 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 2.1.16 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore della mammella



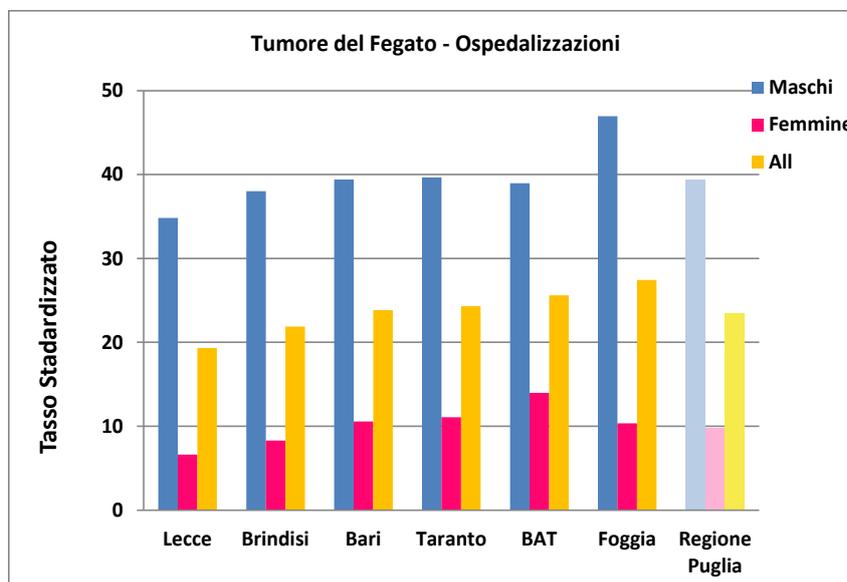
33.

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Tabella 2.1.6 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020

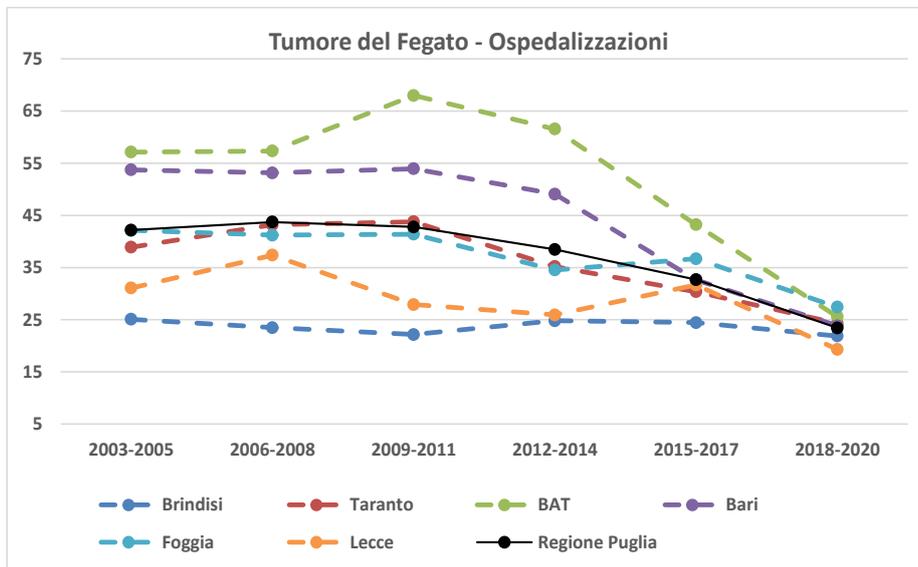
Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	229	38	34;43	64	8	7;10	293	22	20;24
Taranto	358	40	36;43	119	11	9;13	477	24	23;26
BAT	219	39	35;44	90	14	12;17	309	26	23;28
Bari	747	39	37;42	236	11	9;12	983	24	1
Foggia	433	47	43;51	114	10	9;12	547	27	26;29
Lecce	439	35	32;38	110	7	6;8	549	19	18;21
Regione Puglia	2425	39	38;41	733	10	9;10	3158	23	23;24

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.17 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

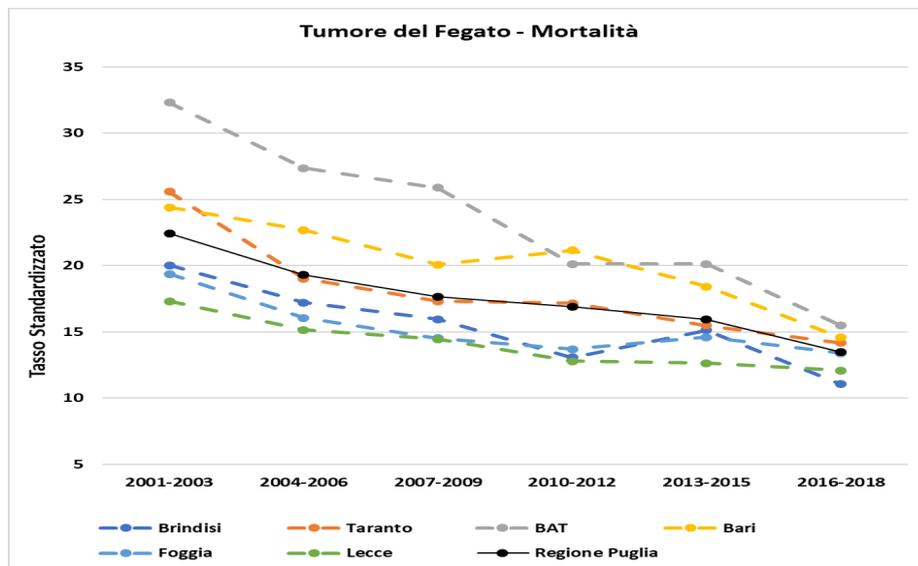
Figura 2.1.18 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.19 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del fegato

34.



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Tavola 2.1.20 Tasso di mortalità infantile M+F**Tasso mortalità infantile M+F per provincia
(per 10.000 nati vivi)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 Foggia	60,11	51,97	22,69	21,66	37,59	32,33	26,77		
2 Bari	22,81	32,74	33,86	30,25	21,59	22,35	19,06		
3 Taranto	6,22	20,46	40,19	27,27	21,2	43,55	23,68		
4 Brindisi	12,31	25,82	30,8	38,68	22,3	34,23	24,67		
5 Lecce	47,8	30,06	24,48	23,02	25,61	35,54	17,77		
6 Barletta-Andria-Trani	12,06	26,13	15,99	24,64	64,23	46,59	24,25		
7 PUGLIA	29,1	32,24	29,14	27,3	29,3	32,85	21,75		

**Tasso mortalità infantile M+F Puglia vs Italia
(per 10.000 nati vivi)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 Puglia	29,1	32,24	29,14	27,3	29,3	32,85	21,75		
2 Italia	29,61	27,78	28,96	28,13	27,55	28,79	25,04		

Fonte: Health for All

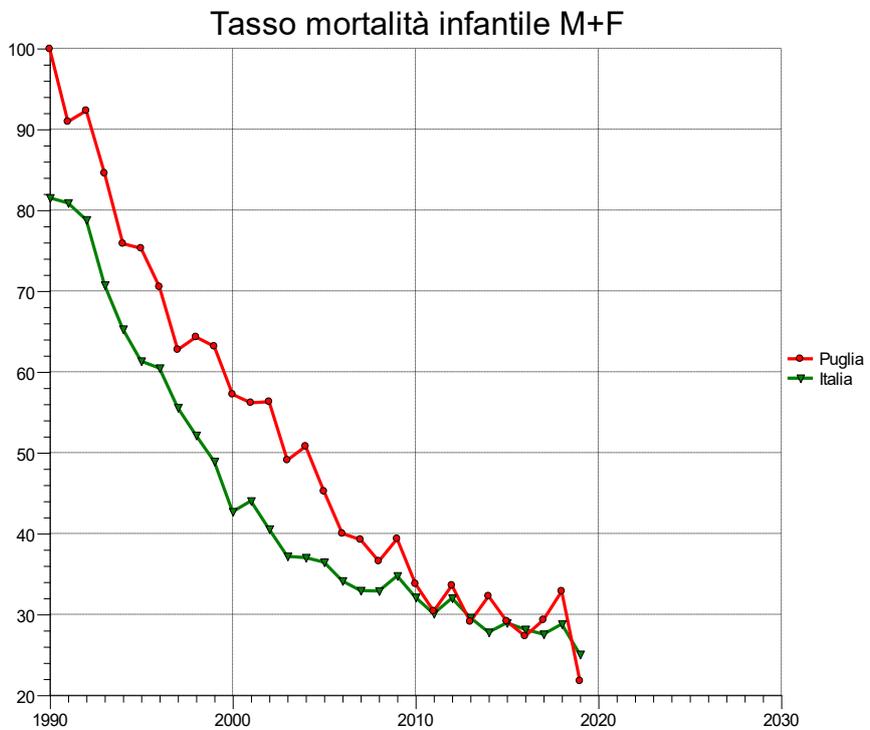


Tavola 2.1.21 Tassi di mortalità per causa

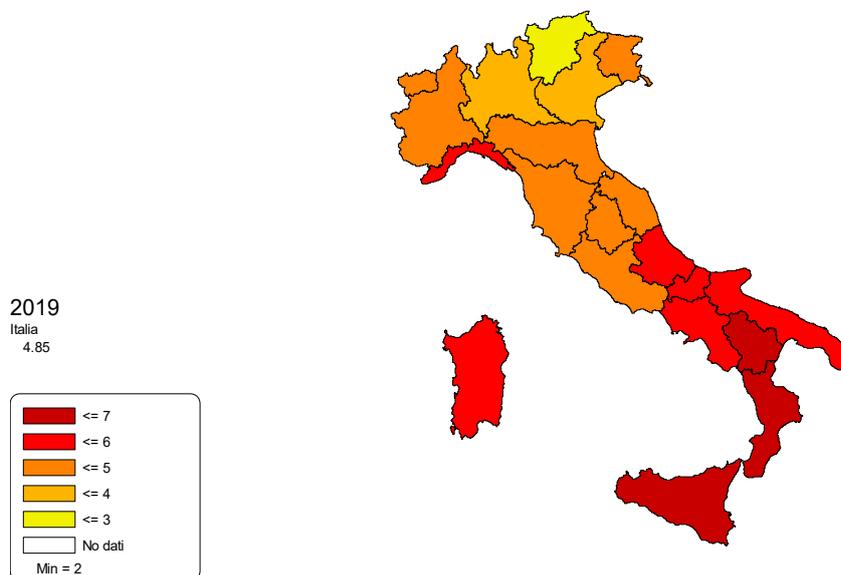
**Tasso mortalità malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F
(per 10.000)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 Puglia	5,1	5,06	5,65	5,17	5,9	5,51	5,69		
2 Italia	4,41	4,28	4,8	4,54	4,85	4,66	4,85		

Tasso mortalità malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 Foggia	5,35	5,72	6,28	5,89	6,89	5,85	7,27		
2 Bari	5,02	5,17	5,82	5,48	5,65	5,46	5,39		
3 Taranto	5,25	5,23	5,6	5,34	6,46	6,48	6,09		
4 Brindisi	5,54	5,33	5,78	5,63	5,68	5,63	5,61		
5 Lecce	4,73	4,49	5,25	4,26	5,53	4,84	5		
6 Barletta-Andria-Trani	5,04	4,26	4,9	4,22	5,26	4,97	5		
7 PUGLIA	5,1	5,06	5,65	5,17	5,9	5,51	5,69		

Tasso mortalità malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F



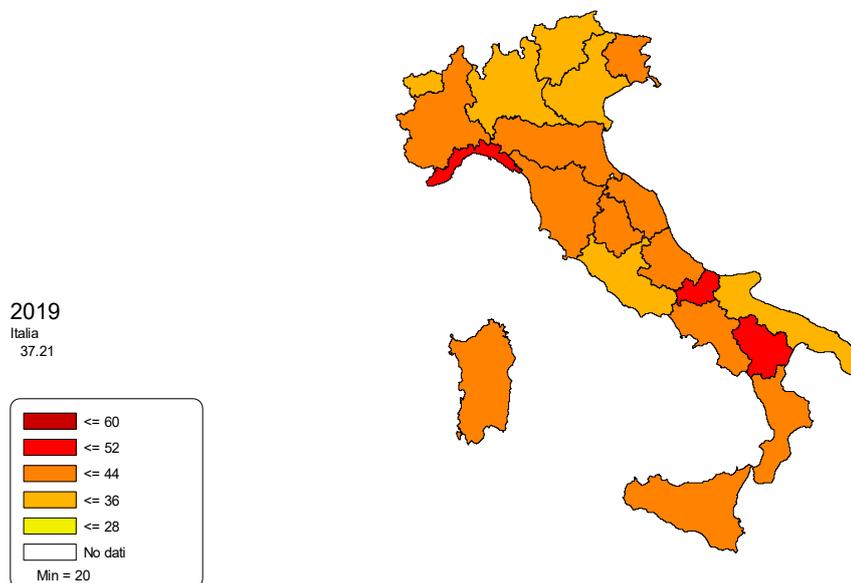
**Tasso mortalità malattie sistema circolatorio M+F
(per 10.000)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Puglia	32,14	32,62	35,29	32,38	36,21	34,08	34,95
2 Italia	36,72	36,03	39,23	36,38	38,28	36,49	37,21

Tasso mortalità malattie sistema circolatorio M+F

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Foggia	33,26	34,04	37,75	34,73	39,65	36,36	37,02
2 Bari	29,17	29,14	31,27	28,66	32,53	30,38	31,8
3 Taranto	34,01	35,12	37,11	34,56	37,36	35,57	36,92
4 Brindisi	34,56	35,49	38,96	35,74	40,3	39,22	37,31
5 Lecce	36,16	35,84	39,56	35,82	39,43	37,08	38,37
6 Barletta-Andria-Trani	26,3	28,27	29,14	26,87	30,09	28,8	29,53
7 PUGLIA	32,14	32,62	35,29	32,38	36,21	34,08	34,95

Tasso mortalità malattie sistema circolatorio M+F



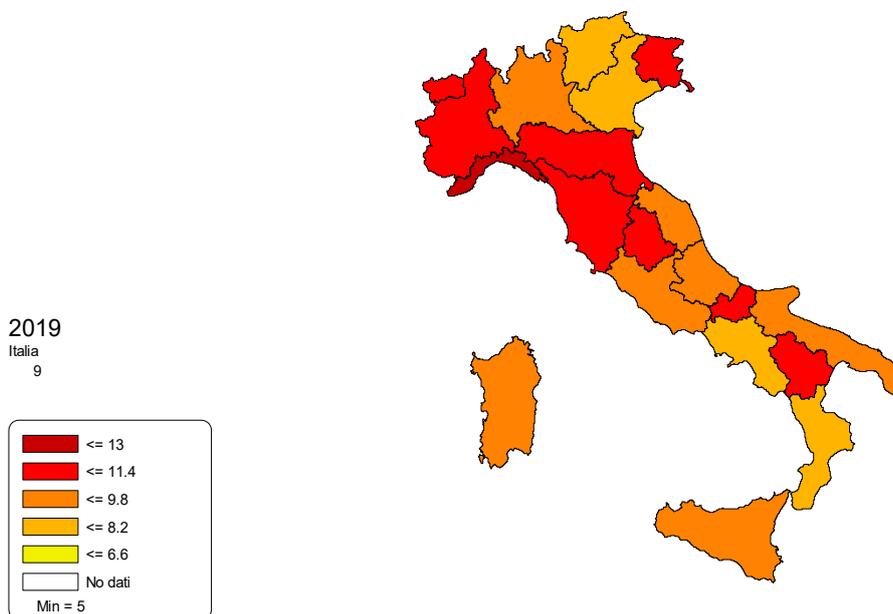
**Tasso mortalità malattie apparato respiratorio M+F
(per 10.000)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Puglia	5,83	6,16	7,39	6,84	8,26	7,92	8,26
2 Italia	6,9	6,81	7,96	7,65	8,79	8,58	9

Tasso mortalità malattie apparato respiratorio M+F

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Foggia	5,29	5,29	6,74	6,59	7,07	6,88	6,5
2 Bari	4,98	5,5	6,16	5,64	6,82	6,42	7,18
3 Taranto	5,46	5,75	6,83	5,59	7,8	7,29	9,41
4 Brindisi	7,01	7,3	7,71	7,57	8,84	8,43	8,85
5 Lecce	7,24	7,71	10,22	9,74	11,71	11,57	10,71
6 Barletta-Andria-Trani	5,9	5,99	7,08	6,26	7,88	7,37	7,23
7 PUGLIA	5,83	6,16	7,39	6,84	8,26	7,92	8,26

Tasso mortalità malattie apparato respiratorio M+F



**Tasso mortalità malattie apparato digerente M+F
(per 10.000)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Puglia	3,46	3,61	3,7	3,61	3,61	3,76	3,78
2 Italia	3,74	3,68	3,81	3,71	3,81	3,82	3,88

Tasso mortalità malattie apparato digerente M+F

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Foggia	4,07	3,97	4,06	4,45	3,73	4,22	3,96
2 Bari	3,36	3,63	3,46	3,33	3,54	3,58	3,46
3 Taranto	3,34	3,55	3,53	3,81	3,33	3,82	4,05
4 Brindisi	3,32	3,54	4,58	3,59	3,51	3,17	3,83
5 Lecce	3,26	3,69	3,7	3,34	3,8	3,98	3,83
6 Barletta-Andria-Trani	3,51	2,94	3,27	3,41	3,78	3,69	3,94
7 PUGLIA	3,46	3,61	3,7	3,61	3,61	3,76	3,78

Tasso mortalità malattie apparato digerente M+F

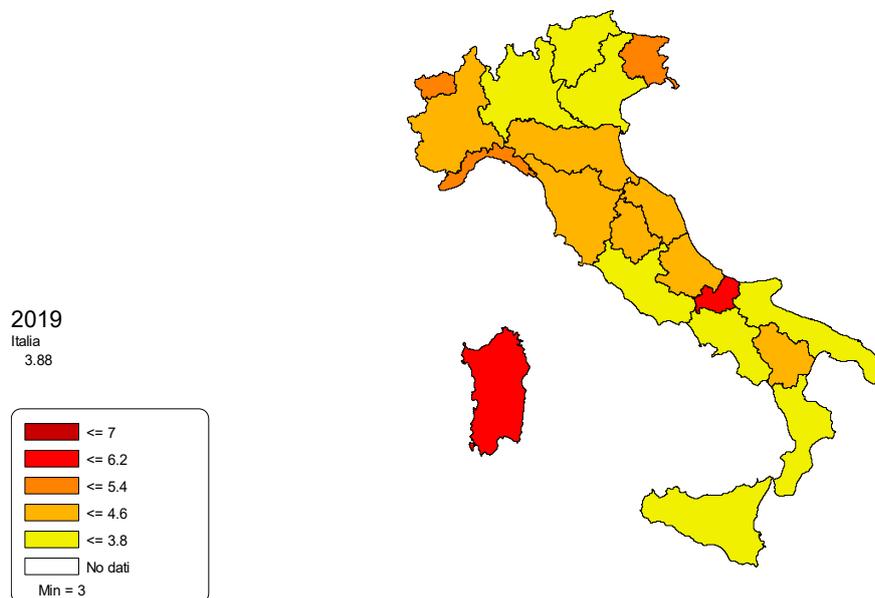


Tavola 2.1.22 Tasso dimissioni malattie infettive, parassitarie

**Tasso dimissioni malattie infettive, parassitarie M+F
(tassi per 10.000 abitanti)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 Foggia	41,23	41,43	42,95	32,17	29,88	25,41	23,3	18,46
2 Bari	32,16	30,11	28,69	23,6	22,97	20,94	21,24	15,29
3 Taranto	22,04	20,7	19,57	19,05	18,39	16,75	16,41	10,53
4 Brindisi	28,22	29,29	30,6	25,13	20,55	21,12	22,21	14,08
5 Lecce	32,18	27,85	25,31	21,19	18,59	17	17,17	11,26
6 Barletta-Andria-Trani	35,72	29,99	30,46	25,72	22,81	19,2	16,34	11,28
7 PUGLIA	32,07	29,97	29,28	24,15	22,27	20,1	19,68	13,79

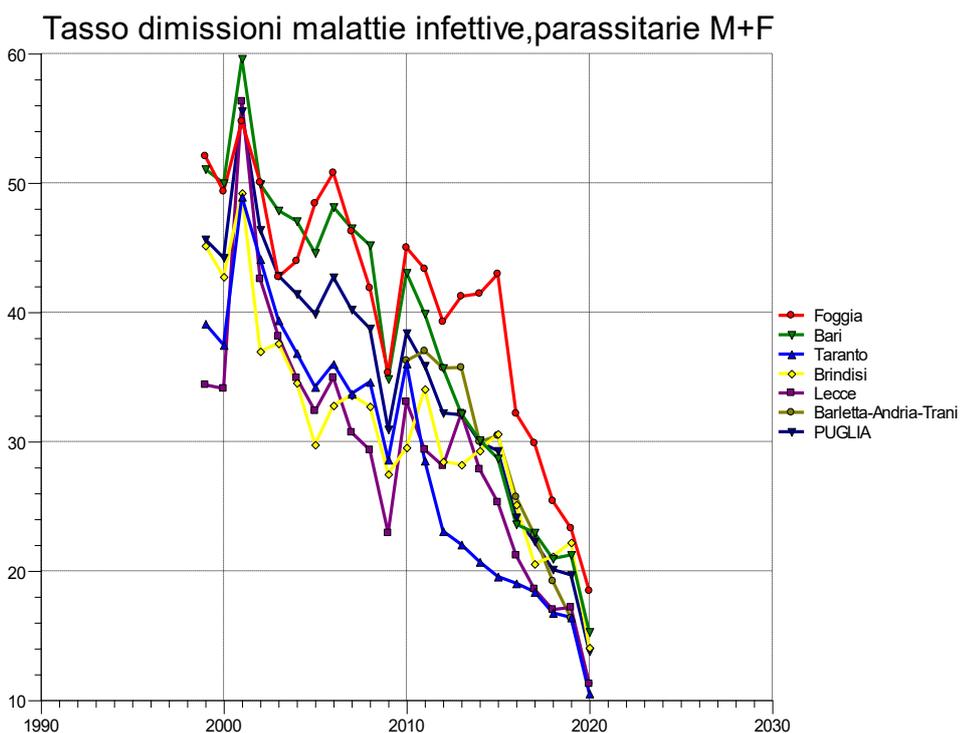


Tavola 2.1.23 Tasso dimissioni malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F

**Tasso dimissioni malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F
(tassi per 10.000 abitanti)**

Aree	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 Foggia	74,76	70,96	75,32	69,02	67,31	56,05	51,39	29,21
2 Bari	53,33	51,34	47,14	35,84	40,39	37,7	36,29	20,19
3 Taranto	52,7	49,5	47,9	39,95	41,93	42,52	41,98	24,05
4 Brindisi	49,26	45,99	40,76	31,34	30,83	29,82	31,22	21,95
5 Lecce	44,27	42,76	43,29	34,17	30,89	25,62	27,22	15,4
6 Barletta-Andria-Trani	51,87	58,97	66,33	47,91	51,47	52,15	49,25	24,52
7 PUGLIA	54,23	52,64	52,08	41,96	43,03	39,47	38,4	21,77

**Tasso dimissioni malattie ghiandole
endocrine,nutrizione,metabolismo M+F**

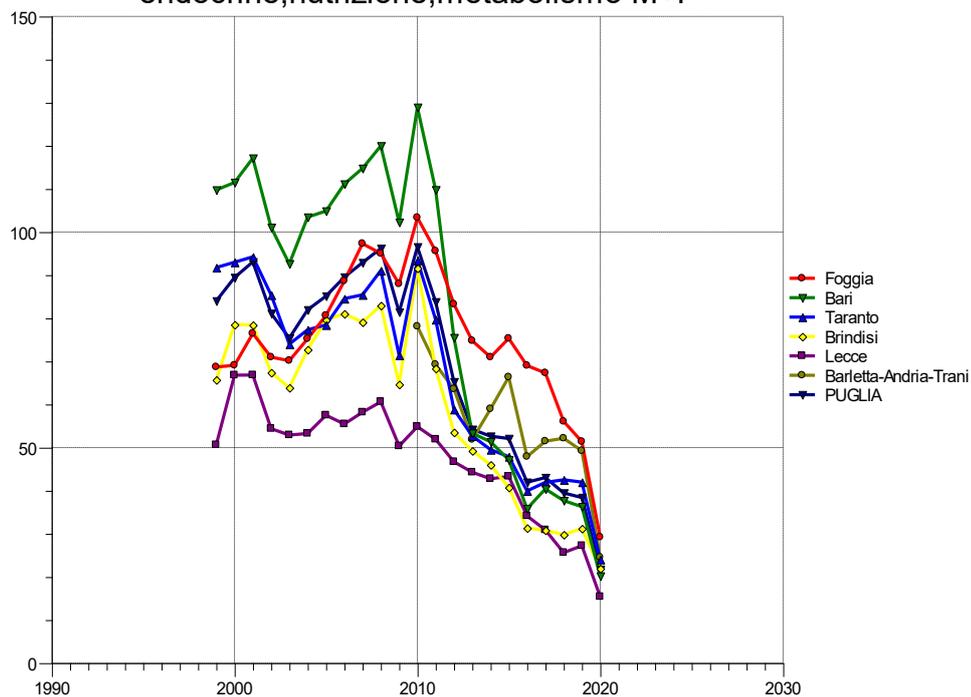


Tabella 2.2.1 – Percezione dello stato di salute - Sorveglianza PASSI (2017-2020) – Confronto Puglia vs Italia

	Stato di salute percepito positivamente	N. totale medio di giorni in cattiva salute *	N. medio di giorni in cattiva salute fisica	N. medio di giorni in cattiva salute psichica	N. medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
Abruzzo	73.5	3.0	1.9	1.6	1.0
Basilicata	68.4	2.1	1.2	1.2	0.9
Calabria	66.2	2.5	1.5	1.2	1.2
Campania	68.7	3.9	2.4	2.1	1.6
Emilia Romagna	72.0	5.8	2.9	3.5	1.2
Friuli Venezia Giulia	74.2	5.3	2.8	3.0	1.2
Lazio	71.5	3.9	2.2	2.2	1.2
Liguria	71.5	4.7	2.4	2.8	1.2
Lombardia					
Marche	73.5	3.9	1.9	2.5	1.1
Molise	76.3	5.5	2.4	3.6	1.2
Piemonte	72.6	5.0	2.6	3.0	1.3
Provincia di Bolzano	83.1	5.1	2.9	2.6	1.2
Provincia di Trento	79.3	5.4	3.1	3.2	1.4
Puglia	77.4	2.8	1.7	1.6	0.9
Sardegna	64.9	6.5	3.8	3.8	1.9
Sicilia	71.5	3.6	1.9	2.1	1.3
Toscana	70.2	3.7	2.0	2.2	1.1
Umbria	74.0	5.4	2.5	3.4	1.0
Valle d'Aosta	75.7	4.9	2.5	3.0	1.5
Veneto	73.0	5.1	2.6	3.1	1.1
Italia	71.9	4.3	2.3	2.5	1.2

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

Tabella 2.2.2– Cronicità nella popolazione generale: confronto Puglia vs Italia – Sorveglianza PASSI (2017-2020) e PASSI d'Argento (2016-2019).

	<i>18-64 anni</i>		
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *
Abruzzo	85.1	14.9	3.9
Basilicata	82.8	17.2	3.3
Calabria	82.4	17.6	4.9
Campania	79.4	20.7	6.5
Emilia Romagna	80.1	19.9	4.4
Friuli Venezia Giulia	77.1	22.9	5.7
Lazio	81.7	18.3	4.4
Liguria	78.5	21.5	4.5
Lombardia			
Marche	83.3	16.7	3.7
Molise	87.3	12.8	2.1
Piemonte	80.8	19.2	4.5
Provincia di Bolzano	84.4	15.6	3.5
Provincia di Trento	82.6	17.4	2.5
Puglia	86.1	13.9	3.0
Sardegna	75.4	24.7	7.0
Sicilia	82.8	17.2	4.1
Toscana	83.3	16.7	3.1
Umbria	81.3	18.7	3.8
Valle d'Aosta	78.2	21.8	7.0
Veneto	80.9	19.1	3.5
Italia	81.6	18.4	4.4

■ peggiore del valore nazionale ■ simile al valore nazionale ■ migliore del valore nazionale

	>=65 anni		
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *
Abruzzo	42.1	57.9	23.8
Basilicata	39.6	60.4	21.1
Calabria	36.4	63.6	29.3
Campania	27.3	72.7	37.2
Emilia Romagna	39.8	60.2	24.0
Friuli Venezia Giulia	43.1	56.9	22.1
Lazio	39.9	60.1	22.9
Liguria	44.9	55.1	20.9
Lombardia			
Marche	39.1	60.9	25.8
Molise	58.6	41.4	17.5
Piemonte	50.6	49.5	14.8
Provincia di Bolzano	48.0	52.0	17.2
Provincia di Trento	44.2	55.8	21.1
Puglia	31.0	69.0	32.7
Sardegna	39.1	60.9	25.0
Sicilia	40.5	59.5	26.4
Toscana	41.8	58.2	24.3
Umbria	38.5	61.5	26.6
Valle d'Aosta			
Veneto	42.8	57.2	22.7
Italia	39.2	60.8	25.7

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

* Le patologie indagate sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale

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

Tabella 2.2.3– **Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: Italia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%) 2017-2020.**

18-64 anni			
n = 111249	%	IC95% inf	IC95% sup
Malattie respiratorie croniche	6.8	6.6	7
Cardiopatie	4.8	4.6	5
Diabete	4.7	4.5	4.8
Tumori	4	3.9	4.2
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	1.2	1.1	1.3
Insufficienza renale	1.1	1	1.1
Ictus o ischemia cerebrale	0.8	0.7	0.9

>=65 anni			
n = 55012	%	IC95% inf	IC95% sup
Cardiopatie	28.3	27.7	29
Malattie respiratorie croniche	20.2	19.6	20.8
Diabete	20	19.4	20.6
Tumori	12.9	12.5	13.4
Ictus o ischemia cerebrale	8.1	7.7	8.4
Insufficienza renale	7.9	7.5	8.4
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	4	3.7	4.3

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

Tabella 2.2.4– Comorbidità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche

Tabella 2.2.4.A Popolazione 18-64 anni con almeno una patologia cronica - Sorveglianza PASSI 2017-2020.

18-64 anni				
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	18-34	7.3	6.9	7.7
	35-49	13.0	12.6	13.4
	50-69	29.9	29.4	30.5
Sesso	uomini	18.4	18.0	18.9
	donne	18.3	17.9	18.7
Istruzione	nessuna / elementare	38.2	36.5	39.9
	media inferiore	23.4	22.8	24.0
	media superiore	15.5	15.1	15.8
Difficoltà economiche	laurea	13.4	12.9	14.0
	molte	26.7	25.7	27.8
	qualche	19.2	18.7	19.7
Cittadinanza	nessuna	16.0	15.6	16.4
	italiana	18.6	18.3	18.9
	straniera	14.6	13.5	15.7
Macro area di residenza	nord	19.7	19.2	20.1
	centro	17.7	17.1	18.2
	sud e isole	17.8	17.3	18.3

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

Tabella 2.2.4.B - Popolazione ultra65enne - Sorveglianza PASSI d'Argento 2017-2020

>= 65 anni				
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	65-74	52.5	51.4	53.5
	75-84	67.2	66.0	68.3
	85 o più	73.3	71.6	74.9
Sesso	uomini	63.7	62.6	64.7
	donne	58.7	57.7	59.6
Istruzione	nessuna / elementare	66.9	65.8	67.9
	media inferiore	57.9	56.5	59.2
	media superiore	52.9	51.2	54.7
	laurea	51.0	48.5	53.6
Difficoltà economiche	molte	77.6	75.8	79.3
	qualche	65.9	64.6	67.1
	nessuna	53.5	52.5	54.5
Vivere soli	no	61.1	60.3	61.9
	sì	59.5	57.9	61.2
Macro area di residenza	nord	56.2	55.1	57.3
	centro	60.1	58.6	61.6
	sud e isole	65.6	64.4	66.7

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

Tabella 2.2.5 – Diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta- 18-69 anni - Sorveglianza PASSI 2017-2020.

	Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	Iperensione riferita	Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	Ipercolesterolemia riferita	Almeno un fattore di rischio cardiovascolare
Abruzzo	78.5	18.2	78.9	19.2	98.4
Basilicata	75.4	24.8	69.3	21.2	97.9
Calabria	77.6	22.5	79.3	17.1	99.2
Campania	78.3	22.5	80.3	17.1	98.6
Emilia Romagna	85.2	19.1	86.4	27.4	97.6
Friuli Venezia Giulia	84.1	18.6	80.2	22.7	97.5
Lazio	80.9	19.5	80.9	21.2	97.5
Liguria	85.1	19.4	86.0	22.8	95.3
Lombardia					
Marche	83.4	18.6	83.3	25.8	97.1
Molise	73.2	16.3	70.7	19.9	98.5
Piemonte	83.1	19.7	77.4	23.2	96.0
Provincia di Bolzano	78.0	14.4	69.1	22.2	95.7
Provincia di Trento	81.8	16.5	78.8	25.4	95.4
Puglia	78.9	19.9	76.0	15.8	98.8
Sardegna	91.6	19.7	83.0	29.2	95.8
Sicilia	76.6	21.4	71.7	21.0	97.7
Toscana	84.7	16.4	82.0	21.9	97.1
Umbria	84.0	22.0	85.8	24.8	98.1
Valle d'Aosta	75.0	20.3	69.7	22.7	94.3
Veneto	83.6	19.8	78.4	25.5	96.3
Italia	81.4	19.9	79.4	21.7	97.5

■ peggiore del valore nazionale ■ simile al valore nazionale ■ migliore del valore nazionale

Tabella 2.2.6– Diabete: Prevalenza, distribuzione geografica- Sorveglianza PASSI 2017-2020.

	Diabete
Abruzzo	4.3
Basilicata	6.2
Calabria	5.3
Campania	6.5
Emilia Romagna	3.9
Friuli Venezia Giulia	3.9
Lazio	4.3
Liguria	3.6
Lombardia	
Marche	3.9
Molise	3.2
Piemonte	4.3
Provincia di Bolzano	2.4
Provincia di Trento	2.7
Puglia	4.7
Sardegna	5.7
Sicilia	6.0
Toscana	3.8
Umbria	4.2
Valle d'Aosta	4.9
Veneto	3.8
Italia	4.7

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

Tabella 2.2.7- Depressione - Indicatori PASSI 2017-2020

	Sintomi di depressione	Richiesta di aiuto	N. medio di giorni in cattiva salute fisica *	N. medio di giorni in cattiva salute psichica *	N. medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane *
Abruzzo	7.0	58.8	8.2	11.3	6.1
Basilicata	3.8	75.9	10.0	12.3	10.3
Calabria	4.2	68.1	10.5	14.5	11.4
Campania	8.1	59.8	11.7	13.8	10.2
Emilia Romagna	7.5	62.8	8.2	16.6	4.9
Friuli Venezia Giulia	6.7	66.5	7.7	14.7	4.4
Lazio	5.1	67.6	9.9	15.5	8.2
Liguria	6.0	64.1	8.7	17.9	5.3
Lombardia					
Marche	6.6	61.2	7.7	12.7	6.8
Molise	10.1	51.8	5.2	12.2	3.3
Piemonte	8.0	55.7	8.5	14.8	5.7
Provincia di Bolzano	2.6	76.6	9.7	17.4	6.6
Provincia di Trento	4.5	51.7	9.6	16.9	7.4
Puglia	4.5	64.0	12.0	16.9	9.8
Sardegna	8.3	78.1	10.9	19.2	8.7
Sicilia	5.3	56.6	9.1	14.1	10.9
Toscana	4.6	66.7	9.2	16.4	7.3
Umbria	8.6	65.8	7.3	14.1	4.3
Valle d'Aosta	6.4	63.9	11.3	17.0	12.2
Veneto	5.9	56.0	8.1	16.1	5.3
Italia	6.2	61.7	9.4	15.2	7.6

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

* Tra le persone con sintomi di depressione

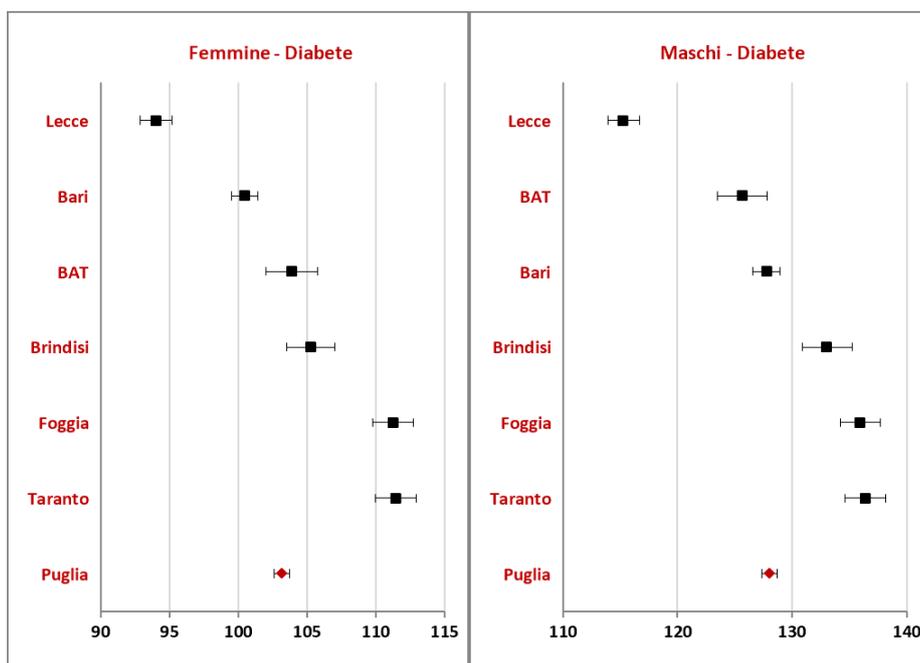
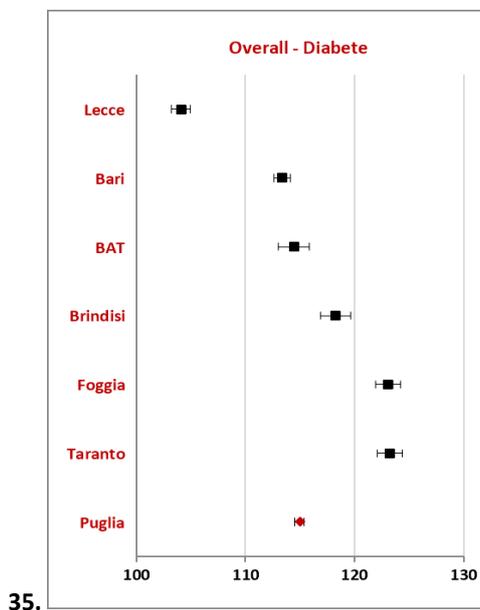
Tabella 2.2.8 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

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

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

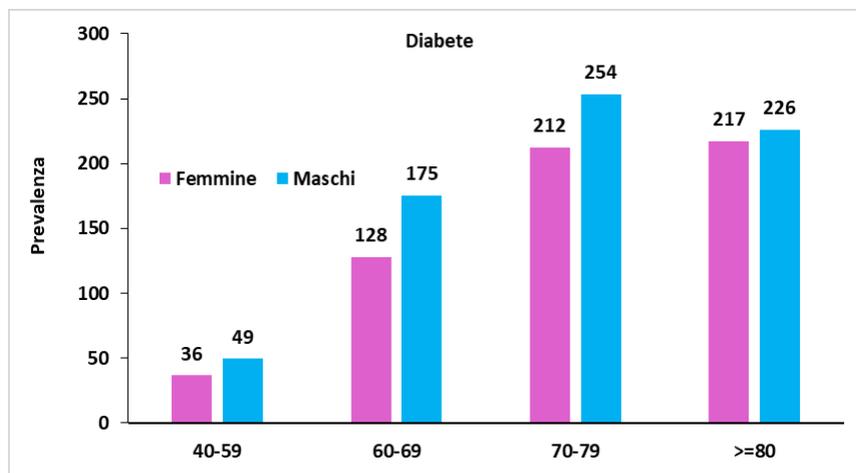
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 2.2.1 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per
ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**



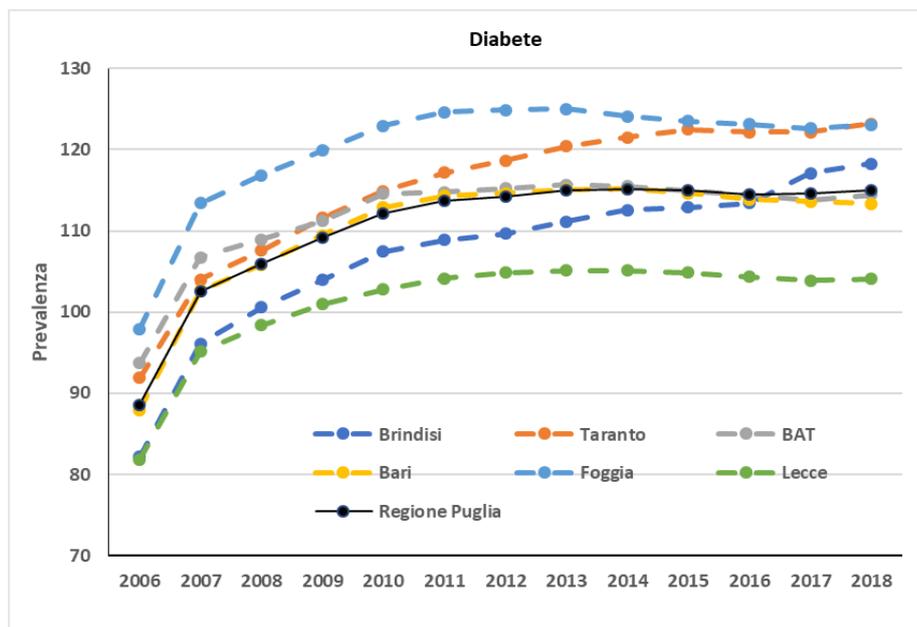
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.2 - 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 2.2.3 – 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

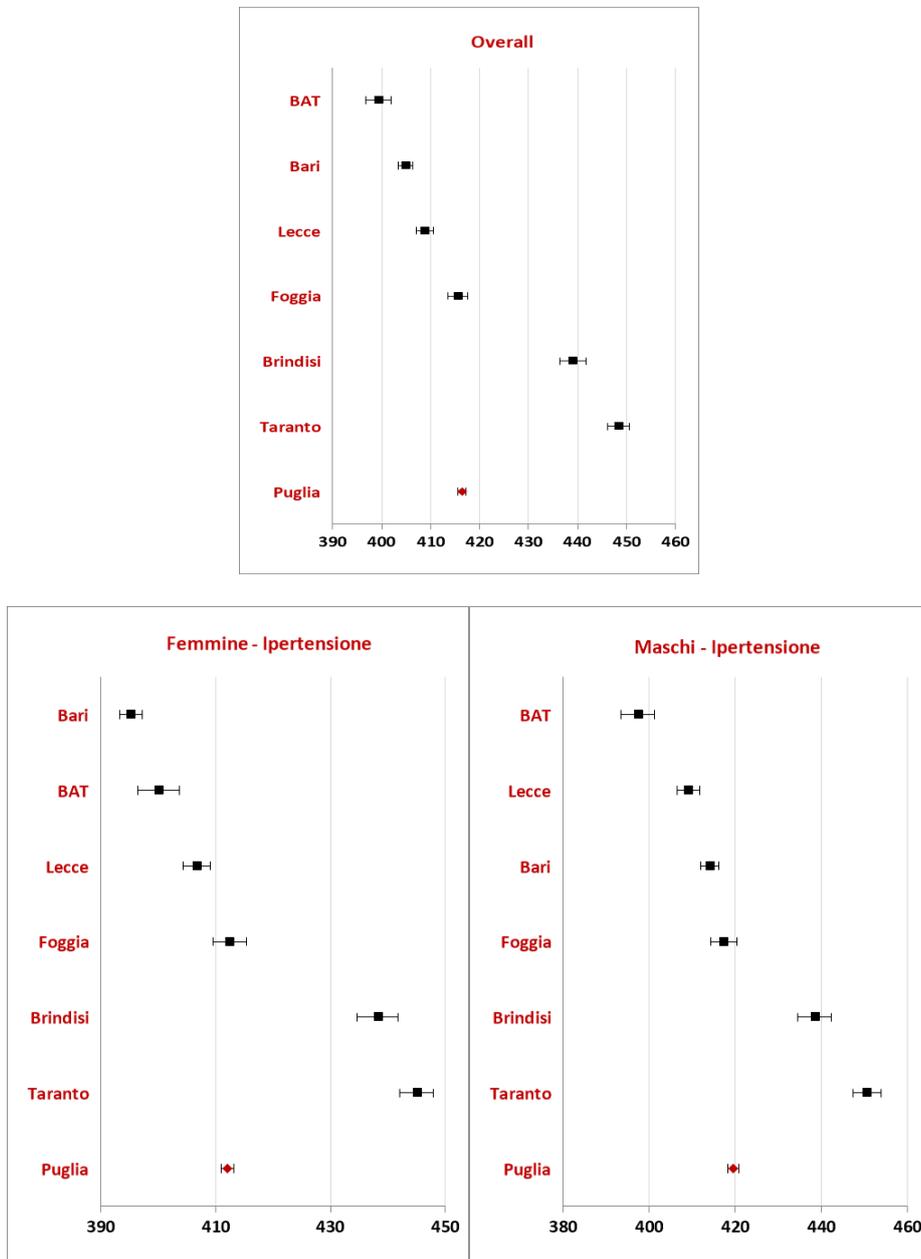
Tabella 2.2.9 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

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
Regione Puglia	1044078	416.4	415.6; 417.2	564773	412.0	411.0; 413.1	479305	419.5	418.4; 420.7

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

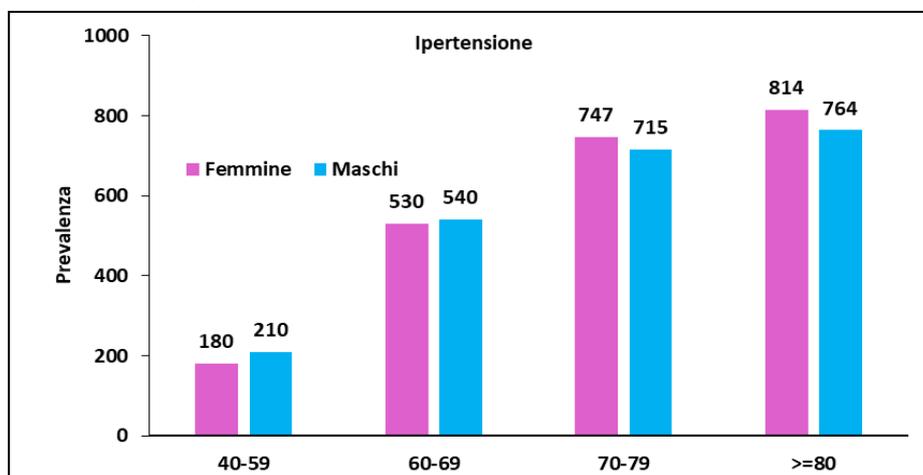
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.4 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018



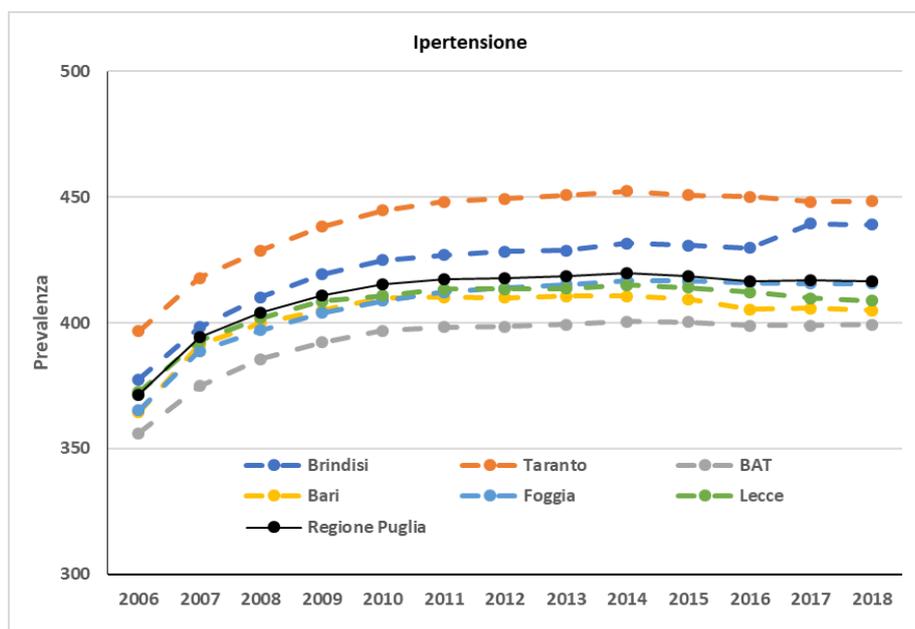
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.5 - Prevalenza dell'ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2018 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.6 – Andamento temporale della prevalenza dell'ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

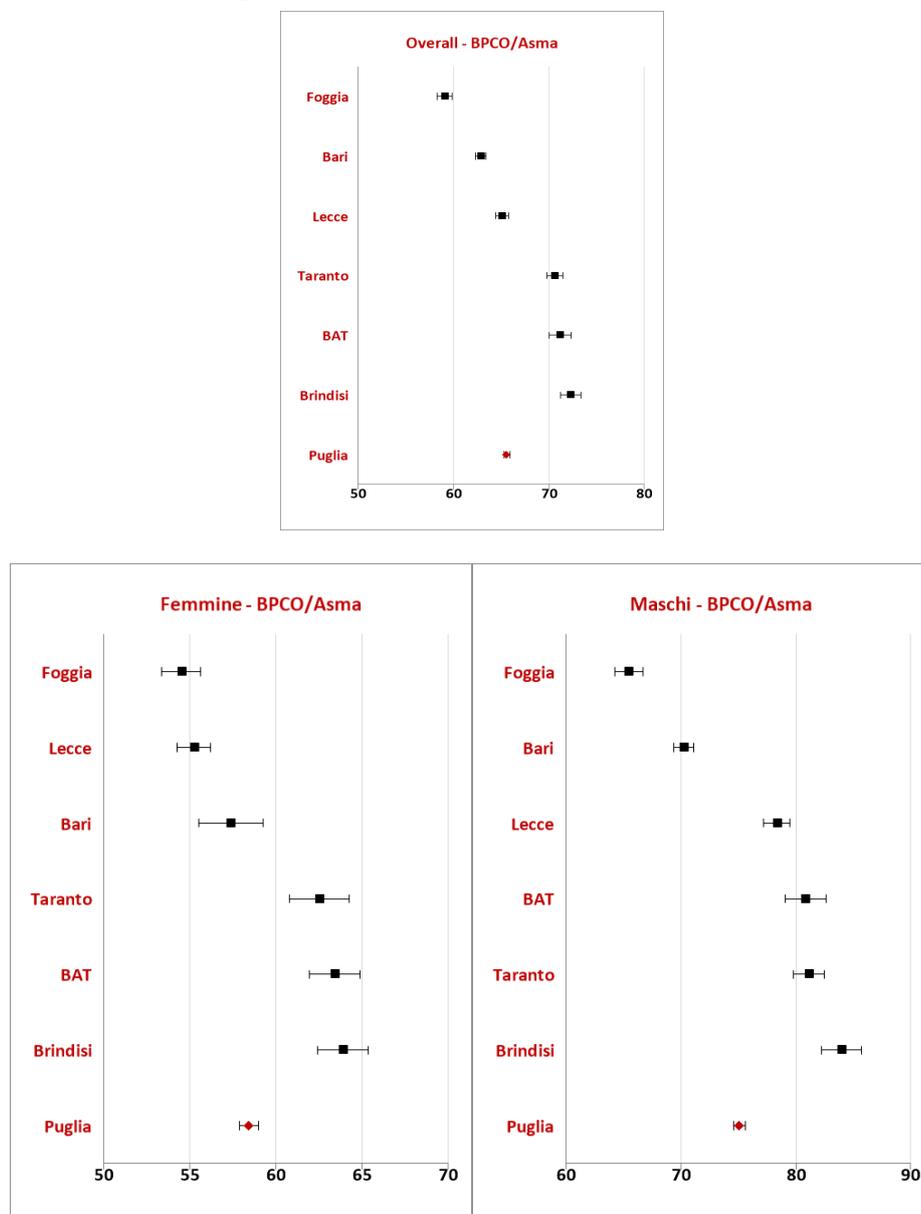
Tabella 2.2.10 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

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

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

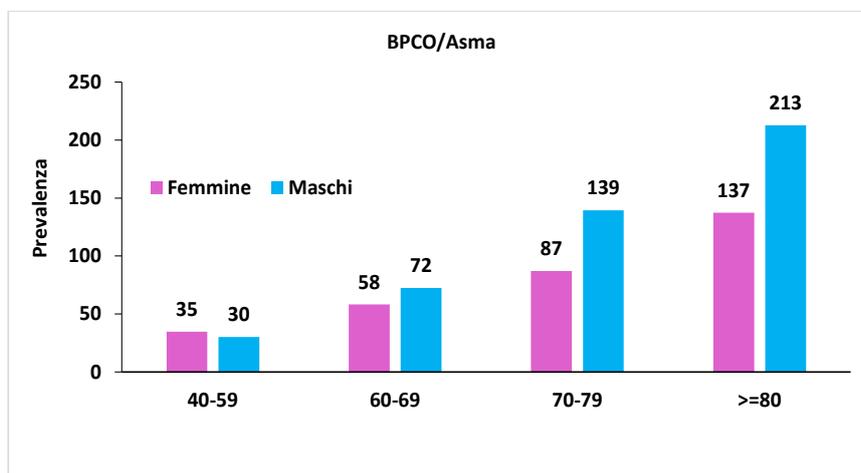
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.7 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2018



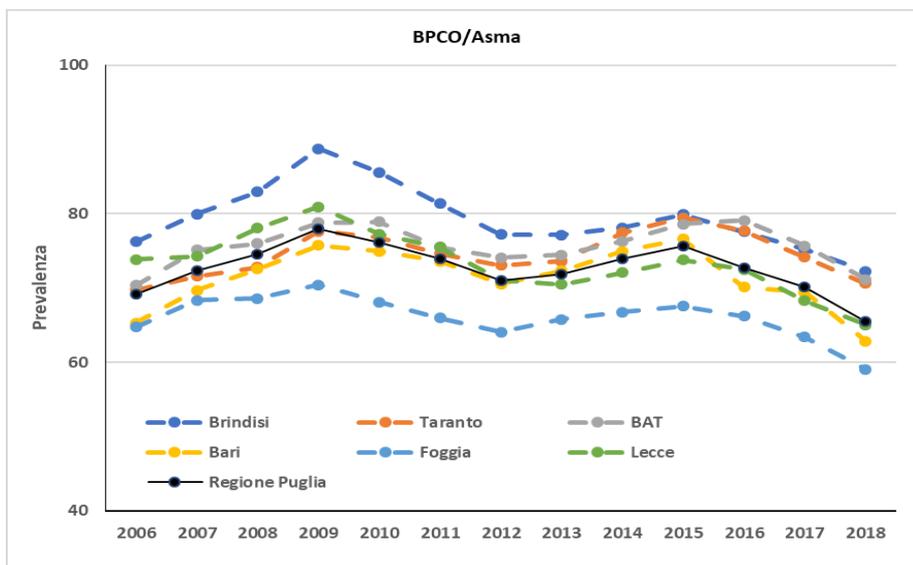
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.8 - 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 2.2.9 – 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

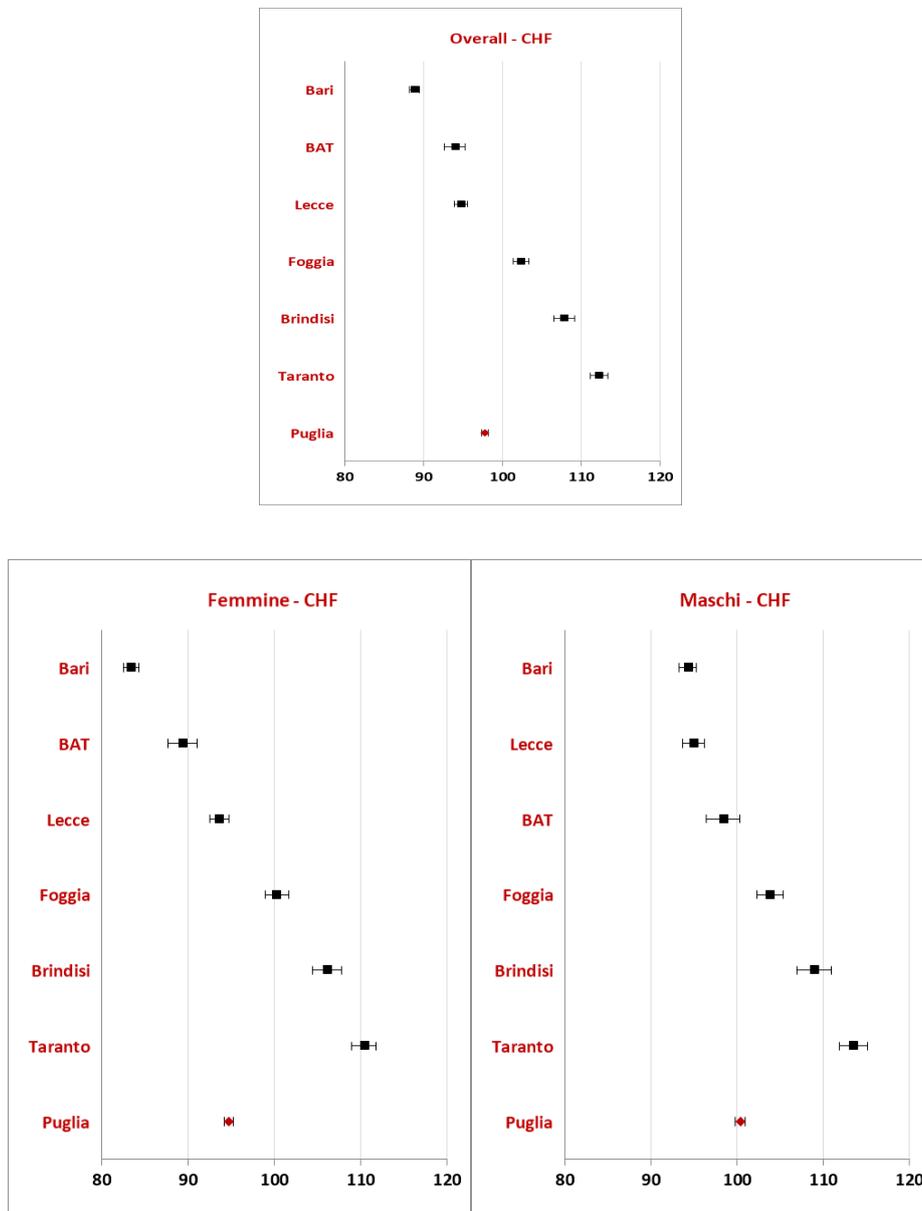
Tabella 2.2.11 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

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

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

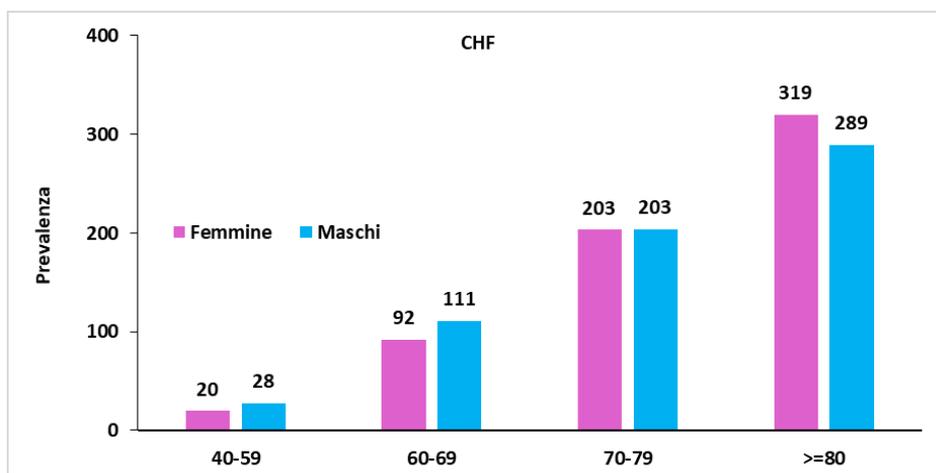
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

**Figura 2.2.10 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per
ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018**



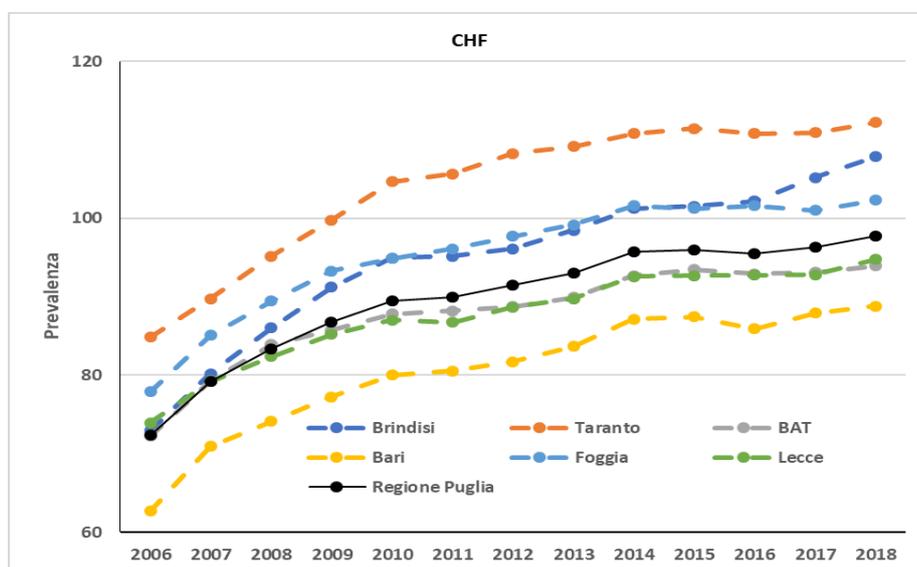
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.11 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2018- tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.12 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



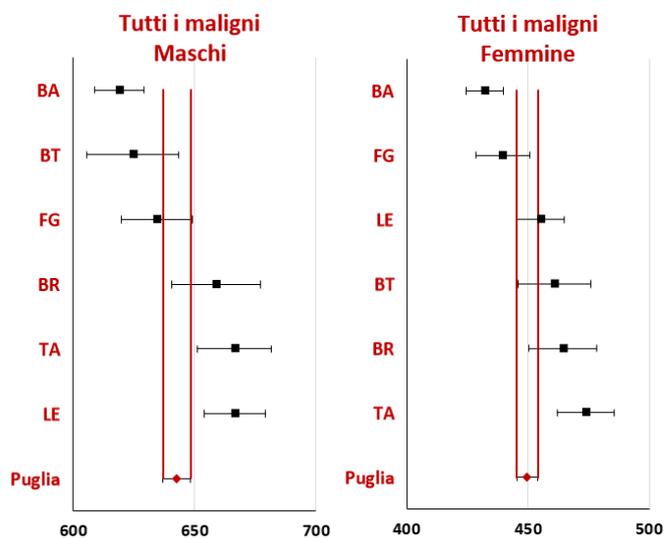
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Tabella 2.3.1 – 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 2.3.1- Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.2 - 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

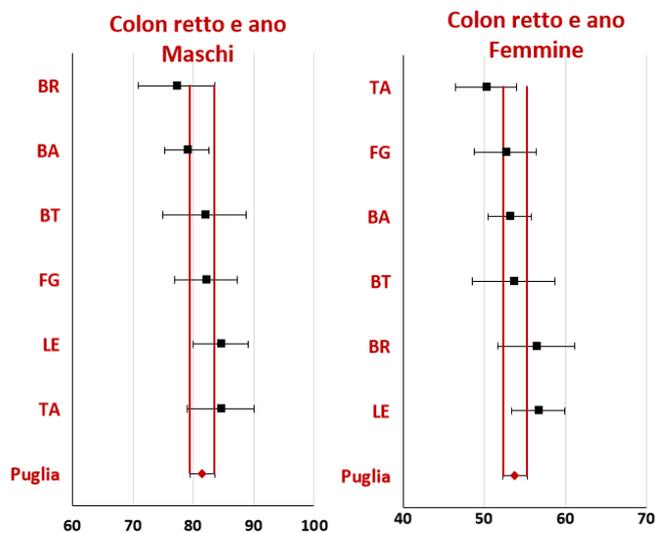
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.3 - 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 2.3.2 - 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

Tabella 2.3.4 - 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

Tabella 2.3.5 - 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%	
Puglia	21,9	20,9	23,0	11,4	10,7	12,1
BA	21,3	19,4	23,1	11,6	10,3	12,8
BR	21,5	18,2	24,8	11,7	9,5	13,8
BT	25,3	21,4	29,1	13,0	10,5	15,5
FG	24,3	21,5	27,2	12,9	11,0	14,8
LE	18,5	16,4	20,6	9,8	8,4	11,2
TA	23,7	20,7	26,6	10,8	9,1	12,6

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Figura 2.3.3 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore dello stomaco

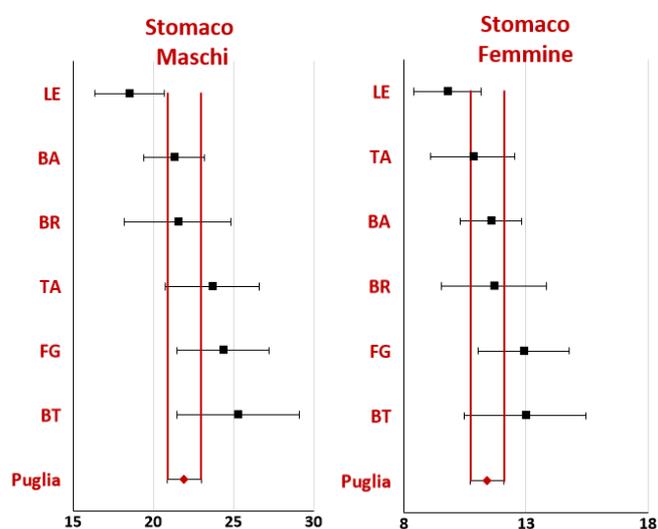


Tabella 2.3.6 - SIR del tumore dello stomaco per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

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	0.85	0.75	- 0.95	0.85	0.74	- 0.98
TA	1.08	0.95	- 1.21	0.95	0.81	- 1.12

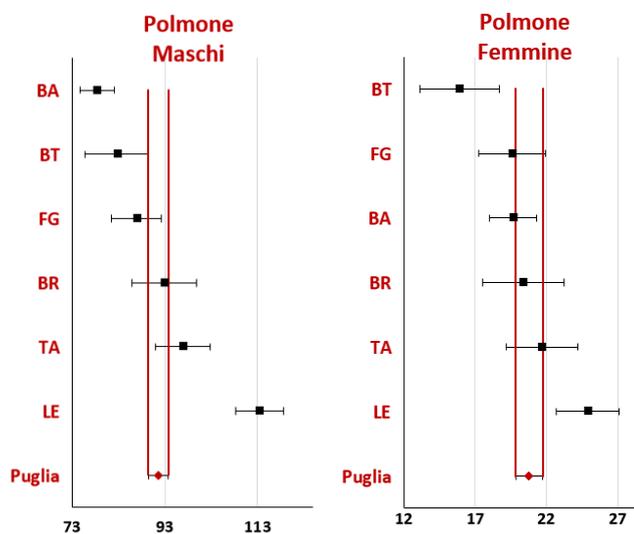
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.7 - 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 2.3.4 - 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

Tabella 2.3.8 - 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

Tabella 2.3.9 - 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 2.3.5 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tumore della vescica (maligno)

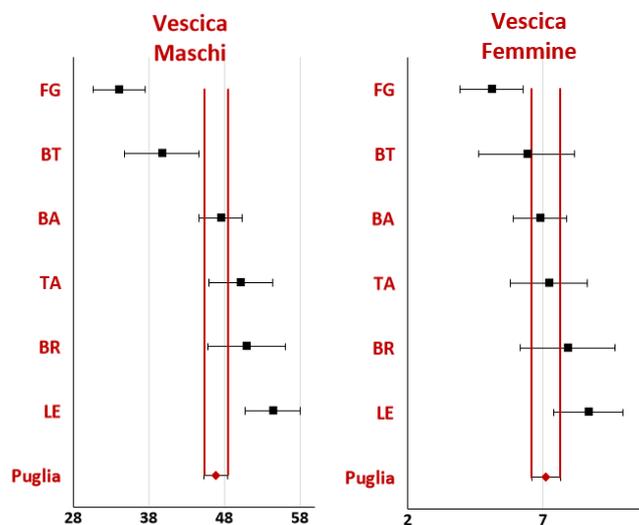


Tabella 2.3.10 – SIR del tumore maligno della vescica per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017

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	0.83	0.73	- 0.93	0.88	0.66	- 1.16
FG	0.72	0.65	- 0.79	0.73	0.58	- 0.91
LE	1.16	1.09	- 1.25	1.23	1.06	- 1.42
TA	1.08	0.99	- 1.17	1.01	0.83	- 1.23

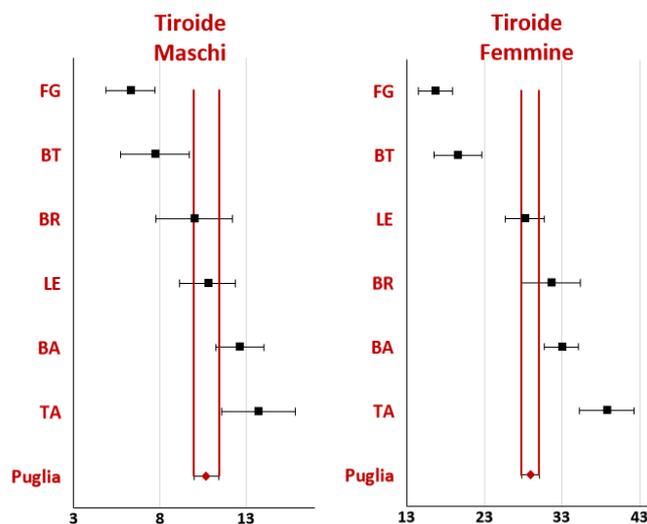
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.11 - 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 2.3.6 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%.
Tumore della tiroide



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.12 – 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

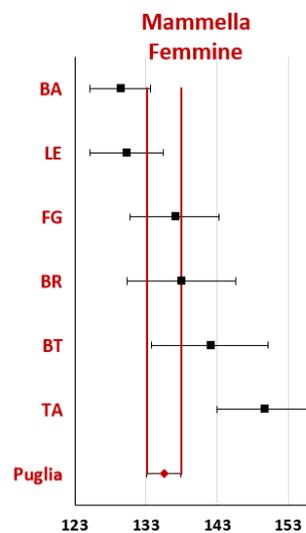
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Tabella 2.3.13 - 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%	
Puglia	135,5	133,1	138,0
BA	129,3	125,1	133,6
BR	137,9	130,3	145,6
BT	142,0	133,8	150,2
FG	137,0	130,7	143,3
LE	130,2	125,0	135,4
TA	149,6	143,0	156,3

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 2.3.7 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%.
Tumore della mammella**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.14 – 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%		
BA	0.95	0.92	-	0.99
BR	1.02	0.96	-	1.08
BT	1.05	0.99	-	1.12
FG	1.01	0.96	-	1.05
LE	0.96	0.92	-	1.00
TA	1.10	1.06	-	1.15

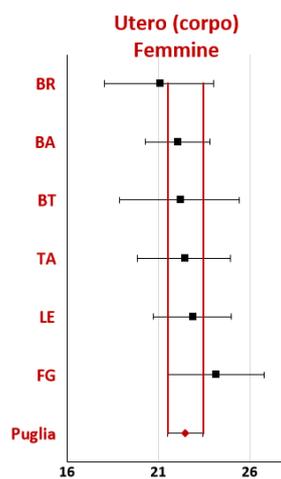
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Tabella 2.3.15 - 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%	
Puglia	22,5	21,5	23,5
BA	22,1	20,3	23,8
BR	21,1	18,1	24,0
BT	22,2	18,9	25,5
FG	24,1	21,5	26,8
LE	22,9	20,7	25,0
TA	22,4	19,8	25,0

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 2.3.8 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%.
Tumore del corpo dell'utero**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.16 – 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

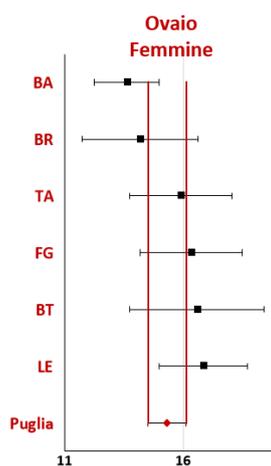
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Tabella 2.3.17 - 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 2.3.9 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%.
Tumore dell'ovaio**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.18 – 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%		
BA	0.89	0.80	-	0.98
BR	0.92	0.77	-	1.09
BT	1.08	0.90	-	1.28
FG	1.05	0.92	-	1.20
LE	1.10	0.98	-	1.22
TA	1.04	0.91	-	1.20

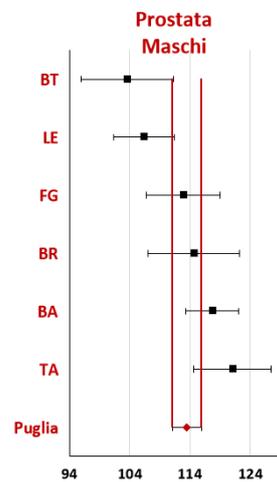
Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Tabella 2.3.19 - 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%	
Puglia	113,5	111,1	115,9
BA	117,7	113,3	122,1
BR	114,6	106,9	122,2
BT	103,5	95,8	111,2
FG	112,9	106,7	119,0
LE	106,3	101,2	111,4
TA	121,1	114,6	127,5

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 2.3.10 - Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%.
Tumore della prostata**



Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tabella 2.3.20 - 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	0.91	0.85	-	0.98
FG	0.99	0.94	-	1.05
LE	0.94	0.89	-	0.98
TA	1.06	1.01	-	1.12

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

Tavola 2.4.1 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2017

	Prestazioni non Terapeutiche						Prestazioni Terapeutiche						Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatra	Radioterapia		
TERRITORIO	29.729	217.995	1.520.340	434.076	2.842	38.981	89.244	9.483	1.438	1.030	2.283	23.667	2.417.443	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	16.078	145.877	1.026.099	189.629	2.217	16.803	45.126	2.916	283.54	1	4.842	33.122	1.506.081	
AO UNIV. OO RR FOGGIA	76.721	1.205.607	8.809.587	1.266.845	182.300	848.281	355.281	36.604	155.643	42.697	2.159	67.859	13.050.047	
Bari	12.815	337.101	2.511.004	437.798	165.779	575.287	122.113	12.088	63.033	7.725	37.325	828	4.396.189	
BAT	30.278	393.977	3.028.519	465.913	37.156	185.634	118.188	7.782	41.566	22.903	1.769	25.768	4.383.161	
Foggia	35.212	511.545	3.735.441	631.530	22.921	118.353	123.444	13.448	23.254	7.283	2.409	39.857	5.291.063	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	2.405	20.629	284.664	18.609			5.241	860	1.983			1.888	356.085	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	53.295	734.731	286.168	67.993	142.635	513.625	46.228	31.274	108.483	123.496	41.922	17.898	10.039.354	
Lecco	27.942	510.196	5.069.639	606.633	96.869	302.535	132.649	16.879	69.472	13.981	43.122	1.733	6.927.751	
Taranto	293.475	4.130.773	33.288.988	5.068.967	652.789	2.599.699	1.281.980	137.290	549.562	219.524	205.484	31.688	298.037	
TOTALE REGIONE														

Tavola 2.4.2 Numero di prestazioni Day-Service anno 2017

	Prestazioni non Terapeutiche						Prestazioni Terapeutiche						Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatra	Radioterapia		
TERRITORIO	1.211	19.227	9.848	8.693	21	21	440	580	14	3	14	40.680	80.717	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	194	5.144	3.328	9.363	2	2	14.882	1.314	984	1	20.987	56.199	221.429	
AO UNIV. OO RR FOGGIA	363	9.911	81.914	2.777	3	3	3.490	3.777	1.500	1	117.679	221.429	26.177	
Bari	126	2.137	582	572	1	1	7.390	387	2	1.500	14	14.920	148.324	
BAT	2.608	12.956	9.983	22.890	2	2	13.961	1.168	2.055	16	72.529	138.324	237.532	
Brindisi	1.738	15.940	148.569	9.963	402	402	2.095	1.810	619	8.458	8	47.500	277.532	
Foggia	4	2.028	3	6			5	247				2.680	4.967	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	19	236	70.707	16.960	15	15	19.592	836	142	122	43	1.743	2.059	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	4.145	16.546	8.898	20.220	1	1	13.719	353	2	1	1	65.982	194.881	
Lecco	1.463	9.263	8.898	20.220	1	1	13.719	353	2	1	1	65.982	194.881	
Taranto	11.871	93.388	333.838	91.444	157	157	75.708	10.514	2.201	2.243	9.593	440.211	1.071.757	
TOTALE REGIONE														

Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.3 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2018

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche					Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Oncologia	Radioterapia	Trasfusioni				
TERRITORIO	30.970	218.636	1.412.313	417.402	2.799	39.869	72.990	9.512	27.632	923	18.360	4.620	37.838	2.293.794			
AO UNIV. CONS. POLICUNICO BARI	17.317	153.748	1.123.034	186.815	2.043	15.235	39.502	4.121	16.778	1	4.698	2.195	50.095	1.614.322			
AO UNIV. OO RR FOGGIA	72.947	1.192.832	8.791.280	1.132.719	176.071	835.547	189.763	35.474	37.437	44.818	444	2.708	155.192	12.667.232			
Bari	12.883	360.655	2.552.153	416.467	127.804	587.000	63.152	12.003	24.769	7.094	33.822	1.146	38.348	4.333.185			
BAT	26.299	405.233	3.108.537	425.670	37.686	190.813	90.066	7.862	18.023	20.979	15.665	1.966	66.475	4.417.085			
Brindisi	45.430	553.236	3.841.465	611.990	32.451	104.110	146.113	17.828	12.828	7.779	4.166	1.682	83.341	5.321.679			
Foggia	2.516	21.236	317.903	19.247			7.218	598	2.769				1.807	372.888			
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1	55.099	339.964	83.883			59.265	5.020	9.629	6	36.272	1.143	1.186	591.868			
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	53.297	743.639	7.405.117	831.144	130.274	511.944	166.710	28.162	39.513	116.955	5.263	12.087	98.499	10.142.604			
Lecce	28.883	536.158	5.384.335	587.458	88.347	296.580	80.287	18.483	33.979	13.931	45.022	1.692	96.474	7.212.625			
Taranto	297.542	4.230.522	34.276.761	4.711.795	598.065	2.641.483	915.406	138.763	221.807	212.486	164.012	29.239	629.195	49.066.076			
TOTALE REGIONE																	

Tavola 2.4.4 Numero di prestazioni Day-Service anno 2018

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche					Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Oncologia	Radioterapia	Trasfusioni				
TERRITORIO	1.335	21.614	9.172	8.612		140	498	1.012			4		2	46.383	88.772		
AO UNIV. CONS. POLICUNICO BARI	540	7.309	5.226	9.859		3	12.486	1.899			10.108			23.691	71.112		
AO UNIV. OO RR FOGGIA	1.154	12.256	95.743	3.937	1	13	3.817	3.878	6	1.452				134.953	257.210		
Bari	188	2.904	969	1.356	1	1	7.015	544	6				50	17.361	30.395		
BAT	2.252	13.402	9.502	22.674	97	3	15.722	1.258	2.719				17	72.620	139.766		
Brindisi	1.774	16.531	130.930	9.689		409	2.531	2.817	2	1.056	18.476		83	63.298	307.592		
Foggia	2	1.838	2				3	261						2.362	4.468		
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	12	1.130	15	11		9	183	190	29	120	54		40	2.450	4.031		
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	4.447	16.951	59.627	17.842			19.011	1.028					148	72.000	191.286		
Lecce	1.748	10.190	11.336	23.831			16.415	609	2	70	3		70	64.677	128.881		
Taranto	13.452	104.125	382.522	97.815	99	578	77.673	13.486	2.655	2.628	28.645	410	489.795	1.223.493			
TOTALE REGIONE																	

Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.5 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2019

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche										Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni									
TERRITORIO	30.633	230.734	1.201.673	423.540	1.383	33.446	63.890	10.410	30.693	1.120	20.887	4.501	48.426	2.101.336								
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	17.259	161.458	1.143.448	191.311	2.229	15.594	28.856	4.177	9.177	29.740	4.411	2.099	53.047	1.633.106								
AO UNIV. OO RR FOGGIA	71.235	1.151.609	8.983.873	1.086.569	144.182	833.414	163.867	36.441	163.867	44.502	24.184	2.504	276.758	12.298.578								
Bari	17.289	352.804	2.570.994	399.664	115.905	619.537	49.208	11.900	191.35	5.701	33.270	1.186	41.918	4.337.882								
BAT	27.085	409.152	3.202.637	413.349	40.401	189.023	78.017	7.942	11.080	20.313	8.617	2.312	79.723	4.489.832								
Foggia	44.950	594.249	4.100.589	602.616	32.858	163.924	124.030	16.618	9.104	6.953	4.346	916	95.226	5.755.879								
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	2.643	201.311	354.616	17.288			6.788	663	3.028		44		1.511	406.643								
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	51.478	784.410	388.372	92.311			59.861	5.418	11.068		43.050	817	1.502	665.995								
Lecce	27.275	531.419	5.699.766	577.241	83.141	289.300	65.634	17.251	22.428	10.434	72.388	3.135	158.157	10.289.085								
Taranto	289.854	4.257.631	35.176.540	4.613.689	543.046	2.654.389	720.895	136.954	171.639	203.401	262.986	18.567	831.708	49.880.443								
TOTALE REGIONE																						

Tavola 2.4.6 Numero di prestazioni Day-Service anno 2019

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche										Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Riabilitazione	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni									
TERRITORIO	1.618	27.643	12.731	11.013	81	81	797	1.457	1	1	11	30	62.883	118.266								
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	724	9.819	9.956	11.733	6	6	14.506	1.936	5		10.478		29.086	88.249								
AO UNIV. OO RR FOGGIA	982	12.596	86.432	5.882	1	55	5.501	4.040	21	1.234		3	136.507	263.274								
Bari	195	3.422	2.790	1.599	2	2	6.617	722	24		1	240	19.717	35.329								
BAT	1.636	12.976	9.843	20.215	100	100	15.989	1.900	2.662			12	66.078	130.111								
Brindisi	1.503	17.889	199.577	8.061		310	2.866	3.856	4	1.291	15.854	73	68.212	319.086								
Foggia	1	1.467	7	1			3	208						3.835								
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	4	138	44	7		5	34	160		90	29	64	1.463	1.820								
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	4.053	18.608	65.909	18.391		5	21.223	1.019	34			133	78.434	207.928								
Lecce	1.690	11.586	12.677	24.921	1	1	18.616	695	1			49	68.908	139.144								
Taranto	12.406	116.164	999.986	104.823	101	460	85.652	14.789	2.651	2.616	26.374	604	533.416	1.297.042								
TOTALE REGIONE																						

Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.7 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2020

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche					Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Terapia fisica	Riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni						
TERRITORIO	19.813	130.187	752.697	291.897	215	10.355	36.187	6.885	28.012	250	12.703	3.323	50.254	1.342.278			
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	7.227	106.736	895.802	139.291	988	8.133	20.348	2.111	13.281	4.690	1.586	61.547	1.261.749				
AO UNIV. OO RR FOGGIA	47.181	92.636	8.091.888	822.361	106.371	643.733	137.151	24.612	31.475	39.719	74.911	3.191	222.032	11.167.561			
Bari	11.447	267.107	2.311.834	279.100	87.188	469.889	30.897	7.182	21.100	2.777	33.110	1.004	41.468	3.563.263			
BAT	14.682	284.153	2.875.667	269.995	23.058	133.146	32.513	5.246	10.548	17.945	8.504	1.790	72.853	3.750.130			
Brindisi	20.934	310.990	3.285.090	312.092	18.352	73.822	99.157	8.305	8.060	1.766	3.384	932	68.967	4.169.859			
Foggia	1.969	34.979	354.189	13.571		55	6.248	190	3.604				909	395.072			
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	238	61.129	405.286	92.476			60.959	5.305	14.514	1	42.581	1.016	1.573	684.274			
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	23.647	520.640	7.013.795	478.131	94.953	468.128	47.628	17.723	6.846	105.959	48.896	2.431	74.409	8.903.186			
Lecce	14.941	381.227	4.603.825	393.799	63.018	234.494	50.885	13.116	20.809	8.692	29.443	1.086	113.332	5.928.267			
Taranto	161.729	2.998.784	30.588.073	3.092.713	394.148	2.041.765	480.065	90.915	158.219	177.109	258.222	16.358	707.344	41.166.139			

Fonte dei dati: Aress Puglia

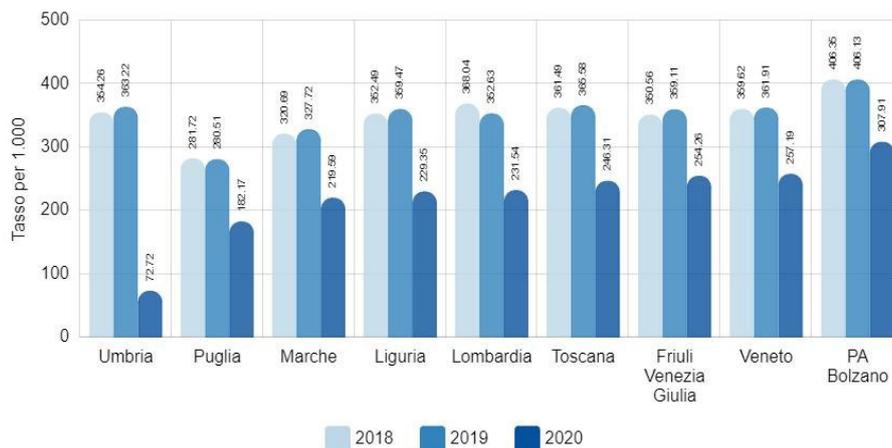
Tavola 2.4.7.1 Numero di prestazioni Day-Service anno 2020

	Prestazioni non Terapeutiche										Prestazioni Terapeutiche					Altro	TOTALE ASL
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Viste	Terapia fisica	Riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni						
TERRITORIO	945	18.026	11.465	9.530	1	45	612	1.184	1	3	20	46.206	87.037				
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	269	7.296	9.446	9.839	1	202	13.843	1.463	5	10.046		31.194	83.560				
AO UNIV. OO RR FOGGIA	146	14.322	64.312	5.283		26	7.746	2.538	27	745	359	103.818	199.723				
Bari	87	2.277	2.646	1.088			9.420	479	10	205	205	14.083	30.295				
BAT	1.203	8.003	8.074	17.613	60	11	13.654	682	2.158	2	11	45.740	97.211				
Brindisi	499	7.911	130.000	5.457		56	3.627	1.626	4	641	12.228	38.713	200.866				
Foggia	1	782	7	1		9	153					1.260	2.212				
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	6	69	50	2		10	10	47	70	14	35	1.247	1.466				
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	1.643	11.726	43.153	11.148			21.352	867	70	14	146	61.851	151.971				
Lecce	841	9.675	5.304	22.015		1	16.556	570	2	6	41	56.108	111.119				
Taranto	5.639	80.027	274.457	81.973	61	341	86.829	10.039	2.277	1.400	22.644	398.210	965.460				

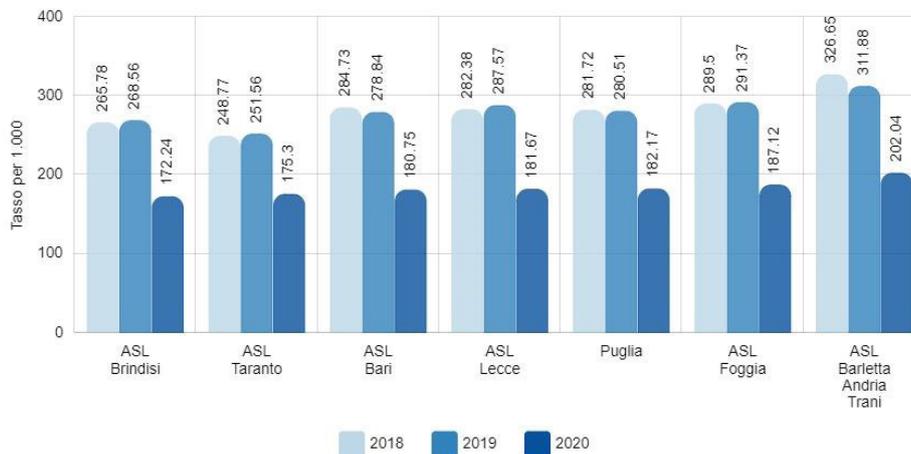
Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.8: C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso
Regioni - Trend 2018-2020



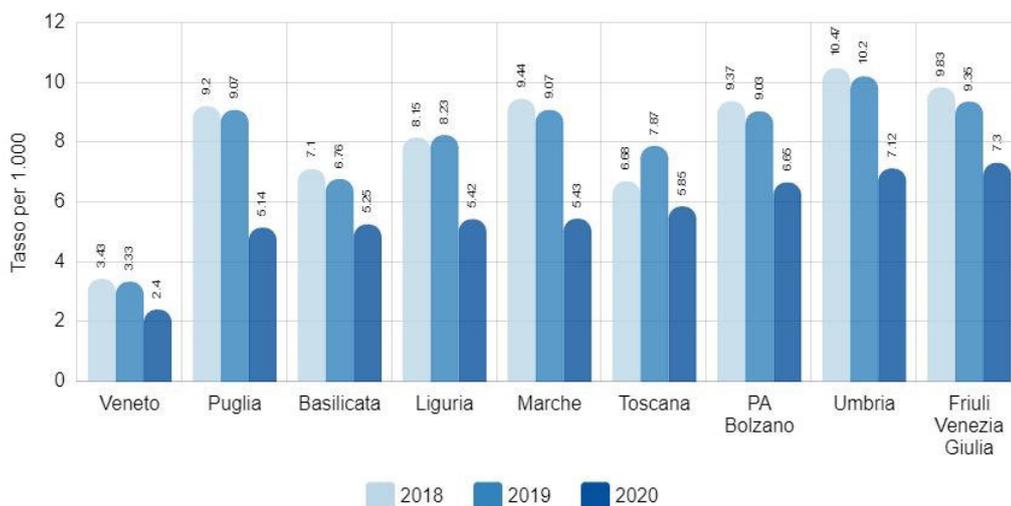
C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso
Puglia - Trend 2018-2020



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

Tavola 2.4.9: C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 reside
Regioni - Trend 2018-2020



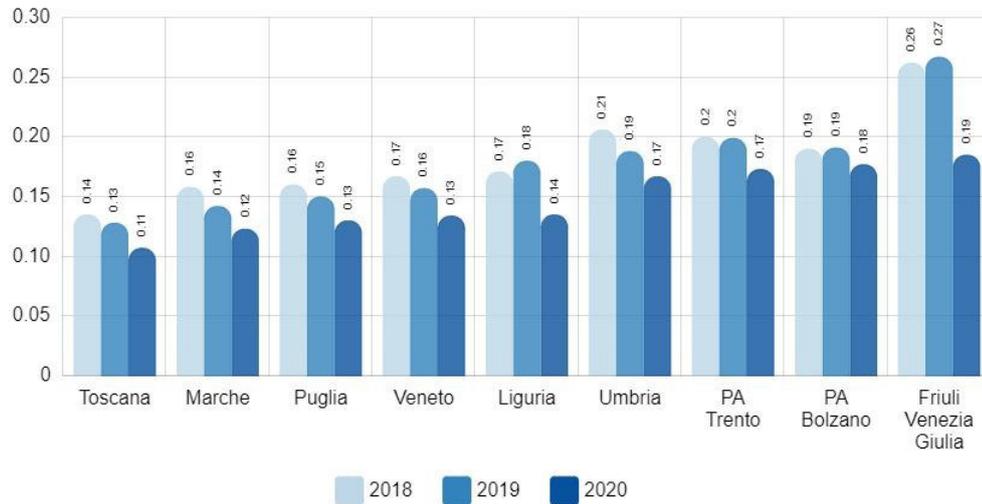
C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 reside
Puglia - Trend 2018-2020



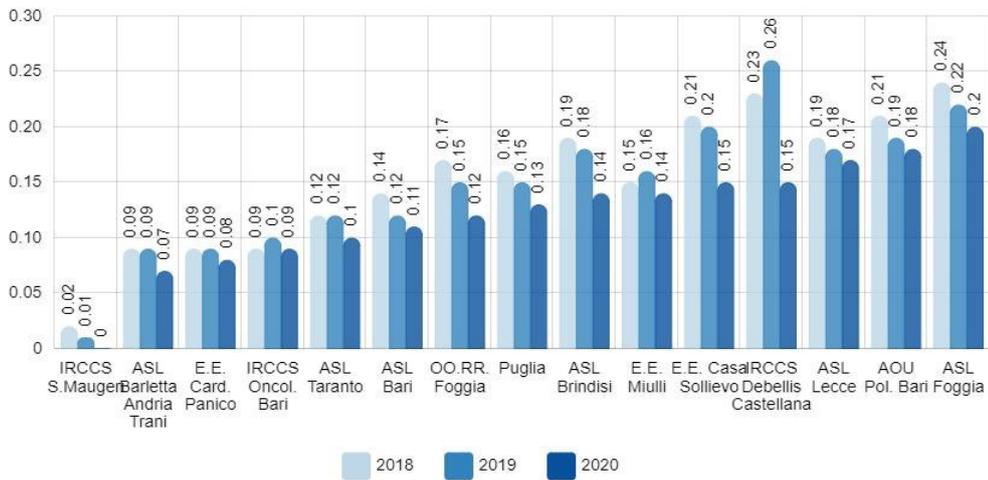
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.10: C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA)

C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA)
Regioni - Trend 2018-2020



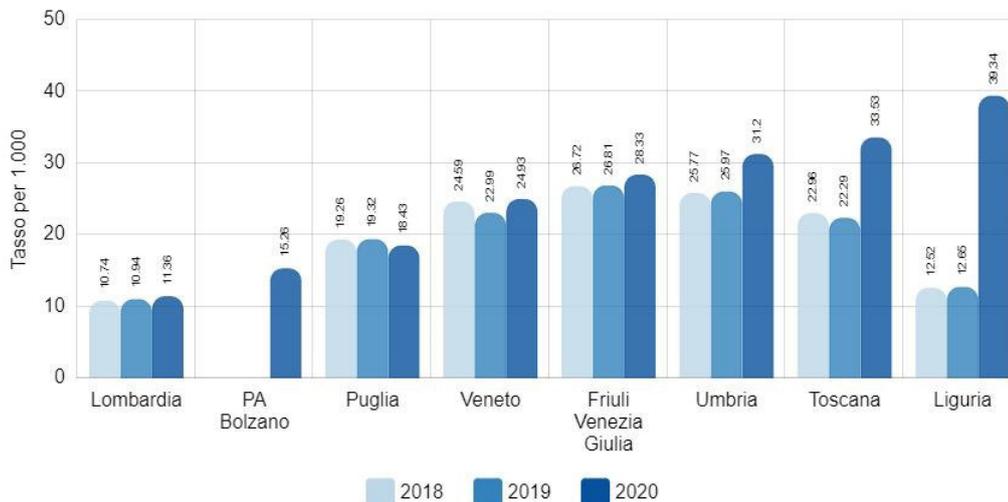
C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Griglia LEA)
Puglia - Trend 2018-2020



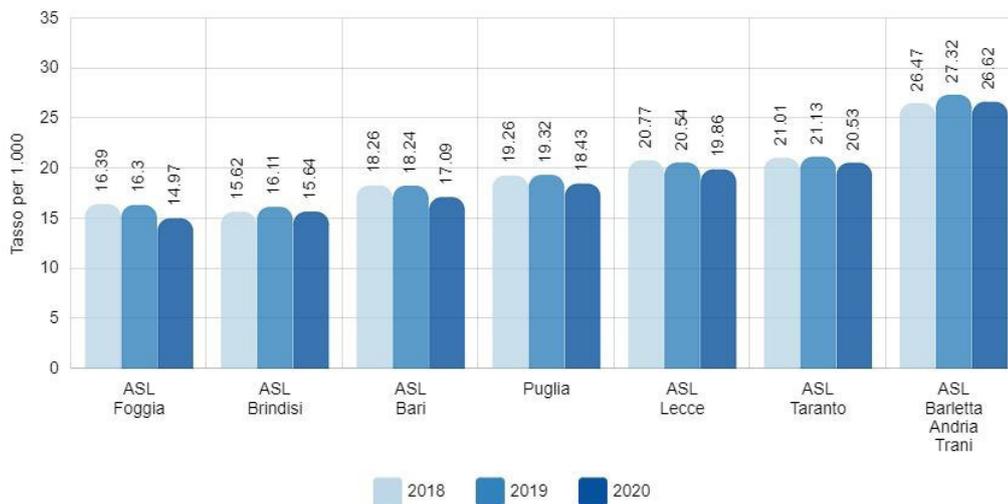
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.11: B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare**B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare**

Regioni - Trend 2018-2020

**B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare**

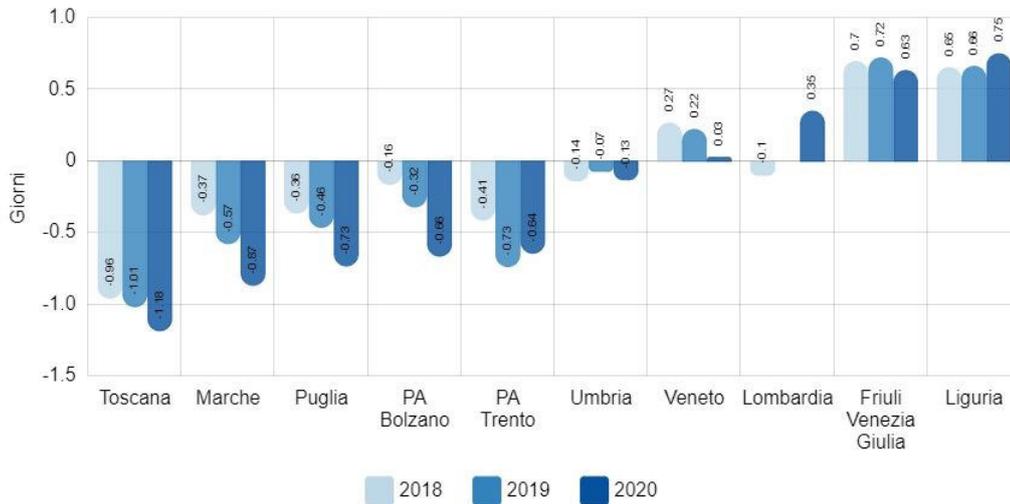
Puglia - Trend 2018-2020



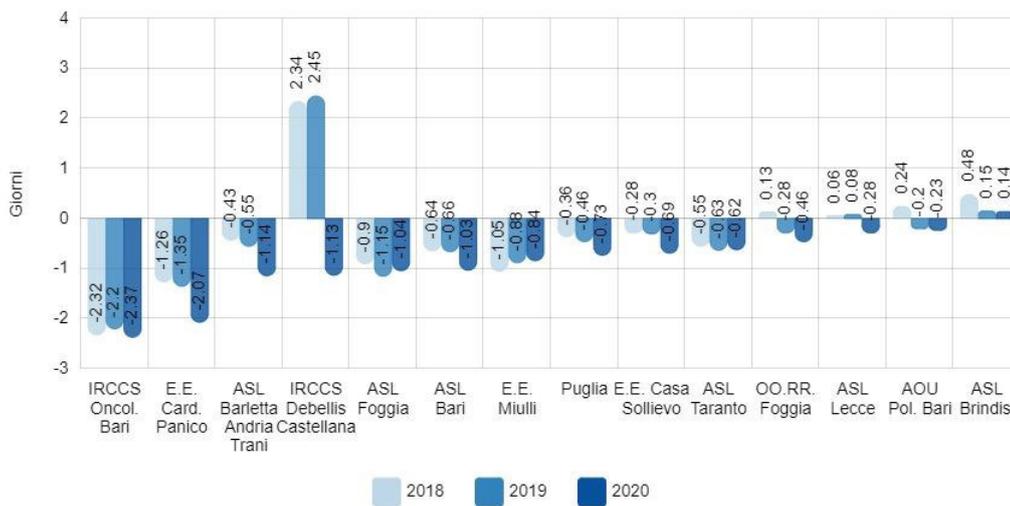
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.12: C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Regioni - Trend 2018-2020



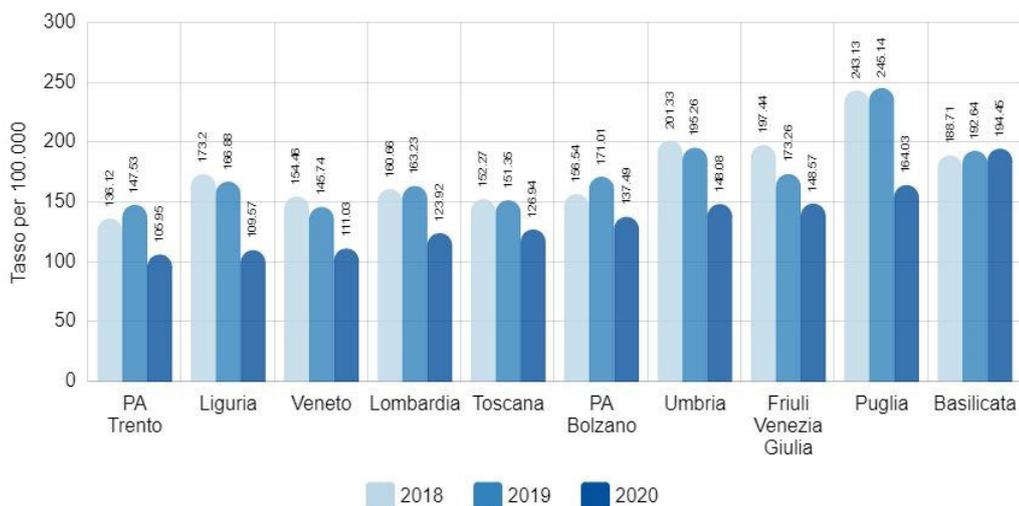
C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Puglia - Trend 2018-2020



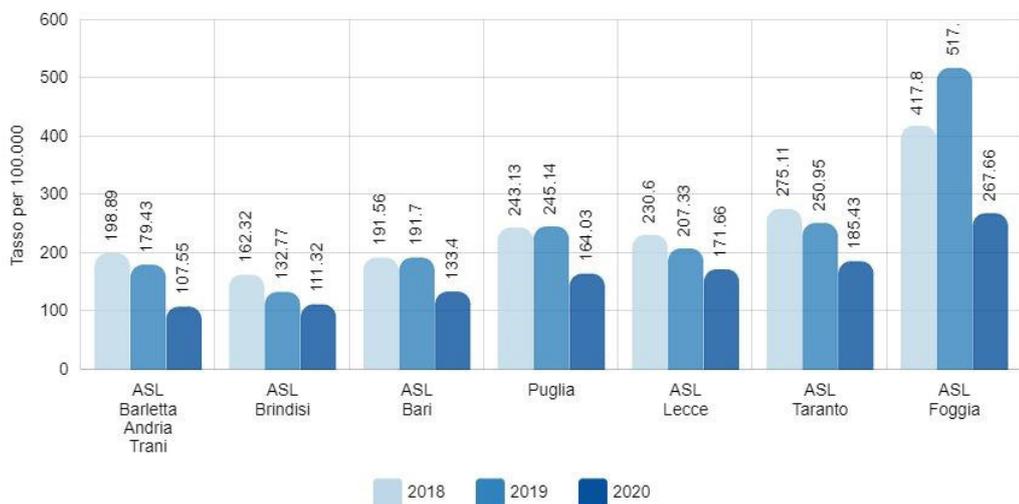
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.13: C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scenpenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scenpenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
Regioni - Trend 2018-2020



C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scenpenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
Puglia - Trend 2018-2020



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

Tavola 2.4.14: C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)
Regioni - Trend 2018-2020



C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)
Puglia - Trend 2018-2020



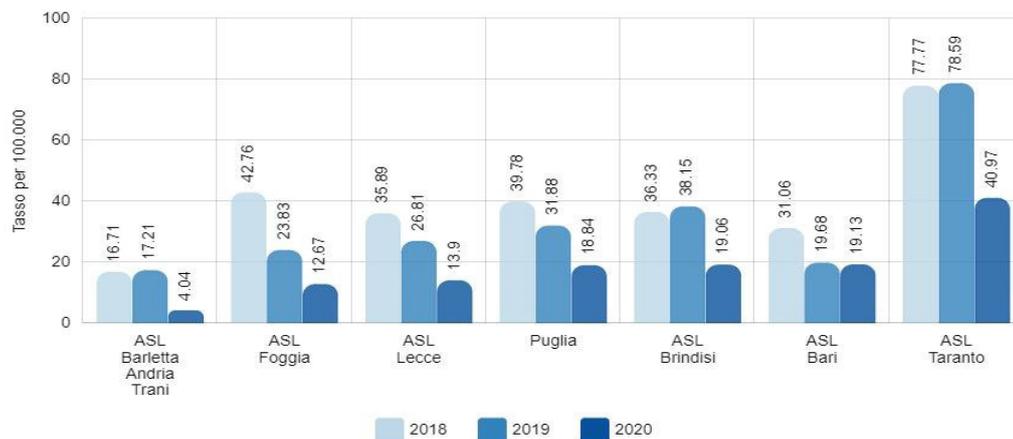
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.15: C11A.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

C11A.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
Regioni - Trend 2018-2020

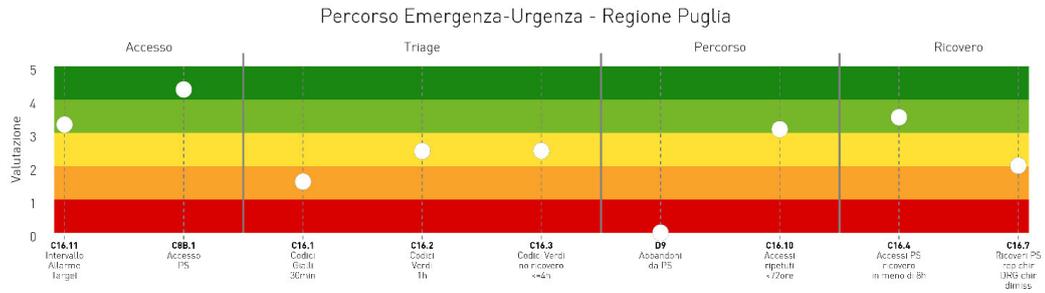


C11A.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
Puglia - Trend 2018-2020



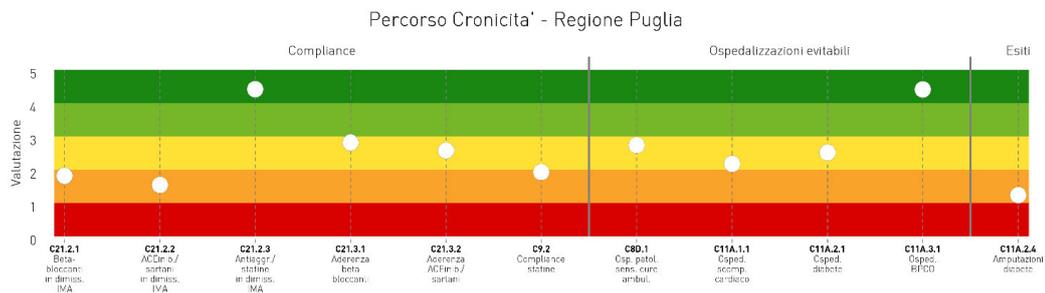
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.16
Percorso Emergenza-Urgenza



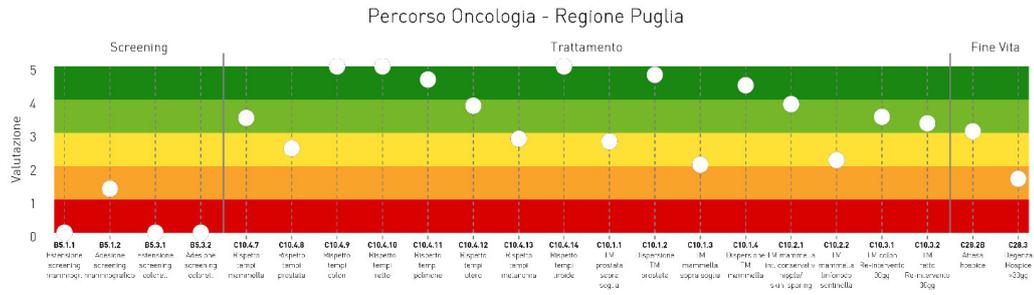
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Percorso Cronicità



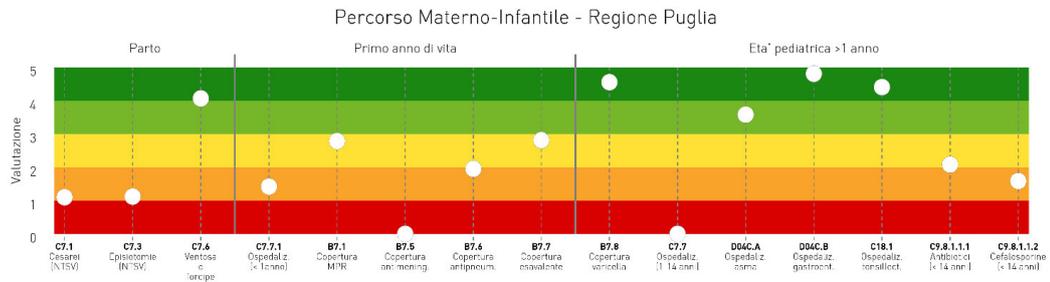
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.17: Percorso Oncologia



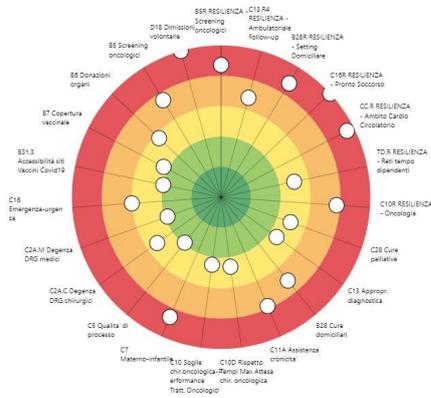
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.18: Percorso Materno-Infantile

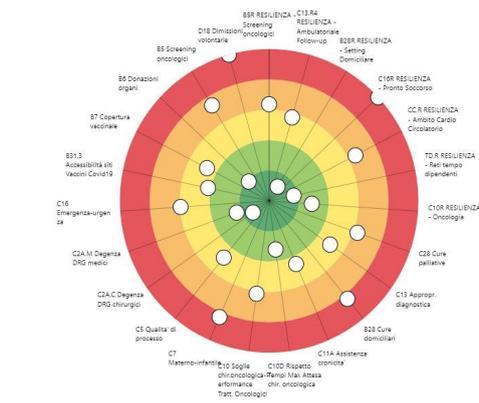


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

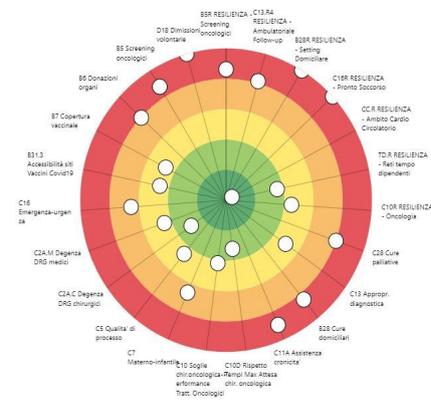
Bersaglio 2020 - ASL Brindisi



Bersaglio 2020 - ASL Barletta-Andria-Trani



Bersaglio 2020 - ASL Taranto

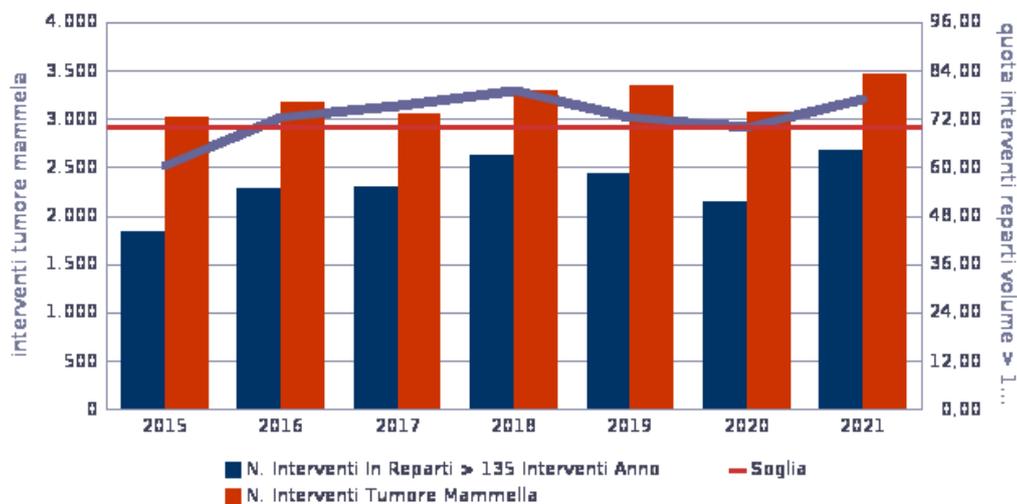


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.20

NSG – Ospedaliera - H02Z: Tumore Mammella

Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	le (160116)	ta (160112)
2021	65,96	99,48	92,31	92,46	0,00	97,58	99,22	37,50	69,79
2020	56,06	100,00	57,95	88,36	0,00	98,37	97,84	43,02	99,03
2019	55,70	0,00	79,22	99,03	0,00	98,55	100,00	51,06	97,31
2018	75,19	96,08	75,51	91,12	0,00	96,49	99,25	52,24	94,04
2017	78,48	97,86	72,84	88,33	0,00	97,03	98,85	57,89	59,34
2016	81,85	97,56	60,71	88,46	0,00	96,23	99,72	59,22	66,24
2015	78,86	0,00	45,04	89,25	0,00	95,99	99,09	33,90	66,93

C: Quota Interventi Eseguiti in Reparti Con Volume Attività >

Basso Alta

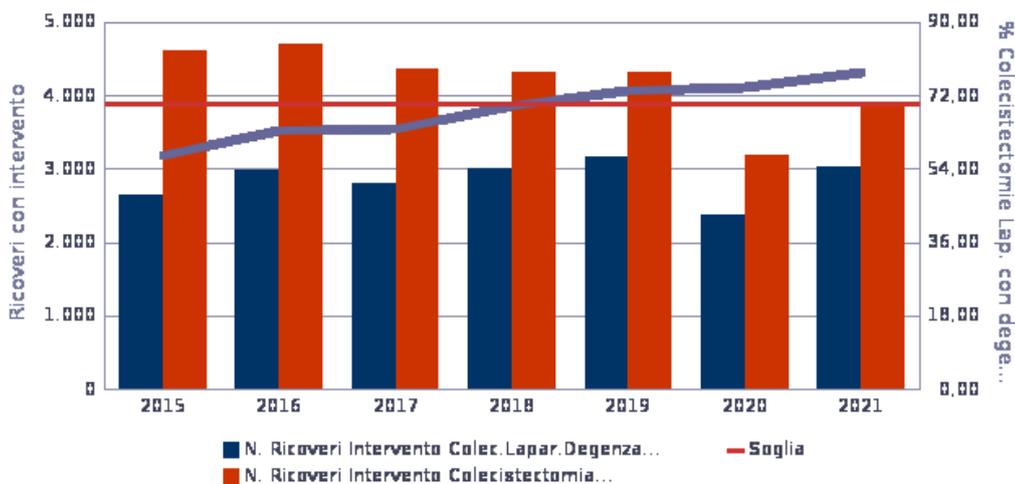
(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.21

NSG –H05Z - Colectistomie

Proporzione colectistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Per struttura di ricovero: proporzione di colectistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	irccs s. de bellis - castellana (160902)	le (160116)	ta (160112)
2021	79,40	79,91	76,62	73,46	67,66	70,54	66,67	92,67	75,23	85,48
2020	74,57	85,00	68,41	66,09	55,06	69,75	66,67	87,03	72,90	87,21
2019	80,59	82,52	68,27	45,41	57,73	65,80	76,19	78,57	75,40	88,70
2018	78,18	83,04	54,76	39,92	59,13	69,76	58,82	81,65	71,68	83,56
2017	71,83	77,85	56,70	41,22	43,71	65,82	61,11	73,49	61,69	76,72
2016	72,06	68,39	50,67	44,64	48,44	66,96	71,43	68,94	65,52	75,86
2015	69,56	63,01	54,65	34,33	37,18	53,48	100,00	76,43	52,86	67,40

Color: % Colectistomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg

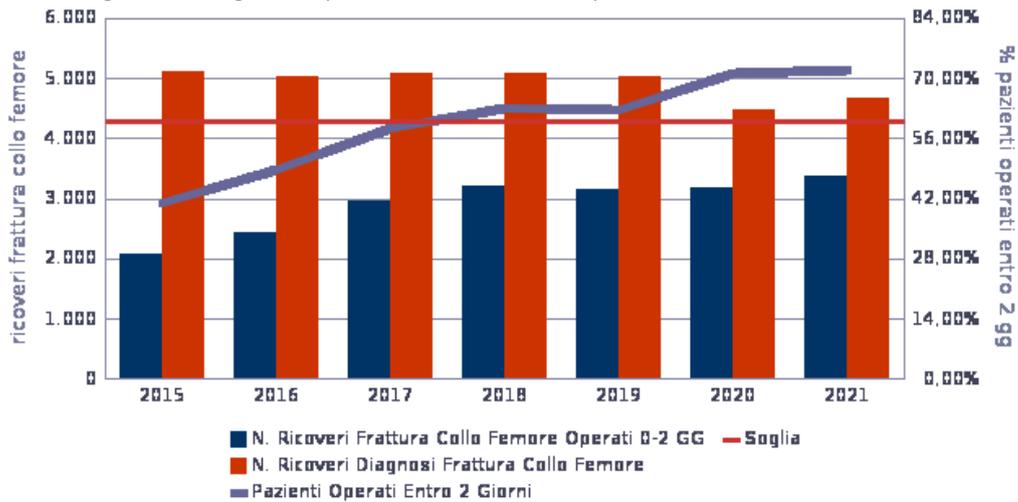
Basso Alto

(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.22
NSG H13C - Fratture femore

Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Per struttura di ricovero: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2021	61,54%	51,19%	88,02%	86,49%	75,74%	61,97%	55,46%	74,21%
2020	71,70%	45,33%	85,63%	86,65%	70,00%	52,71%	61,08%	79,44%
2019	71,05%	19,26%	76,95%	89,48%	66,52%	49,61%	49,30%	69,63%
2018	77,44%	45,71%	67,58%	91,36%	70,88%	56,24%	47,35%	68,36%
2017	80,39%	44,65%	60,84%	80,99%	66,42%	44,27%	48,14%	55,75%
2016	73,56%	48,96%	44,12%	59,78%	44,02%	30,98%	46,37%	58,87%
2015	65,77%	19,57%	41,89%	50,31%	20,47%	25,95%	46,00%	45,26%

Colore **Pazienti Operati Entro 2 Giorni** Basso Alto

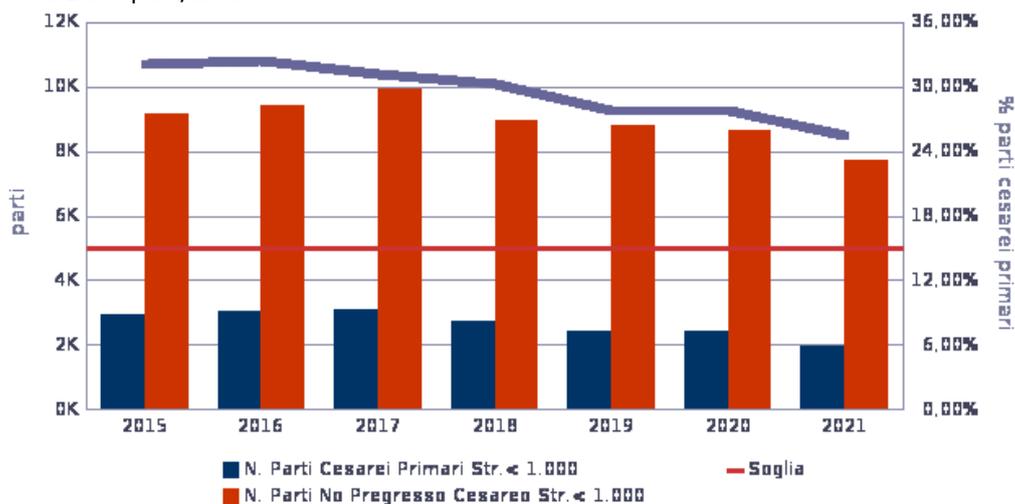
(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.23

NSG - H17C - Parti cesarei

% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti, in strutture che effettuano meno di 1.000 parti/anno.



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2021	100,00%	24,38%	28,77%	21,47%	21,98%	30,27%	30,33%
2020		29,29%	27,91%	24,78%	23,79%	31,30%	30,27%
2019		27,16%	36,44%	20,02%	24,67%	33,18%	30,93%
2018		25,50%	32,32%	27,79%	26,39%	36,11%	38,26%
2017		26,64%	40,63%	23,75%	29,45%	39,45%	31,60%
2016		27,74%	44,31%	21,74%	29,26%	36,14%	37,05%
2015		22,92%	43,57%	23,81%	32,02%	34,92%	37,76%

Parti Cesaree Primari in Maternità | Livello < 1

Basca Alta

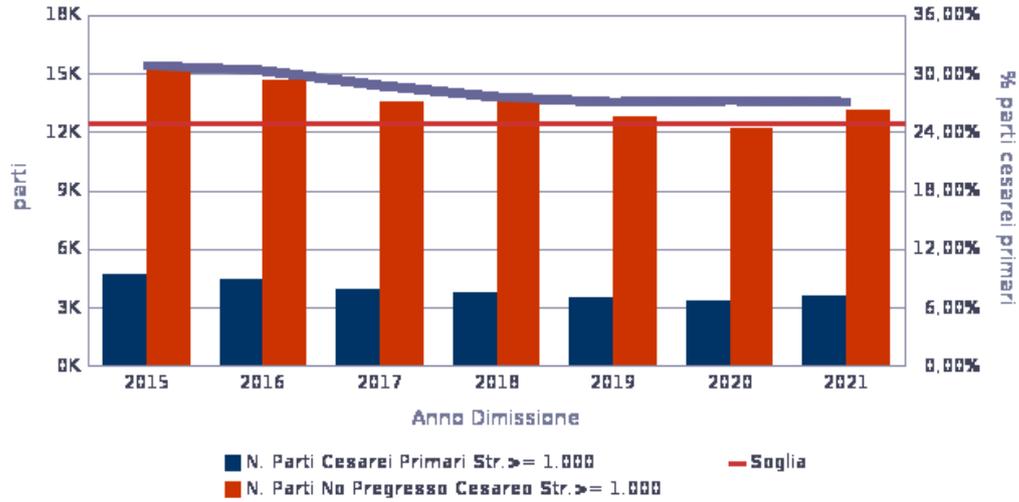
(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.24

NSG - H18C - Parti Cesarei

% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti, in strutture che effettuano almeno 1.000 parti/anno.



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2021	32,67%	29,63%	25,44%	31,11%			24,90%	26,17%
2020	29,66%	29,88%	24,96%	35,04%			26,05%	26,18%
2019	26,79%	28,32%	27,21%	40,29%		22,02%	24,51%	26,00%
2018	27,70%	27,14%	27,18%	45,88%	18,12%	26,27%	24,58%	29,04%
2017	30,04%	26,30%	28,66%	47,23%	18,40%	29,09%	27,08%	29,78%
2016	32,53%	25,65%	32,09%	47,05%	16,77%	27,01%	30,81%	29,78%
2015	34,58%	25,11%	34,28%	39,36%	19,65%	27,31%	27,83%	33,23%

Parti Cesaree Primarie in Maternità Il Livello è >= 1.0

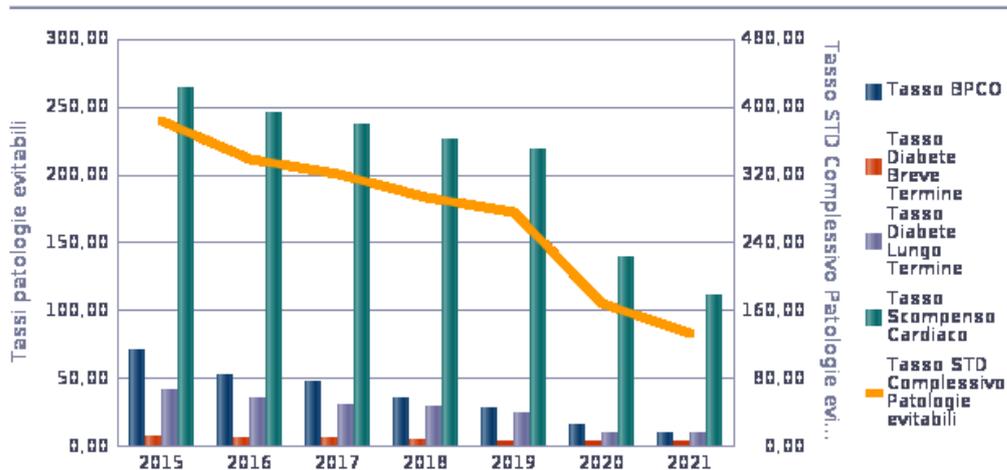
Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.25

NSG - D03C – Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.

Tassi Standardizzati



	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2015	314,59	340,64	322,14	473,59	381,01	502,79
2016	270,87	272,49	286,57	464,84	313,30	456,87
2017	275,68	245,38	275,32	439,68	307,61	390,85
2018	252,75	194,55	235,43	405,29	296,43	364,97
2019	244,98	167,76	219,12	428,66	251,87	330,46
2020	162,35	118,73	111,96	219,09	169,67	194,60
2021	125,15	116,16	78,46	183,60	154,39	116,79

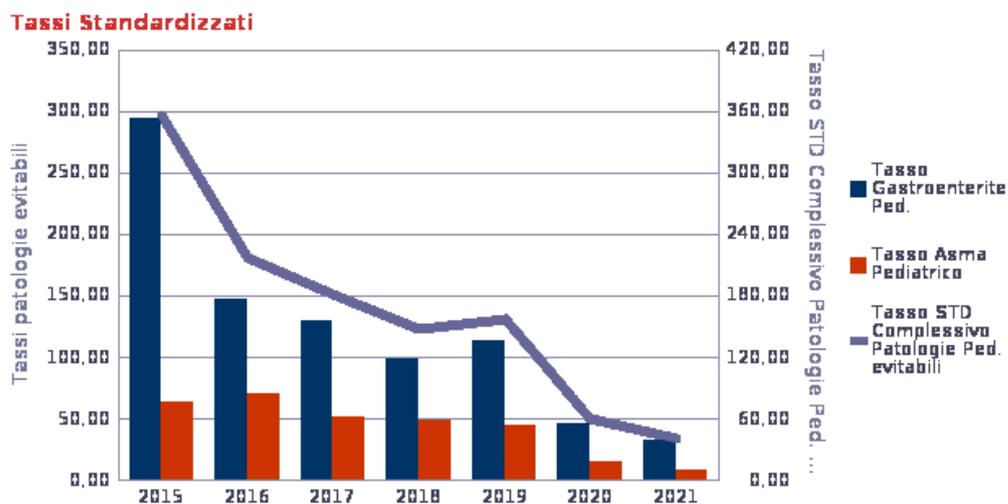
Tasso STD Complessivo Patologie evitabili

Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.26

NSG - D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

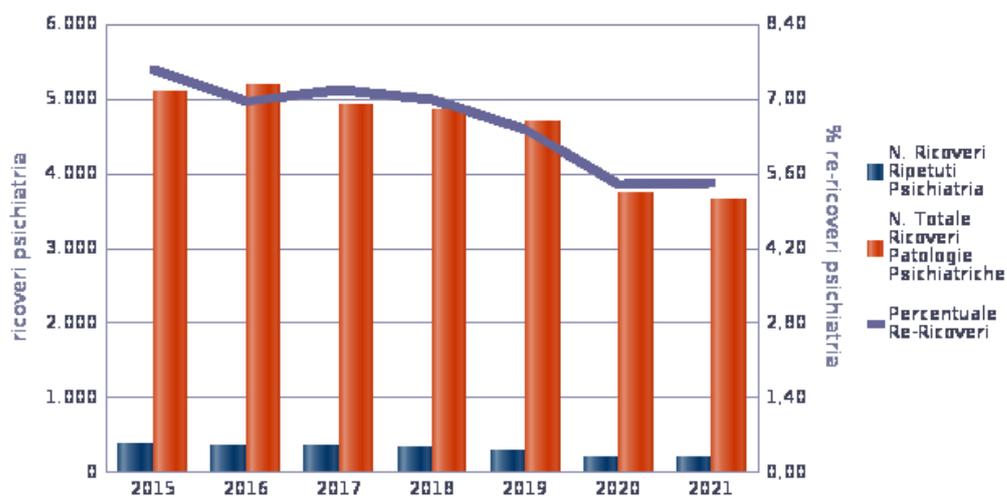


	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2015	410,86	118,09	416,26	676,36	247,08	
2016	226,24	75,76	396,31	343,41	168,22	
2017	240,21	118,63	279,69	174,72	167,09	
2018	192,27	99,15	187,02	120,06	153,16	
2019	205,07	148,91	152,98	98,50	168,98	
2020	78,18	85,80	73,46	16,37	75,92	
2021	43,49	90,43	16,83	30,71	50,54	

Tasso STD Complessivo Patologie Ped. E Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.27
NSG - D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
(Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria / totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.)



	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2015	5,54	6,72	9,27	9,75	8,09	
2016	5,83	4,26	8,09	8,84	7,71	
2017	5,41	6,78	9,14	9,15	7,51	
2018	4,46	5,82	11,26	7,19	8,11	
2019	5,32	4,90	7,89	6,75	7,42	
2020	5,12	5,57	4,89	6,07	5,89	
2021	5,92	4,03	6,45	5,30	5,72	

Colore Percentuale Re-Ricoveri Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

Tabella 2.4.28 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2011-2020)

ANNO	IN REGIONE		FUORI REGIONE		TOTALE		
	totale	% rispetto anno precedente	IN REGIONE	% sul totale	FUORI REGIONE	% sul totale	% rispetto anno precedente
2011	832.507	-7,90%	769.372	92,4%	63.135	7,6%	-3,50%
2012	740.015	-11,11%	680.495	92,0%	59.520	8,0%	-5,73%
2013	695.841	-5,97%	636.777	91,5%	59.064	8,5%	-0,77%
2014	657.878	-5,46%	602.059	91,5%	55.819	8,5%	-5,49%
2015	614.279	-6,63%	555.753	90,5%	58.526	9,5%	4,85%
2016	573.268	-6,68%	515.624	89,9%	57.644	10,1%	-1,51%
2017	542.804	-5,31%	484.544	89,3%	58.260	10,7%	1,07%
2018	523.646	-3,53%	465.808	89,0%	57.838	11,0%	-0,72%
2019	505.851	-3,40%	449.113	88,8%	56.738	11,2%	-1,90%
2020	383.604	-24,17%	346.954	90,4%	36.650	9,6%	-35,40%

Mobilità passiva 2020 Fonte DISAR

Tabella 2.4.29 Ricoveri effettuati in Puglia e in altre regioni italiane per residenti in Puglia. Suddivisione per regione di erogazione

REGIONE RICOVERO	2020			2019			2018			2017	
	EXTRA REGIONE	% SUL TOTALE REGIONE	Δ SU ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% SUL TOTALE REGIONE	Δ SU ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% SUL TOTALE REGIONE	Δ SU ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% SUL TOTALE REGIONE
010 PIEMONTE	892	2,6%	-70,9%	1.524	2,7%	-1,1%	1.541	2,7%	5,0%	1.464	2,5%
020 VALLE D'AOSTA	9	0,0%	-44,4%	13	0,0%	-115,4%	28	0,0%	7,1%	26	0,0%
030 LOMBARDIA	7.307	21,4%	-97,4%	14.426	25,8%	0,9%	14.301	24,7%	0,8%	14.186	24,4%
041 PROV. AUT. BOLZANO	84	0,2%	-78,6%	150	0,3%	15,3%	127	0,2%	6,3%	119	0,2%
042 PROV. AUT. TRENTO	99	0,3%	-103,0%	201	0,4%	-9,5%	220	0,4%	-5,0%	231	0,4%
050 VENETO	2.021	5,9%	-55,6%	3.145	5,6%	2,9%	3.055	5,3%	1,7%	3.002	5,2%
060 FRIULI V. GIULIA	252	0,7%	-77,8%	448	0,8%	-7,8%	483	0,8%	0,8%	479	0,8%
070 LIGURIA	781	2,3%	-64,1%	1.282	2,3%	-10,1%	1.412	2,4%	0,7%	1.402	2,4%
080 EMILIA ROMAGNA	6.151	18,1%	-58,1%	9.722	17,4%	-0,6%	9.781	16,9%	-1,3%	9.910	17,0%
090 TOSCANA	1.759	5,2%	-77,6%	3.124	5,6%	-12,3%	3.509	6,1%	-12,8%	3.958	6,8%
100 UMBRIA	513	1,5%	-32,2%	678	1,2%	-1,2%	686	1,2%	2,6%	668	1,1%
110 MARCHE	1.732	5,1%	-68,4%	2.917	5,2%	-6,0%	3.091	5,3%	0,7%	3.070	5,3%
120 LAZIO	3.665	10,8%	-43,3%	5.251	9,4%	-19,1%	6.252	10,8%	0,3%	6.234	10,7%
121 OSPEDALE BAMBIN GESU'	2.900	8,5%	-19,1%	3.454	6,2%	6,6%	3.226	5,6%	5,8%	3.039	5,2%
122 ACISMOM	3	0,0%	-200,0%	9	0,0%	11,1%	8	0,0%	-75,0%	14	0,0%
130 ABRUZZO	966	2,8%	-44,9%	1.400	2,5%	-12,8%	1.579	2,7%	-8,9%	1.719	3,0%
140 MOLISE	1.219	3,6%	-45,0%	1.768	3,2%	-4,7%	1.851	3,2%	6,5%	1.730	3,0%
150 CAMPANIA	1.432	4,2%	-75,9%	2.519	4,5%	3,7%	2.427	4,2%	0,3%	2.420	4,2%
170 BASILICATA	1.807	5,3%	-75,3%	3.168	5,7%	-11,3%	3.527	6,1%	-6,2%	3.747	6,4%
180 CALABRIA	301	0,9%	-20,3%	362	0,6%	6,4%	339	0,6%	-12,1%	380	0,7%
190 SICILIA	125	0,4%	-163,2%	329	0,6%	1,8%	323	0,6%	-12,7%	364	0,6%
200 SARDEGNA	53	0,2%	-60,4%	85	0,2%	15,3%	72	0,1%	-31,9%	95	0,2%
TOTALI	34.071	100,0%	-64,3%	55.975	100,0%	-3,3%	57.838	100,0%	-0,7%	58.257	100,0%

Tabella 2.4.30 - Numero di ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi – Anno 2020

RIEPILOGO per ASL di residenza			TOTALE RESIDENTI			AUTOCONSUMO (RICOVERI DEI RESIDENTI erogati NELLA STESSA ASL)				PASSIVA INTRAREGIONALE (RICOVERI DEI RESIDENTI EROGATI IN ALTRE ASL DELLA REGIONE)				PASSIVA EXTRAREGIONALE (RICOVERI DEI RESIDENTI EROGATI FUORI REGIONE)				
SIGLA	DENOMINAZIONE ASL	POPOLAZIONE ISTAT 01/01/2021	RICOVERI TOTALI	T.O. X 1000	TOTALE VALORE [Euro]	TOTALE				TOTALE				TOTALE				
						NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.	NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.	NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.	
115	FOGGIA	602.394	66.791	110,88	261.532.708,97	56.513	85%	210.736.032,33	81%	2.306	3%	12.539.887	5%	7.972	12%	38.256.790	15%	
114	BARI	1.230.158	112.464	91,42	456.281.057,44	98.239	87%	388.406.325,69	85%	6.407	6%	30.873.460	7%	7.818	7%	37.001.272	8%	
113	BAT	381.091	33.617	88,21	135.489.941,74	17.667	53%	65.695.046,76	48%	12.893	38%	55.548.050	41%	3.057	9%	14.246.845	11%	
106	BRINDISI	381.946	36.662	95,99	145.062.737,57	22.387	61%	80.871.883,78	56%	10.838	30%	47.951.837	33%	3.437	9%	16.239.017	11%	
116	LECCE	776.230	76.073	98,00	289.559.034,59	65.794	86%	242.361.799,40	84%	3.688	5%	15.678.950	5%	6.591	9%	31.518.285	11%	
112	TARANTO	561.958	55.418	98,62	228.062.992,26	39.419	71%	156.783.763,99	69%	10.803	19%	46.384.475	20%	5.196	9%	24.894.753	11%	
TOTALE REGIONE			3.933.777	381.025	96,86	1.515.988.473	300.019	79%	1.144.854.852	76%	46.935	12%	208.976.659	14%	34.071	9%	162.156.962	11%

Nella Mobilità passiva 2020 (fonte DISAR) sono presenti nr.2579 Ricoveri con ASL di provenienza diversa

Suddivisione per area medica/chirurgica

ANNO	TOTALE	Ricoveri in Regione					Ricoveri fuori Regione				
		TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici	TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici
2018	523.529	465.692	167.674	36,0%	298.018	64,0%	57.837	33.711	58,3%	24.126	41,7%
2019	505.721	448.991	164.524	36,6%	284.467	63,4%	56.730	32.525	57,3%	24.205	42,7%
2020	383.512	346.867	134.021	38,6%	212.846	61,4%	36.645	20.551	56,1%	16.094	43,9%

Mobilità Passiva 2020 fonte DISAR

**Tabella 2.4.32 - Ricoveri effettuati in Puglia e in altre regioni italiane per residenti in Puglia.
Suddivisione per MDC**

MDC	Anno 2018					Anno 2019					Anno 2020				
	totale	In regione		Fuori regione		totale	In regione		Fuori regione		totale	In regione		Fuori regione	
		nr. Ricoveri	%	nr. Ricoveri	%		nr. Ricoveri	%	nr. Ricoveri	%		nr. Ricoveri	% sul totale	nr. Ricoveri	% sul totale
1 DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	38.317	33.696	87,9%	4.621	12,1%	36.809	32.049	87,1%	4.760	12,9%	25.918	22.777	87,9%	3.141	12,1%
2 DISTURBI DELL'OCCHIO	8.362	6.823	81,6%	1.539	18,4%	7.752	6.218	80,2%	1.534	19,8%	5.202	4.249	81,7%	953	18,3%
3 DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	15.391	13.180	85,6%	2.211	14,4%	14.488	12.504	86,3%	1.984	13,7%	8.740	7.635	87,4%	1.105	12,6%
4 DISTURBI RESPIRATORI	41.986	39.883	95,0%	2.103	5,0%	42.141	40.012	94,9%	2.129	5,1%	34.864	33.168	95,1%	1.696	4,9%
5 DISTURBI CIRCOLATORI	72.406	66.814	92,3%	5.592	7,7%	70.064	64.261	91,7%	5.803	8,3%	51.731	48.140	93,1%	3.591	6,9%
6 DISTURBI DIGESTIVI	45.814	42.534	92,8%	3.280	7,2%	43.798	40.555	92,6%	3.243	7,4%	30.495	28.382	93,1%	2.113	6,9%
7 DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	22.298	20.475	91,8%	1.823	8,2%	21.535	19.737	91,7%	1.798	8,3%	16.224	15.023	92,6%	1.201	7,4%
8 DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	66.839	51.590	77,2%	15.249	22,8%	63.780	48.865	76,6%	14.915	23,4%	47.021	37.905	80,6%	9.116	19,4%
9 DISTURBI CUTI	16.066	13.937	86,7%	2.129	13,3%	15.116	13.055	86,4%	2.061	13,6%	10.683	9.516	89,1%	1.167	10,9%
10 DISTURBI METABOLISMO	16.497	12.837	77,8%	3.660	22,2%	16.198	12.841	79,3%	3.357	20,7%	9.333	7.335	78,6%	1.998	21,4%
11 DISTURBI URINARI	28.606	26.178	91,5%	2.428	8,5%	27.599	25.409	92,1%	2.190	7,9%	21.587	20.184	93,5%	1.403	6,5%
12 DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	8.363	7.308	87,4%	1.055	12,6%	8.144	7.162	87,9%	982	12,1%	5.676	5.119	90,2%	557	9,8%
13 DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	16.992	14.301	84,2%	2.691	15,8%	16.558	13.921	84,1%	2.637	15,9%	11.955	10.433	87,3%	1.522	12,7%
14 GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	38.906	37.485	96,3%	1.421	3,7%	37.067	35.681	96,3%	1.386	3,7%	33.537	32.358	96,5%	1.179	3,5%
15 CONDIZIONI PERINATALI	28.968	28.367	97,9%	601	2,1%	27.646	26.994	97,6%	652	2,4%	26.688	26.115	97,9%	573	2,1%
16 DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	6.367	5.831	91,6%	536	8,4%	6.409	5.849	91,3%	560	8,7%	4.568	4.178	91,5%	390	8,5%
17 DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	11.308	9.016	79,7%	2.292	20,3%	11.116	8.835	79,5%	2.281	20,5%	9.014	7.168	79,5%	1.846	20,5%
18 MALATTIE INFETTIVE	10.363	9.893	95,5%	470	4,5%	11.165	10.658	95,5%	507	4,5%	8.826	8.453	95,8%	373	4,2%
19 DISTURBI MENTALI	10.760	9.480	88,1%	1.280	11,9%	10.432	9.152	87,7%	1.280	12,3%	7.245	6.425	88,7%	820	11,3%
20 DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA FERIMENTI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	743	572	77,0%	171	23,0%	664	476	71,7%	188	28,3%	497	347	69,8%	150	30,2%
21 TOSSICI DI MEDICINALI	3.895	3.549	91,1%	346	8,9%	3.656	3.295	90,1%	361	9,9%	2.535	2.315	91,3%	220	8,7%
22 USTIONI	206	200	97,1%	6	2,9%	186	181	97,3%	5	2,7%	177	167	94,4%	10	5,6%
23 FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	9.694	7.803	80,5%	1.891	19,5%	9.246	7.551	81,7%	1.695	18,3%	7.401	6.258	84,6%	1.143	15,4%
24 TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	637	610	95,8%	27	4,2%	620	603	97,3%	17	2,7%	517	497	96,1%	20	3,9%
25 INFEZIONI DA HIV	454	411	90,5%	43	9,5%	203	171	84,2%	32	15,8%	115	82	71,3%	33	28,7%
Pre PRE MDC	1.900	1.624	85,5%	276	14,5%	1.852	1.566	84,6%	286	15,4%	1.864	1.579	84,7%	285	15,3%
NA ND	1.508	1.411	93,6%	97	6,4%	1.607	1.512	94,1%	95	5,9%	1.191	1.146	96,2%	45	3,8%
TOTALE	523.646	465.808	89,0%	57.838	11,0%	505.851	449.113	88,8%	56.738	11,2%	383.604	346.954	90,4%	36.650	9,6%

Tabella 2.4.33 - Ricoveri fuori regione suddivisi per disciplina e ASL di residenza dell'assistito

Mobilità passiva 2020 fonte DISAR - Sono presenti nr.2.579 Ricoveri per cui non è possibile attribuire la corretta residenza

		160	115	114	113	106	116	112
		TOTALE	FOGGIA	BARI	BAT	BRINDISI	LECCE	TARANTO
REGIONE ADDEBITANTE		Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.
010	PIEMONTE	892	195	163	61	107	202	164
020	VALLE D'AOSTA	9	1	2	1	-	1	4
030	LOMBARDIA	7.307	967	1.884	707	924	1.591	1.234
041	PROV. AUT. BOLZANO	84	7	25	12	7	28	5
042	PROV. AUT. TRENTO	99	15	30	11	6	16	21
050	VENETO	2.021	321	553	156	212	453	326
060	FRIULI V. GIULIA	252	41	63	32	26	60	30
070	LIGURIA	781	105	220	89	87	168	112
080	EMILIA ROMAGNA	6.151	1.595	1.062	502	692	1.445	855
090	TOSCANA	1.759	252	416	161	245	399	286
100	UMBRIA	513	60	171	59	65	86	72
110	MARCHE	1.732	579	344	139	214	266	190
120	LAZIO	3.665	858	741	322	293	853	598
121	OSPEDALE BAMBIN GESU'	2.900	617	737	256	252	632	406
122	ACISMOM	3	-	1	-	-	-	2
130	ABRUZZO	966	553	101	114	44	97	57
140	MOLISE	1.219	1.061	63	16	15	28	36
150	CAMPANIA	1.432	459	274	176	143	167	213
170	BASILICATA	1.807	243	795	218	49	43	459
180	CALABRIA	301	18	121	14	32	23	93
190	SICILIA	125	17	36	6	19	23	24
200	SARDEGNA	53	8	16	5	5	10	9
TOTALI		34.071	7.972	7.818	3.057	3.437	6.591	5.196

Tabella 2.4.34 - Primi 20 DRG per frequenza in mobilità passiva extraregionale anno 2020
Mobilità passiva 2020 fonte DISAR

In ordine di nr. di ricoveri totale residenti decrescente					ATTIVITA' TOTALE RESIDENTI		
DRG	DESCRIZIONE	CLASSE	TIPO DRG	PESO DRG	Nr. Ricoveri totali	% sul Totale Attività	% cumulata
391	Neonato normale		M	0,16	18.507	5%	5%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti		M	0,44	14.794	4%	9%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria		M	1,22	9.156	2%	11%
371	Parto cesareo senza CC		C	0,73	8.890	2%	13%
127	Insufficienza cardiaca e shock		M	1,03	8.674	2%	16%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	Alta complessità	C	2,03	8.380	2%	18%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC		C	0,98	6.846	2%	20%
316	Insufficienza renale		M	1,15	5.642	1%	21%
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata		M	0,70	4.984	1%	22%
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni		M	1,64	4.512	1%	24%
390	Neonati con altre affezioni significative		M	0,21	4.144	1%	25%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale		M	1,26	4.074	1%	26%
430	Psicosi		M	0,77	3.800	1%	27%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC		C	0,89	3.705	1%	28%
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC		M	1,76	3.665	1%	29%
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore		C	2,24	3.543	1%	30%
311	Interventi per via transuretrale senza CC		C	0,72	3.365	1%	30%
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	Potenzialmente inappropriato	M	0,62	3.314	1%	31%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	Potenzialmente inappropriato	M	0,26	3.244	1%	32%
SUBTOTALI					123.239	32%	32%
TOTALI					383.604		

**Tabella 2.4.35 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DELLA MAMMELLA - ANNO 2020
PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA –**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	352	213	60,5%	93	26,4%	46	13,1%
112	TARANTO	491	289	58,9%	141	28,7%	61	12,4%
113	BAT	280	112	40,0%	133	47,5%	35	12,5%
114	BARI	1.058	957	90,5%	29	2,7%	72	6,8%
115	FOGGIA	404	349	86,4%	12	3,0%	43	10,6%
116	LECCE	708	510	72,0%	80	11,3%	118	16,7%
ND		12	-	0,0%	-	0,0%	12	100,0%
TOTALI		3.305	2.430	73,5%	488	14,8%	387	11,7%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti 12 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

**Tabella 2.4.36 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DELL'UTERO - ANNO 2020
 PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA –**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	79	9	11,4%	56	70,9%	14	17,7%
112	TARANTO	104	42	40,4%	58	55,8%	4	3,8%
113	BAT	68	2	2,9%	60	88,2%	6	8,8%
114	BARI	235	219	93,2%	9	3,8%	7	3,0%
115	FOGGIA	108	63	58,3%	14	13,0%	31	28,7%
116	LECCE	128	76	59,4%	27	21,1%	25	19,5%
ND		2	-	0,0%	-	0,0%	2	100,0%
TOTALI		724	411	56,8%	224	30,9%	89	12,3%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti 2 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

Tabella 2.4.37 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL COLON - ANNO 2020
PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA –

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	162	4	2,5%	151	93,2%	7	4,3%
112	TARANTO	239	93	38,9%	127	53,1%	19	7,9%
113	BAT	146	62	42,5%	78	53,4%	6	4,1%
114	BARI	534	319	59,7%	198	37,1%	17	3,2%
115	FOGGIA	230	-	0,0%	202	87,8%	28	12,2%
116	LECCE	369	267	72,4%	87	23,6%	15	4,1%
ND		5	-	0,0%	-	0,0%	5	100,0%
TOTALI		1.685	745	44,2%	843	50,0%	97	5,8%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti N. 5 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

**Tabella 2.4.38 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL PANCREAS - ANNO 2020
PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA –**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	23	-	0,0%	15	65,2%	8	34,8%
112	TARANTO	21	-	0,0%	15	71,4%	6	28,6%
113	BAT	10	2	20,0%	5	50,0%	3	30,0%
114	BARI	56	46	82,1%	-	0,0%	10	17,9%
115	FOGGIA	18	8	44,4%	3	16,7%	7	38,9%
116	LECCE	47	39	83,0%	-	0,0%	8	17,0%
ND		1	-	0,0%	-	0,0%	1	100,0%
TOTALI		176	95	54,0%	38	21,6%	43	24,4%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) è presente N. 1 caso per il quale non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

**Tabella 2.4.39 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL POLMONE - ANNO 2020
PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA –**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	82	-	0,0%	63	76,8%	19	23,2%
112	TARANTO	91	10	11,0%	66	72,5%	15	16,5%
113	BAT	63	-	0,0%	59	93,7%	4	6,3%
114	BARI	218	192	88,1%	5	2,3%	21	9,6%
115	FOGGIA	115	101	87,8%	2	1,7%	12	10,4%
116	LECCE	176	123	69,9%	23	13,1%	30	17,0%
ND		2	-	0,0%	-	0,0%	2	100,0%
	TOTALI	747	426	57,0%	218	29,2%	103	13,8%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti N. 2 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

**Tabella 2.4.40 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DELLA PROSTATA - ANNO 2020
PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA -**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	107	26	24,3%	71	66,4%	10	9,3%
112	TARANTO	157	36	22,9%	101	64,3%	20	12,7%
113	BAT	100	31	31,0%	59	59,0%	10	10,0%
114	BARI	363	295	81,3%	45	12,4%	23	6,3%
115	FOGGIA	119	91	76,5%	14	11,8%	14	11,8%
116	LECCE	260	143	55,0%	71	27,3%	46	17,7%
ND		2	-	0,0%	-	0,0%	2	100,0%
TOTALI		1.108	622	56,1%	361	32,6%	125	11,3%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti N. 2 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

**Tabella 2.4.41 VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DEL RETTO - ANNO 2020
 PROTOCOLLO PNE - RESIDENTI IN PUGLIA -**

ASL RESIDENZA		Nr. Ricoveri Totali	Di cui nella propria ASL		Di cui in altre ASL della Regione		Di cui fuori Regione	
			N.	%	N.	%	N.	%
106	BRINDISI	38	8	21,1%	26	68,4%	4	10,5%
112	TARANTO	66	31	47,0%	27	40,9%	8	12,1%
113	BAT	25	8	32,0%	14	56,0%	3	12,0%
114	BARI	143	134	93,7%	1	0,7%	8	5,6%
115	FOGGIA	74	55	74,3%	2	2,7%	17	23,0%
116	LECCE	111	106	95,5%	1	0,9%	4	3,6%
ND		3	-	0,0%	-	0,0%	3	100,0%
TOTALI		460	342	74,3%	71	15,4%	47	10,2%

Nella Mobilità passiva 2020 (1 invio) sono presenti N. 3 casi per i quali non è possibile attribuire la corretta residenza.

Fonte dei dati: DW A.Re.S.S.

Tavola 2.4.42 – Indicatori di assistenza ospedaliera

Indicatore	2015	2016	2017
% dimessi da reparti chirurgici con DRG medico	30%	28%	28%
% DRG LEA sul totale	29%	24%	22%
% DRG maldefiniti {424, 468, 476, 477}	0,33%	0,34%	0,30%
% DRG spazzatura {469-470}	0,03%	0,03%	0,02%
% parti cesarei {DRG (370,371)/(370:375)}	44%	44%	42%
% ricoveri a criticità minima	63%	61%	58%
% ricoveri DH medico-diag/totale ricoveri DH medici	64%	64%	61%
% ricoveri urgenti	54%	54%	55%
Numero ricoveri DRG LEA	168.463	134.054	111.172
percentuale dei ricoveri LEA / ricoveri NON LEA	40%	32%	27%
Peso medio anziani	1,25	1,29	1,32
Indice attrazione fuori regione	5,67%	6,08%	6,02%
Numero accessi DH chirurgico	46.145	33.886	26.168
Numero medio accessi DH chirurgico	1,41	1,4	1,56
Numero ricoveri DH chirurgico	32.754	24.177	16.764
Peso medio ricoveri DH chirurgici	0,87	0,93	0,99
Valore economico medio DH chirurgici	1.444	1.500	1.559
% ricoveri in DH medico con un accesso	50%	52%	47%
Accessi medi DH medico	3,31	2,75	2,91
Numero accessi DH medico	186.066	110.678	92.059
Numero ricoveri DH medico	56.225	40.315	31.595
Peso medio ricoveri DH medici	0,75	0,78	0,77
Valore economico medio DH medici	825	628	663
Numero totale ricoveri DH	88.993	64.501	48.370
Peso relativo ricoveri DH	70.778	53.647	40.809
Posti letto DH attribuibili (all'80%)	795	495	405
Posti letto DH/DS	941	906	863
Valore economico ricoveri DH	93.743.665	61.614.219	47.115.043
Indicatore	2015	2016	2017
Degenza media ordinari	7,01	7,07	7,19
Giornate di degenza ordinari	3.507.218	3.424.377	3.359.881
Indice di rotazione	40	39	39
Indice di turnover	2	2	2
Numero ricoveri ordinari	500.151	484.516	467.231
N° medio presenti giornaliero	9.609	9.382	9.205
Occupazione media percentuale	77%	76%	76%
Posti letto ORD attribuibili (all'80%)	12.011	11.727	11.506
Posti letto ordinari	12.455	12.365	12.047
% chirurgici/Totale ordinari	34%	35%	36%
% DRG complicati/omologhi	35%	35%	35%
% Ricoveri con peso<=1	61%	59%	57%
% Ricoveri con peso>2,5	4%	5%	5%
% Ricoveri peso tra 1 e 2,5	35%	36%	38%
Degenza media preoperatoria	1,99	1,95	1,95
Peso medio chirurgici	1,55	1,58	1,61

Peso medio ordinari	1,06	1,08	1,1
Peso totale ordinari	528.075	522.704	514.838
Valore economico ordinari	1.689.921.589	1.693.969.884	1.681.983.252
% Ricoveri 0-1g/Totale ordinari	12%	11%	10%
Numero ricoveri 0-1g	57.795	54.349	48.699
Valore economico ricoveri 0-1g	45.288.047	43.040.746	39.799.090
% Ricoveri 2gg/Totale	13%	13%	13%
Numero ricoveri 2gg	66.085	64.611	62.133
Valore economico ricoveri 2gg	162.913.606	166.749.063	162.338.679
% ricoveri norma/Totale ordinari	85%	85%	86%
Numero ricoveri norma	424.592	413.325	401.936
Peso medio ricoveri norma	1,1	1,12	1,14
Val economico medio ricoveri norma	3.687	3.803	3.894
Indicatore	2015	2016	2017
Valore economico ricoveri norma	1.565.567.457	1.571.927.312	1.565.374.731
% outliers/Totale ordinari	4%	3%	4%
% ricoveri medici outliers età>=65 sul totale ricoveri medici età>=65	3%	4%	4%
Numero outliers	17.764	16.842	16.596
Valore economico outliers	79.066.084	79.001.825	76.809.429
Numero ricoveri totali	589.144	549.017	515.601
Peso medio ricoveri totali	1,02	1,05	1,08
Peso relativo ricoveri totali	598.854	576.352	555.648
Posti letto attribuibili (occupazione al 90%)	11.383	10.864	10.588
Posti letto attribuibili (occupazione all'80%)	12.806	12.222	11.911
Posti letto totali	13.396	13.271	12.910
Valore economico ricoveri totali	1.783.665.254	1.755.584.105	1.729.098.296