

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 maggio 2024, n. 593

“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: Riqualificazione del “MONOBLOCCO” del Policlinico Riuniti di Foggia.

Il Presidente, sulla base dell’istruttoria espletata dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie così come confermata dalla Dirigente di Sezione e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, riferisce quanto segue.

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 hanno consentito alla Regione di sottoscrivere fino ad oggi 4 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 (successivamente ridotti a € 224.006.114,91 a seguito di revoca parziale) – “l’accordo di programma, stralcio 2004”;
 - 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”;
 - 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”;
 - Accordo integrativo sottoscritto in data 22/06/2023 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 282.625.000,00–“Il Accordo integrativo di Programma, 3° stralcio, 2022” (relativo agli interventi: “Nuovo Ospedale del Nord Barese” e “Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo”);
- le procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli Accordi di programma ex art. 5 bis del d.lgs. 502/1992, sono disciplinate nell’Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, a cui si rimanda per una trattazione più completa della materia;
- detto Accordo è stato successivamente integrato con l’Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la “Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità”;
- secondo quanto previsto dal paragrafo 1.3 dell’Allegato “A” al suddetto Accordo Stato-Regioni del 28/2/2008 “per la stipula dell’Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all’Accordo di Programma da stipulare. Le schede tecniche vengono, inoltre, trasmesse anche utilizzando il sistema “Osservatorio”. Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l’articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell’economia e finanze per l’acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa. (...) A completamento dell’iter e dopo l’espressione dell’intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della salute e il soggetto interessato sottoscrivono il Protocollo di 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."

Dato atto che:

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 987 del 17/07/2023 è stata approvata un'ulteriore proposta di programma di investimenti contenente gli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese da finanziarsi con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988, unitamente al relativo "DOCUMENTO PROGRAMMATICO DEGLI INVESTIMENTI IN SANITÀ PER LA PUGLIA - INTERVENTI PER IL II ACCORDO INTEGRATIVO – MODIFICA 2° STRALCIO" nella versione aggiornata a giugno 2023, che prevede un importo a carico dello Stato pari a € 195.331.832,86 (corrispondente al 95% dell'importo complessivo);
- tale proposta, in adempimento alle procedure di cui sopra, è stata inviata al Ministero con nota prot. AOO_081/PROT/21/07/2023/0001568 ed è stata già valutata positivamente dal Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute con parere n. 22 del 28/11/2023 (parere con prescrizioni e raccomandazioni); il relativo Accordo di Programma è prossimo alla sottoscrizione;
- l'Accordo integrativo sottoscritto in data 18/11/2020 con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 318.440.000,00 ("*Il Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020*"), invece, è in fase di revoca in applicazione dell'articolo 1, comma 310, della legge n. 266/2005, come modificato dall'art. 1, comma 436, della l.n. 205/2017, giusta comunicazione del Ministero n. prot. 0044125-27/12/2023-DGPROGS-MDS-P e successivo riscontro di questa Regione n. prot. 0066999/2024 del 06/02/2024;

Considerato che:

- tra gli interventi del *Il Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020*, sottoscritto in data 18/11/2020, in fase di revoca, era ricompreso l'intervento "*Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia*", per un importo di € 40.000.000,00, di cui € 38.000.000,00 a carico dello Stato;
- in fase di progettazione definitiva e poi esecutiva di tale intervento, si è reso necessario introdurre modifiche che hanno comportato, rispetto allo Studio di Fattibilità del 2018 (sulla base del quale era stato sottoscritto l'Accordo di Programma 2020), un incremento delle superfici complessive e dei costi: l'importo complessivo da progetto esecutivo è pari a € 68.379.165,82;
- il soggetto beneficiario A.O.U. Policlinico Riuniti di Foggia ha comunicato che la verifica, ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs 50/2016, del progetto esecutivo dell'intervento, la cui denominazione estesa è "*INTERVENTO PER RIQUALIFICAZIONE INSEDIATIVA PER MESSA A NORMA ANTISISMICA DEL DENOMINATO "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) DEL P.O. OSPEDALI RIUNITI*", è stata completata in data 16/02/2024;
- trattandosi di intervento finalizzato prioritariamente alla risoluzione di criticità strutturali di natura antisismica, la rilevanza strategica è confermata ed è interesse di questa Regione assicurarne la copertura finanziaria per consentirne l'esecuzione in tempi brevi;

Rilevato che:

- ad oggi le risorse totali ex art. 20 l. 67/88 ripartite alla Puglia e destinate alla sottoscrizione di Accordi di Programma, al netto delle quote assegnate dall'art. 1 comma 264 e 265 della L. n. 234/2021 (Riparto PANFLU), ammontano a € 1.830.156.515,14 (quota Stato);
- il valore della quota Stato relativa agli accordi già sottoscritti, al netto delle revoche già formalizzate, è pari a € 1.241.294.424,91;
- il valore della quota Stato relativa all'Accordo di Programma di prossima sottoscrizione di cui sopra è pari a € 195.331.832,86;
- alla luce di quanto sopra, risultano ancora ufficialmente utilizzabili € 393.530.257,37 (= € 1.830.156.515,14 - € 1.241.294.424,91 - € 195.331.832,86);

- in aggiunta ai suddetti € 393.530.257,37, si renderà nuovamente disponibile l'importo di € 318.440.000,00 relativo al *Il Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020*, non appena la revoca dello stesso sarà formalizzata dal Ministero con apposito Decreto;
- è stata elaborata una nuova proposta di programma di investimenti a valere sulle risorse residue ex art. 20 della l. n. 67/1988 contenente un unico intervento, dal titolo "*INTERVENTO PER RIQUALIFICAZIONE INSEDIATIVA PER MESSA A NORMA ANTISISMICA DEL DENOMINATO "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) DEL P.O. OSPEDALI RIUNITI*", unitamente al relativo Documento Programmatico "*INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 - VERSIONE MAGGIO 2024*" per un importo tot. di € 71.000.000,00 di cui € 67.450.000,00 a carico dello Stato ed € 3.550.000,00 a carico della Regione; tale importo è compatibile con le risorse residue di cui sopra;

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

- approvare la proposta di programma di investimenti che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988, "Allegato A" alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- approvare Documento Programmatico "*INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 - VERSIONE MAGGIO 2024*", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- dare mandato al Direttore del Dipartimento Promozione della salute e del Benessere Animale e al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento dell'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. il, 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 n. 938/2023.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto
 indiretto
 neutro

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii..

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico – finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale. La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni di natura finanziaria sul Fondo Sanitario Regionale.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. d) della Legge regionale n.7/1997:

1. 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, "Allegato A" alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di **approvare** il Documento Programmatico "INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 – VERSIONE MAGGIO 2024", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale.
3. Di **notificare** il presente provvedimento a cura della Direzione del Dipartimento Salute alla Direzione del Dipartimento Bilancio, Affari Generali ed Infrastrutture ed alla Sezione Bilancio e Ragioneria per la verifica delle somme destinabili ad assicurare il 5% del cofinanziamento regionale.
4. Di **dare mandato** al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale ed al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento dell'accordo.
5. Di **autorizzare** il Responsabile Regionale dell'Accordo di programma - Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie ad approvare con propri atti eventuali modifiche e/o integrazioni non sostanziali sempre nell'ambito della cornice programmatica approvata con il presente provvedimento.
6. Di **disporre** la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Provvedimenti", sotto-sezione "Provvedimenti organi di indirizzo politico" del sito www.regione.puglia.it, ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D.lgs 33/2013.
7. 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 ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE "RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE":

Concetta Ladalarido

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO "PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE":

Vito Montanaro

IL PRESIDENTE

Michele Emiliano

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dal Presidente;
- 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 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, "Allegato A" alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di **approvare** il Documento Programmatico "INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 – VERSIONE MAGGIO 2024", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte

integrante e sostanziale.

3. Di **notificare** il presente provvedimento a cura della Direzione del Dipartimento Salute alla Direzione del Dipartimento Bilancio, Affari Generali ed Infrastrutture ed alla Sezione Bilancio e Ragioneria per la verifica delle somme destinabili ad assicurare il 5% del cofinanziamento regionale.
4. Di **dare mandato** al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale ed al responsabile regionale dell'Accordo di Programma di provvedere a tutti gli adempimenti necessari ai fini del perfezionamento dell'accordo.
5. Di **autorizzare** il Responsabile Regionale dell'Accordo di programma - Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie ad approvare con propri atti eventuali modifiche e/o integrazioni non sostanziali sempre nell'ambito della cornice programmatica approvata con il presente provvedimento.
6. Di **disporre** la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Provvedimenti", sotto-sezione "Provvedimenti organi di indirizzo politico" del sito www.regione.puglia.it, ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D.lgs 33/2013.
7. Di **disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

Concetta
Ladalaro
06.05.2024
14:58:37
GMT+01:00



Codice CIFRA: SIS/DEL/2024/0000XX

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

Codice	Intervento	Importo complessivo €	Quota Stato (95%) €	Quota Regione (min. 5%) €
1	INTERVENTO PER RIQUALIFICAZIONE INSEDIATIVA PER MESSA A NORMA ANTISISMICA DEL DENOMINATO "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) DEL P.O. OSPEDALI RIUNITI	71.000.000,00	67.450.000,00	3.550.000,00



Allegato B

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

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

**INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO
EX ART. 20 L.N. 67/1988**

**VERSIONE
MAGGIO 2024**

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

Versione	Data	Note
1.0	Marzo 2024	Versione iniziale
1.1	Aprile 2024	Versione intermedia
1.2	Maggio 2024	Versione finale

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

dott.ssa Concetta Ladalardo, Dirigente Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, Responsabile regionale per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988.
c.ladalardo@regione.puglia.it

Ing. Giuditta D'Amico, Referente Amministrativo per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988
g.damico@regione.puglia.it

Sommario

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	7
0.1 PREMESSA	7
0.2 LO STATO DI ATTUAZIONE DEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L.N. 67/1988	7
0.3 SINTESI DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI	8
<u>1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI</u>	10
1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO	10
1.1.1. PROFILO DEMOGRAFICO E SOCIOECONOMICO	11
1.2 QUADRO EPIDEMIOLOGICO	20
MORTALITÀ ED OSPEDALIZZAZIONE	21
MALATTIE CRONICHE	21
PATOLOGIE CRONICHE	21
1. Diabete	22
2. Ipertensione	22
3. BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria	22
4. Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)	22
1.3 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	23
QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	46
1.3.1. QUADRO NORMATIVO	48
1.4 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	49
1.4.1. CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	49
1.4.2. OFFERTA ANTE OPERAM	50
<u>LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA</u>	53
1.5 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI	53
1.5.1. ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ	54
1.5.2. LA CATENA DEGLI OBIETTIVI	55
1.6 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI DALL'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO RIUNITI DI FOGGIA	55
<u>IMPREVISTI E ARROTONDAMENTI</u>	60
1.6.1. L'OFFERTA POST-OPERAM	62
1.7 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	62
1.7.1. RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ	62
1.7.2. ANALISI DEI RISCHI	62
<u>2. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE</u>	66
2.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE	66
2.1.1. COERENZA CON IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	66
2.1.2. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA	68

2.1.3. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI	69
2.2 SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI	71
2.2.1. FATTIBILITÀ TECNICA	71
2.2.2. SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	71
2.2.3. SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE	72
2.2.4. SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE	72
2.2.5. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	72
3. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	74
3.1 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI	74
3.1.1. INDICATORI DI CONTESTO	74
3.1.2. INDICATORI DI PROGRAMMA	76
3.1.3. INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	77
3.2 VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	78
4. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO	79
4.1 PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA	79
4.1.1. VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	80
4.2 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA	81
Bibliografia e link utili	82
SCHEDE DI SINTESI DEGLI INTERVENTI	83
SCHEDE DI RIFERIMENTO	85

Allegati

- A. Schede degli interventi

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.1 Premessa

Le risorse assegnate alla Puglia per accordi di programma a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988 hanno consentito alla Regione di sottoscrivere fino ad oggi i seguenti 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 – “I 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 - “I 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 – “II Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020”, poi revocato
- d) Accordo integrativo sottoscritto in data 22/06/2023 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 282.625.000,00 – “II Accordo integrativo di Programma, 3° stralcio, 2022” (relativo agli interventi: “Nuovo Ospedale del Nord Barese” e “Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo”)

E' in corso di sottoscrizione un ulteriore Accordo stralcio approvato con DGR n. 987/2023 che comprende 16 interventi per un importo complessivo a carico dello Stato pari a € 205.612.455,64 di cui € 195.331.832,86 a carico dello Stato.

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

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

Per quanto riguarda l'Accordo di Programma stralcio sottoscritto nel 2020 si articolava 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;

Per i suddetti quattro interventi non si è addivenuta alla fase di emanazione del decreto di ammissione, pertanto, si è convenuto di applicare il comma 311 della L 266/2005.

Alla luce delle mutate esigenze anche in termini di risorse economiche necessarie, emerse in corso di redazione dei progetti, si prevede di riproporre la riprogrammazione degli stessi interventi, adeguando il quadro economico esigenziale.

Inoltre l'art. 1 comma 13 del DL 19/2024 prevede che *“Gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», già finanziati a carico del Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2), del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, ad esclusione di quelli delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono*

posti a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67" pertanto si ritiene sin d'ora di programmare le risorse art. 20 L. 67/88 per la copertura degli interventi di antisismica.

Per quanto riguarda l'Accordo di Programma stralcio sottoscritto il 22/06/2023, invece, che prevede un impegno finanziario complessivo di euro 297.500.000,00, di cui il 95%, pari a euro 282.625.000,00, a carico dello Stato, comprende i seguenti due interventi:

- a) completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, per un importo complessivo di € 105.000.000,00 di cui € 99.750.000,00 a carico dello Stato;
- b) Nuovo Ospedale del "Nord Barese", per un importo complessivo di € 192.500.000,00 di cui € 182.875.000,00 a carico dello Stato.

è già divenuto a decreto di ammissione a finanziamento l'intervento a) "Completamento del Nuovo Ospedale di San Cataldo".

E' stata aggiudicata la gara per la progettazione del PFTE del Nuovo Ospedale Nord Barese.

0.3 Sintesi del programma di investimenti

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

- a) la realizzazione di pochi nuovi ospedali di riferimento provinciale, capaci di completare l'offerta e sostituire i presidi e stabilimenti ospedalieri obsoleti o non più nelle condizioni di operare in condizioni di sicurezza e qualità, date le loro dimensioni e le loro collocazioni in contesti urbani già troppo congestionati;
- b) l'ammodernamento e il potenziamento tecnologico dei presidi ospedalieri di eccellenza e di riferimento regionale (I e II livello), per ridurre la mobilità passiva, incrementare l'appropriatezza e ridurre le liste d'attesa per esami diagnostici specialistici;
- c) la riconversione dei presidi ospedalieri che possono accogliere presidi territoriali di assistenza nei quali assicurare assistenza specialistica e residenziale (p.l. hospice, residenziali per anziani, riabilitazione, ecc.);
- d) il completamento della rete dei servizi sanitari territoriali e distrettuali con poliambulatori, consultori, centri di salute territoriale, sedi per la medicina di gruppo e la continuità assistenziale.

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.

La nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, definita dal 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 accreditati e 25 case di cura private accreditate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.”

Sulla base della suddetta ricognizione, sono stati selezionati gli interventi prioritari tra quelli segnalati delle Aziende Sanitarie in coerenza con la programmazione regionale in materia di rete ospedaliera così come descritta nei precedenti paragrafi.

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

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

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

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

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

Il quadro finanziario complessivo del presente DP è riportato nella tabella seguente.

Tabella 0.1 Quadro finanziario aggregato del documento programmatico

Codice	Intervento	Importo complessivo €	Quota Stato (95%) €	Quota Regione (min. 5%) €
1	Intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata "Monoblocco" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia",	71.000.000,00	67.450.000,00	3.550.000,00
	TOTALE	71.000.000,00	67.450.000,00	3.550.000,00

1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

1.1 La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

La Puglia è la regione più orientale d'Italia e, con circa 800 chilometri di coste, è una delle regioni italiane con maggiore sviluppo costiero. Nel 2010 il Ministero della Salute ha dichiarato balneabile il 98% delle coste

pugliesi. L'interno della regione è prevalentemente pianeggiante e collinare, senza evidenti contrasti tra un territorio e l'altro.

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 (FG); dalla Pianura Salentina, un vasto e uniforme bassopiano del Salento che si estende per gran parte del brindisino (piana brindisina), per tutta la parte settentrionale della provincia di Lecce, fino alla parte meridionale della provincia di Taranto; dalla fascia costiera della Terra di Bari, quella parte di territorio stretto tra le Murge e il mare Adriatico e comprendente l'intero litorale dalla foce dell'Ofanto fino a Fasano.

1.1.1. Profilo demografico e socioeconomico

Nel 2022 sono 18 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 42% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,2% della popolazione vive in piccoli Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; sono, infatti, molto estese in termini di superficie ma poco in termini demografici le zone rurali, concentrate prevalentemente in provincia di Foggia (con il sub-appennino Dauno e il Gargano) e in provincia di Lecce con l'entroterra salentino. Infine, il 39 % della popolazione pugliese, cioè circa 1.542.734 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

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

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

Tabella 1.1 Popolazione e suddivisione amministrativa (2022)

Territorio	Numero di Comuni	Totale popolazione	Superficie (Km ²)
Bari	41	1.226.784	3863
Bat	10	380.616	1543
Brindisi	20	381.273	1861
Foggia	61	599.028	7007
Lecce	96	775.348	2799
Taranto	29	559.892	2467

Totale Regione	257	3.922.941	19540
----------------	------------	------------------	--------------

Fonte: Istat

Da fonte ISTAT, la popolazione residente in Puglia nel 2022 ammonta a 3.922.941 con una lieve prevalenza di femmine (51,3%) rispetto ai maschi (48,7%). Del totale, 1.226.784 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 23,4%, di poco più bassa alla percentuale nazionale (23,8%).

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.

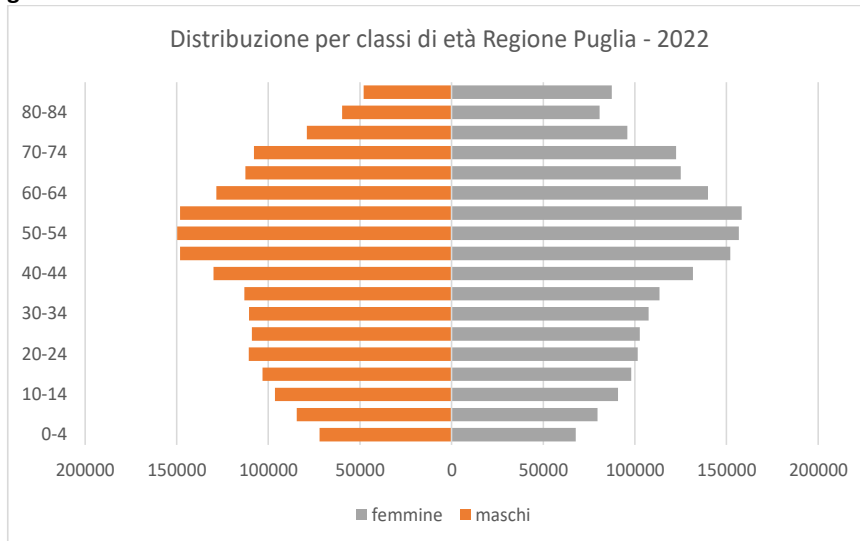
Tav 1.2 Popolazione e principali classi di età (2022)

Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	25.992	192.464	754.468	279.852	82.584	1.226.784
Bat	8.498	63.419	238.621	78.576	22.022	380.616
Brindisi	7.313	56.680	231.744	92.849	27.775	381.273
Foggia	12.917	97.688	366.248	135.092	41.100	599.028
Lecce	14.837	113.659	464.754	196.935	62.494	775.348
Taranto	11.000	86.598	337.809	135.485	39.951	559.892
Totale Regione	80.557	610.508	2.393.644	918.789	275.926	3.922.941

Classi di età (valori percentuali)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	% popolazione per provincia
Bari	2,1	15,7	61,5	22,8	6,7	31,27
Bat	2,2	16,7	62,7	20,6	5,8	9,70
Brindisi	1,9	14,9	60,8	24,4	7,3	9,72
Foggia	2,2	16,3	61,1	22,6	6,9	15,27
Lecce	1,9	14,7	59,9	25,4	8,1	19,76
Taranto	2,0	15,5	60,3	24,2	7,1	14,27
Totale Regione	2,1	15,6	61,0	23,4	7,0	100,0

Fonte: Istat

Figura 1.1. - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2022 per genere e classe di età.



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

Età	maschi	femmine	Totale
0-4	72099	67756	139855
5-9	84550	79595	164145
10-14	96440	90834	187274
15-19	103156	98042	201198
20-24	110637	101573	212210
25-29	109035	102654	211689
30-34	110548	107583	218131
35-39	113031	113486	226517
40-44	129849	131783	261632
45-49	148116	152086	300202
50-54	149680	156695	306375
55-59	148200	158332	306532
60-64	128405	139987	268392
65-69	112549	125011	237560
70-74	107887	122490	230377
75-79	79020	95906	174926
80-84	59703	80729	140432
85+	48004	87490	135494
totale	1910909	2012032	3922941

Il 23,4% 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 2022 si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 15,6% contro il 23,4%.

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 2022, a 19,4, poco più basso del dato nazionale (19,79).

Tavola 1.3 – Indice di dipendenza giovani

Indice di dipendenza giovani M+F

Aree	2019	2020	2021	2022
1 Piemonte	19,81	19,63	19,44	19,1
2 Valle d'Aosta	20,62	20,31	19,93	19,47
3 Lombardia	21,19	20,93	20,68	20,29
4 Trentino-Alto Adige	23,3	23,02	22,87	22,76
5 Veneto	20,57	20,23	19,96	19,63
6 Friuli-Venezia Giulia	19,33	19,08	18,84	18,54
7 Liguria	18,28	18,16	18,03	17,77
8 Emilia-Romagna	20,64	20,35	20,08	19,74
9 Toscana	19,75	19,47	19,22	18,86
10 Umbria	19,96	19,74	19,52	19,14
11 Marche	20,02	19,78	19,56	19,23
12 Lazio	20,37	20,26	20,13	19,74
13 Abruzzo	19,36	19,31	19,26	19,04
14 Molise	17,61	17,59	17,51	17,3
15 Campania	21,58	21,62	21,57	21,15
16 Puglia	20,04	19,9	19,73	19,4
17 Basilicata	18,16	18,1	18,01	17,77
18 Calabria	20,24	20,42	20,5	20,27
19 Sicilia	21,09	21,17	21,2	20,92
20 Sardegna	17,13	17,29	16,92	16,56
21 Italia	20,44	20,32	20,13	19,79

Fonte: Health for all

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

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

La speranza di vita alla nascita in Puglia (82,4 anni) e la speranza di vita a 65 anni (20,5 anni) (**tavola 1.4**), secondo il dato più recente del 2022 (stimato), in linea rispetto la media nazionale (speranza vita alla nascita 82,6 anni; speranza di vita a 65 anni pari a 20,4 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.

Tavola 1.4 - Indicatori demografici 2022, Puglia vs Italia

Indicatore	Puglia			Italia
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2022	3.922.941	1.910.909 (48,7%)	2.012.032 (51,3%)	59.030.133
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,5%			12,7% 63,5%
15-64	64,1%			23,8%
65+	23,4%	-	-	
% cittadini stranieri	3,4%	3,6%	3,3%	8,5%
Età media della popolazione	45,7			46,2
Indice di vecchiaia	187,0%	-	-	187,6%
Indice dipendenza anziani	36,6%	-	-	37,5%
Indice dipendenza strutturale	56,1%	-	-	57,5%
Tasso di mortalità x 1.000	11,4	-	-	12,1
Speranza di vita alla nascita *	82,4	80,3	84,6	82,6
Speranza di vita a 65 anni *	20,5	19,0	22,0	20,4
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,7
Età media della madre al parto *	32,3	-	-	32,4
Mortalità infantile x 1.000 (2020)	3,1	2,84	3,38	2,51

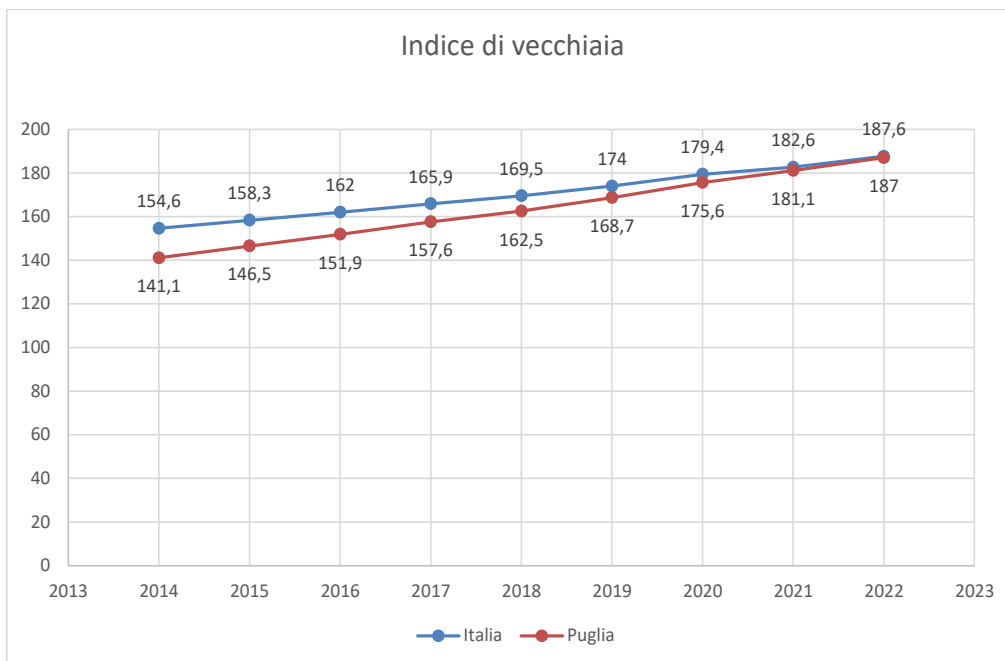
Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2022 (<http://demo.istat.it/>)

* Provvisorio 2022

Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale nel 2022 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 2022 il valore di 187,0: 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 (187,6), tale indice tra il 2014 e il 2022 in Puglia è cresciuto del 32%, rispetto all'andamento che si registra a livello nazionale per lo stesso periodo (+21%).

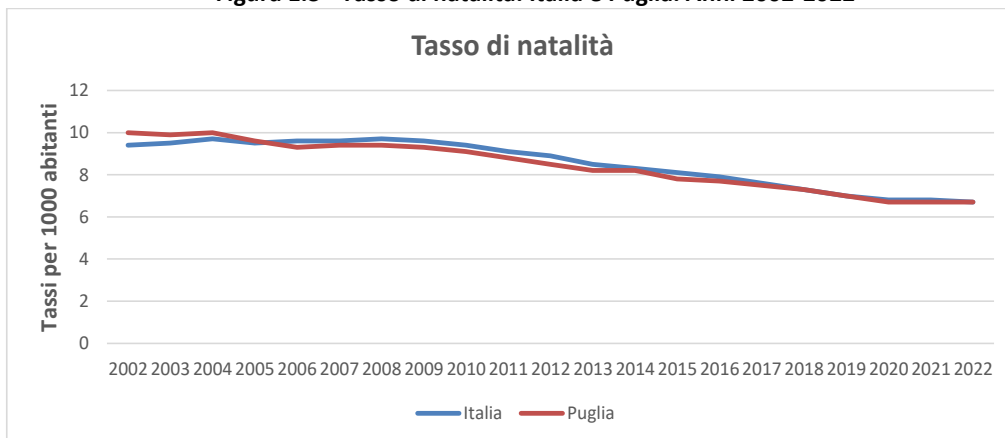
Figura 1.2 Indice vecchiaia Puglia vs Italia



Fonte: Istat

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 2022 (6,7 in Italia).

Figura 1.3 - Tasso di natalità. Italia e Puglia. Anni 2002-2022



Fonte: Istat
Dati provvisori anno 2022

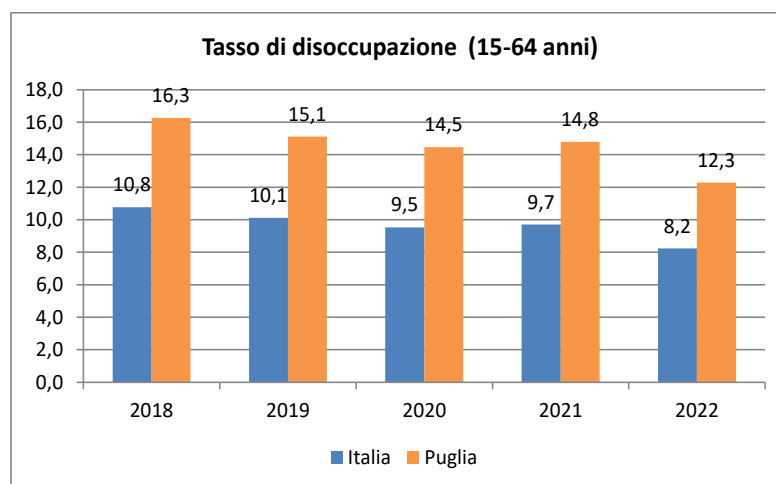
	Tasso di natalità	
	Italia	Puglia
2002	9,4	10
2003	9,5	9,9
2004	9,7	10

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
2022	6,7	6,7

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 2022 del tasso di disoccupazione in Puglia (fascia di età 15-64 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 2022 si attestano al 12,3% rispetto all' 8,2% a livello nazionale.

Figura 1.4 Tasso di disoccupazione 2018-2022 Puglia Vs Italia



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

Ultimi dati disponibili

Tasso di disoccupazione (15-64 anni)					
	2018	2019	2020	2021	2022
Italia	10,8	10,1	9,5	9,7	8,2
Puglia	16,3	15,1	14,5	14,8	12,3

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.

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

Indicatore	Puglia	Italia
Popolazione 20-24 anni che ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore (2021)	78,5	83,4
Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (2021)	19,1	26,8
Giovani che abbandonano prematuramente i percorsi di istruzione e formazione professionale (2021)	17,6	12,7
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2021)	0,297	0,333
Reddito mediano famigliare (€) (2021)	24.772	26.979
Distribuzione per quintili di reddito (2021)	Puglia	Italia
Q1	29,5	20,0
Q2	28,9	20,0
Q3	20,2	20,0
Q4	12,4	20,0
Q5	9,1	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2022)		
Ottime	0,3	1,5
Adeguate	63,7	65,6
Scarse	31,7	29,4
Assolutamente insufficienti	4,4	3,5

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

In Puglia nel 2021 la percentuale di popolazione 20-24 anni che ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore è pari al 78,5% (in Italia 83,4). Inoltre la percentuale di giovani che abbandonano

prematamente i percorsi di istruzione e formazione professionale nel 2021 è il 17,6% (12,7% 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 2021 l'indice di concentrazione dei redditi famigliari è pari 0,297, in linea con i dati nazionali (0,333 valore nazionale).

In Puglia i redditi mediani famigliari nel 2021 sono più bassi rispetto ai dati nazionali (€ 24.772 in Puglia; € 26.979 in Italia).

L'Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato infatti che per il 2022 il 31,7% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 29,4% delle famiglie italiane) e che il 4,4 % 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 2022 il 21,0% delle famiglie si trova in una condizione di povertà relativa rispetto al 10,9% a livello nazionale.

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

Incidenza della povertà (famiglie)

Aree	2018	2019	2020	2021	2022
1 Piemonte	6,6	7,5	6,1	7,5	8,5
2 Valle d'Aosta	4,1	4,2	5,4		
3 Lombardia	7,3	6	6,7	5,9	5,9
4 Trentino-Alto Adige	6,6	4,8	4,3	4,5	3,8
5 Veneto	5,2	10,3	6,7	7,9	6,4
6 Friuli-Venezia Giulia	7,9	5,3	6,8	5,7	5,8
7 Liguria	7,3	9,2	6,9	7,1	6,6
8 Emilia-Romagna	5,4	4,2	5,3	6	5,6
9 Toscana	5,8	5,8	5,9	6,7	6,3
10 Umbria	14,3	8,9	8	9,5	10
11 Marche	10,7	9,5	9,3	6,8	8,6
12 Lazio	7,3	7,5	5,7	6,7	5,5
13 Abruzzo	9,6	15,5	12	11,5	10,7
14 Molise	17,5	15,7	17,9	19	18,4
15 Campania	24,9	21,8	20,8	22,8	22,1
16 Puglia	20	22	18,1	27,5	21
17 Basilicata	17,9	15,8	23,4	17,7	19,1
18 Calabria	30,6	23,4	20,8	20,3	31,6
19 Sicilia	22,5	24,3	17,7	18,3	18,8
20 Sardegna	19,3	12,8	13,9	16,1	15,3
21 Italia	11,8	11,4	10,1	11,1	10,9



22	Italia	11,8	11,4	10,1	11,1	10,9
----	--------	------	------	------	------	------

Fonte: Hfa Istat

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

Nella **tavola 1.7** sono riportati gli indicatori BES edizione 2022. Confrontandoli con i rispettivi indicatori a livello nazionale si notano per la Puglia valori superiori, in particolar modo per il "Rischio di povertà" (Puglia 25,4% vs Italia 20,1% per anno 2021) e per la percentuale di persone in "Grave deprivazione materiale" (Puglia 8,6% vs Italia 5,9% per anno 2021). Inoltre il "Reddito disponibile lordo pro-capite" nel 2021 è pari a € 15.392 rispetto a € 19.753 a livello nazionale.

Tavola 1.7 Indice BES (Benessere Equo Sostenibile) edizione 2022 - Puglia vs Italia

129

bes 2022

127

4. Benessere economico

Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Reddito disponibile lordo pro-capite (a)	Disuguaglianza del reddito disponibile	Rischio di povertà (b) (c)	Ricchezza netta media pro-capite (a)	Povertà assoluta (b)	Grave deprivazione materiale (b) (d)	Grave deprivazione abitativa (b) (e)	Grande difficoltà ad arrivare a fine mese (b) (f) (g)	Basso intensità d'asino (b) (h)	Sovracosto del costo dell'abitazione (b) (i) (**)	Situazione economica della famiglia (b)
	2021	2020 (*)	2021 (**)	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2022
Piemonte	21.729	4,7	13,7	---	---	4,5	9,8	7,2	7,3	48,3	
Valle d'Aosta/Vallee d'Aoste	21.593	4,0	8,0	---	---	---	11,7	4,9	6,1	5,5	34,8
Liguria	22.348	5,8	17,8	---	---	4,1	8,6	5,6	10,6	8,6	33,9
Lombardia	23.842	5,1	12,3	---	---	2,7	4,3	8,3	5,3	7,5	33,1
Trentino-Alto Adige/Südtirol	24.324	4,1	9,8	---	---	---	5,7	2,9	5,4	8,2	30,4
Basilicata/Bazone	26.296	4,0	7,7	---	---	---	8,4	4,7	4,2	8,9	30,5
Trento	22.387	4,4	12,0	---	---	---	3,0	1,7	4,8	7,9	30,2
Veneto	21.800	4,5	13,7	---	---	1,2	4,3	4,4	5,8	5,7	38,0
Friuli-Venezia Giulia	21.425	4,2	10,9	---	---	2,1	2,3	3,6	8,4	4,4	35,5
Emilia-Romagna	23.788	4,4	9,6	---	---	0,8	3,0	3,4	3,9	4,3	37,1
Toscana	20.747	4,7	12,4	---	---	2,6	5,3	2,7	8,4	7,7	37,9
Umbria	19.278	4,3	12,1	---	---	2,0	5,9	2,3	6,8	4,5	35,7
Marche	19.423	3,7	8,0	---	---	4,4	5,8	5,7	7,9	3,4	39,8
Lazio	21.801	6,0	20,6	---	---	5,5	7,3	5,2	11,4	4,5	31,4
Abruzzo	17.871	4,5	27,7	---	---	7,2	10,3	20,8	13,2	4,4	38,7
Molise	15.742	4,5	29,3	---	---	---	11,6	16,8	16,5	3,0	35,6
Campania	14.913	7,5	37,4	---	---	17,3	6,8	31,9	29,6	11,6	28,6
Puglia	15.392	6,0	25,4	---	---	8,6	5,2	9,9	13,7	8,7	34,2
Basilicata	15.732	4,3	27,4	---	---	4,3	6,8	8,2	9,8	4,3	29,2
Calabria	14.108	6,4	33,2	---	---	0,7	4,5	6,4	11,8	5,5	32,4
Sicilia	14.764	7,2	38,1	---	---	9,6	6,7	8,8	22,9	9,5	30,7
Sardegna	16.859	6,1	27,0	---	---	6,0	5,9	11,9	18,4	4,3	30,4
Nord	22.757	4,9	12,5	120.340	0,2	2,4	5,2	6,0	5,9	6,8	35,8
Nord-ovest	23.126	5,2	13,2	---	8,0	3,3	6,2	7,6	6,3	7,6	35,2
Nord-est	22.251	4,5	11,5	---	8,6	1,1	3,7	3,8	5,3	5,3	34,7
Centro	20.420	5,2	15,0	93.886	7,3	4,3	6,4	4,3	9,7	6,4	34,7
Mezzogiorno	15.111	6,5	33,1	53.349	12,1	10,8	6,5	18,4	20,6	8,6	34,3
Sud	15.030	6,4	32,0	---	13,2	11,8	6,4	19,7	20,1	8,8	32,1
Isole	15.282	7,0	35,5	---	9,9	8,7	6,5	9,6	21,9	8,2	38,6
Italia	19.753	5,9	20,1	91.896	9,4	5,6	5,9	9,1	11,7	7,2	35,1

(a) In euro;
 (b) Per 100 persone;
 (c) Per Valle d'Aosta dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (d) Per Valle d'Aosta, provincia autonoma di Bolzano e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (e) Per Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (f) Per Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Calabria dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (g) Percentuale di persone in famiglie che riaccano ad arrivare a fine mese con grande difficoltà;
 (h) Per Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, provincia autonoma di Trento e Bolzano, Umbria e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (i) Per Valle d'Aosta, provincia autonoma di Bolzano e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;
 (***) Indica la riferimento all'anno di conseguimento del reddito (2020) e non all'anno di indagine (2021).
 (***) Indica la riferimento all'anno di indagine (2021) mentre i tassi di conseguimento del reddito a l'anno precedente (2020).

Fonte: Istat- Il benessere equo e sostenibile in Italia – BES 2022

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

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.

Malattie Croniche

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

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

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

La sorveglianza Passi ha evidenziato come, nel biennio 2021-2022, al 18.5% della popolazione italiana intervistata fra 18 e 69 anni e al 59.0% 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 rispetto a quella nazionale (10.7% vs 18.5%) nella fascia 18-69 anni e nella fascia degli ultra64enni (48.7% vs 59.0) [Tabella 2.2.2].

In Italia, le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono le malattie respiratorie croniche (6.4%), le cardiopatie (5%), il diabete (4.7%). Tra gli ultra 64enni le cardiopatie (27.8%), il diabete (20.7%), le malattie respiratorie croniche (17.4%), i tumori (13.9%), [Tabella 2.2.3].

La condizione di cronicità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (51.2% nella fascia 65-74 anni vs 72.2 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (72.2% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 51.2% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (53.8% tra i soggetti senza difficoltà vs 73.7% tra quelli con molte difficoltà economiche) [Tabella 2.2.4].

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

Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco.

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

1. 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 2020, tra i soggetti ultra40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 112 casi per 1000 assistiti, più alta tra gli uomini rispetto alle donne (126 vs 100 – tasso standardizzato per 1000 assistiti) [Tabella 2.2.8]. La prevalenza del diabete aumenta con l'età: tra gli uomini, si passa da 46 casi per 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 299 casi per 1000 assistiti negli ultra85enni. [Figura 2.2.2].

L'analisi per asl di residenza mette in luce come, nel 2020, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: l'asl di Lecce fa registrare una prevalenza più bassa di quella regionale (1020/00) mentre l'asl di Taranto presenta un tasso superiore (1200/00).

Dall'analisi dell'andamento temporale della patologia, si evince una crescita della prevalenza dal 2006 al 2011 mentre a partire dal 2012 il valore rimane costante e si attesta intorno a quello dell'anno 2020. 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].

2. 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 2020, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 404 casi ogni 1000 assistiti.

L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (4370/00) mentre l'asl di BAT quella più bassa (3880/00). La regione registra una prevalenza di ipertensione 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 169 e 202 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 804 e 749 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

3. 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 2020, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 60 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (67 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (54 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età. 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 quadriennio (2016-2020) discendente.

4. Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)

Nel 2020, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 94 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (91 tra le donne e 97 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). La prevalenza di scompenso cardiaco nella

regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne evidenzia che questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 18 e 27 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 311 e 273 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nell'anno 2020, l'Asl di Taranto registra la prevalenza più alta (1090/00) mentre l'Asl di Bari quella più bassa (910/00). L'incremento della prevalenza si registra fino al 2019 con un declino nel 2019 che potrebbe essere dovuto all'emergenza Covid registrata al livello mondiale ed anche in Italia.

1.3 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 riprende la leggera crescita precedente al calo del 2020 dovuto alla pandemia da Covid 19. (tavole 2.4.1, 2.4.3)

Tavola 2.4.1 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2021

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Vicizie	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	26.750	147.632	995.984	324.306	21	6.980	41.195	7.047	41.810	335	8.738	
AO UNIV. OO RR FOGGIA	11.646	136.457	1.069.500	174.062	1.422	18.846	28.017	1.834	32.681	0	5.349	
Bari	51.861	969.173	8.831.732	837.877	124.211	822.996	134.079	28.541	148.014	56.775	80.689	
BAT	16.577	306.399	2.531.987	294.809	96.337	521.278	35.426	7.695	45.142	2.984	58.351	
Brindisi	20.565	334.331	3.527.363	310.482	21.552	148.367	40.129	5.983	39.784	17.514	9.699	
Foggia	27.583	405.941	4.363.847	421.596	17.253	73.794	64.978	9.342	28.639	1.007	3.764	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1.635	18.548	484.334	17.138	0	295	6.532	266	5.468	1	0	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	753	71.928	475.941	105.997	0	0	62.236	5.022	12.662	0	54.064	
Lecce	31.816	617.280	8.598.854	581.050	92.805	492.974	72.076	18.306	72.855	107.120	86.303	
Taranto	15.564	416.875	5.149.987	407.643	58.080	252.636	60.926	10.791	73.131	9.395	28.156	
TOTALE REGIONE	204.750	3.424.564	36.029.529	3.474.960	411.481	2.338.166	545.594	94.827	500.186	195.131	335.113	

Tavola 2.4.3 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2022

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	34.740	163.826	1.250.952	383.474	6	7.541	47.372	8.684	47.603	506	8.525	
AO UNIV. OO RR FOGGIA	13.841	168.130	1.193.645	189.036	1.944	18.760	28.881	2.806	45.171	0	5.881	
Bari	62.225	1.099.123	9.905.644	934.798	107.910	771.431	115.919	33.472	207.283	54.198	83.118	
BAT	21.505	304.262	2.556.051	301.074	87.607	535.036	41.763	8.012	54.641	2.688	72.822	
Brindisi	24.059	328.275	3.696.272	328.156	18.902	140.511	46.731	6.935	50.720	18.050	9.906	
Foggia	28.406	398.608	4.530.775	432.913	16.448	74.600	61.785	9.917	41.916	1.154	3.620	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1.525	19.830	605.414	22.867	0	324	7.319	323	7.227	0	0	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	150	72.764	564.189	106.677	427	1.314	64.934	4.731	14.081	0	51.879	
Lecce	31.977	542.092	8.115.125	541.253	79.127	469.326	72.953	17.470	118.241	107.523	60.185	
Taranto	18.445	396.263	5.571.783	428.890	50.536	243.537	106.326	10.117	99.851	10.231	31.253	
TOTALE REGIONE	236.873	3.493.173	37.989.850	3.669.138	362.907	2.262.380	593.983	102.467	686.734	194.350	327.189	

Anche le prestazioni Day Service riprendono la crescita debole (tavole 2.4.2, 2.4.4).

Tavola 2.4.2 Numero di prestazioni Day-Service anno 2021

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.123	27.308	14.158	12.417		1.171	1.004	1.591				
AO UNIV. OO RR FOGGIA	1.242	12.270	25.868	14.424		659	12.874	2.149	18	1	10.936	
Bari	265	19.836	100.552	6.125		103	7.424	4.008	57	1.189	521	
BAT	102	2.813	3.888	1.551			9.568	395	7		33	
Brindisi	1.826	12.643	12.827	22.635	84	129	14.968	1.551	1.820			
Foggia	922	12.344	184.265	7.840		532	5.541	2.341	7	810	11.729	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS		1.530	42	1			3	278				
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	36	1.203	657	368			467	477	4			
Lecce	2.219	14.329	51.611	12.827		1	24.180	1.084	33	101	58	
Taranto	704	10.140	10.290	19.604		65	15.557	1.070	577			
TOTALE REGIONE	8.439	114.416	404.158	97.790	84	2.660	91.586	14.944	2.523	2.101	23.277	

Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.4 Numero di prestazioni Day-Service anno 2022

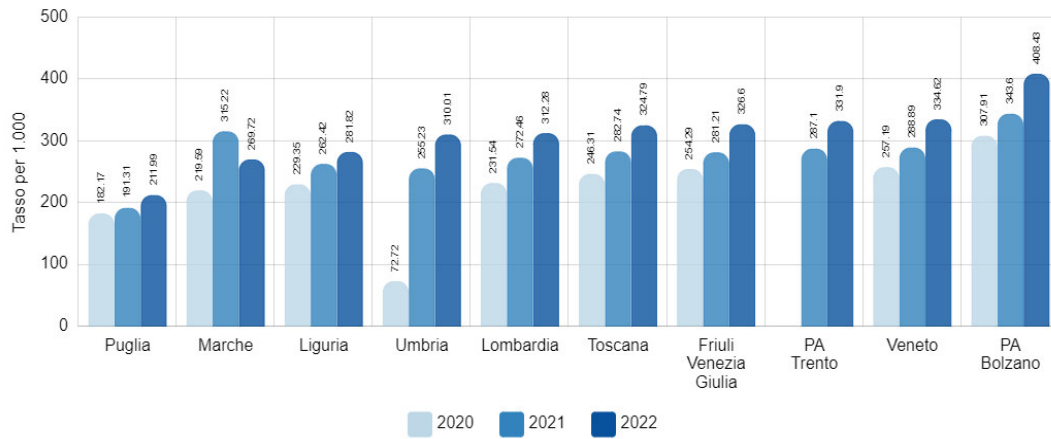
TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Visite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.269	27.557	14.122	14.961		610	1.207	1.800			1	
AO UNIV. OO RR FOGGIA	1.149	14.721	28.743	17.763		408	13.584	2.328	15		11.863	
Bari	369	23.827	104.088	9.639		25	16.391	4.315	112	915	413	
BAT	67	2.804	5.183	1.223		11	8.339	431	4	9	75	
Brindisi	1.731	13.867	12.437	22.697	112	66	14.733	1.833	1.655			
Foggia	971	14.835	208.254	8.342	1	217	5.429	2.712	11	879	11.097	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	13	2.053	130	1			1	323				
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	18	1.499	694	250			343	567	4			
Lecce	2.215	14.952	52.106	15.276		1	23.990	1.168	34	293	4	
Taranto	925	13.607	13.642	21.579		70	15.051	1.318	847	2	2	
TOTALE REGIONE	8.727	129.722	439.399	111.731	113	1.408	99.068	16.795	2.682	2.098	23.455	

Fonte dei dati: Aress Puglia

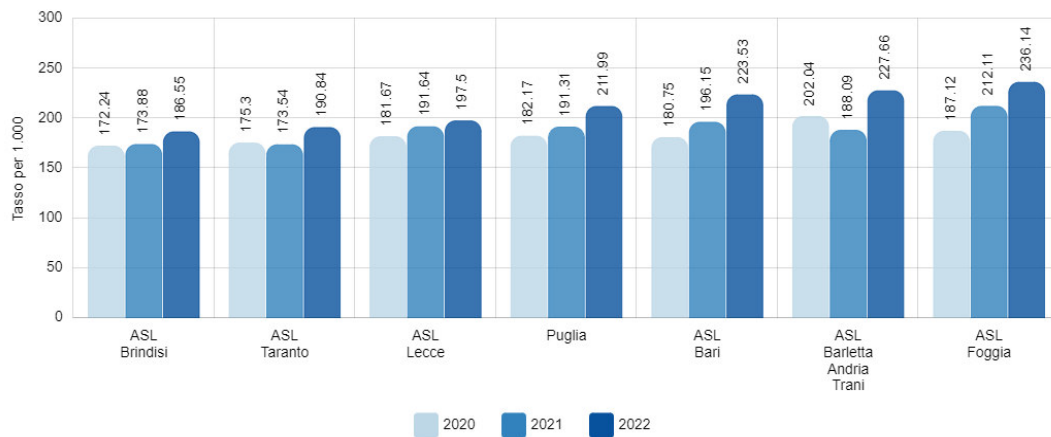
L'indicatore Mes "C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso" che misura l'efficacia di risposta assistenziale del territorio, pur avendo un trend negativo, come l'andamento generale del network, continua ad essere tra i più bassi, confermando una buona integrazione ospedale-territorio (tavola 2.4.8).

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 2020-2022



C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso
Puglia - Trend 2020-2022

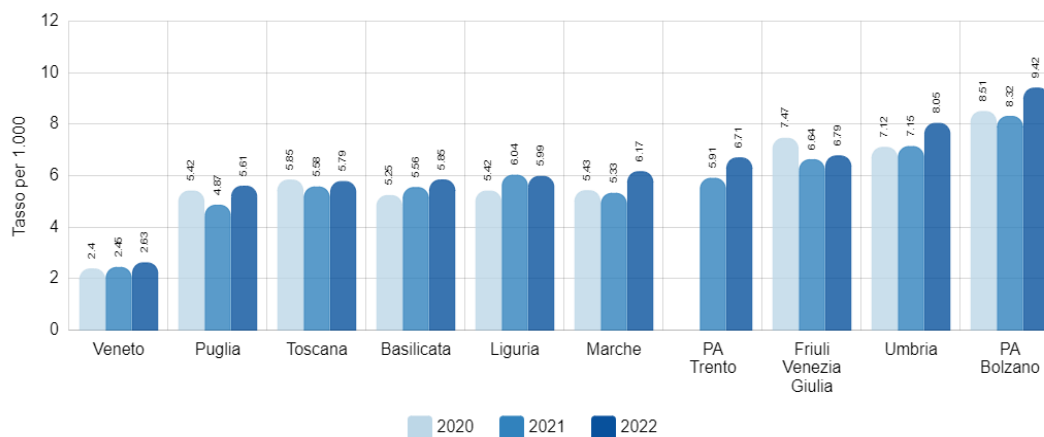


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

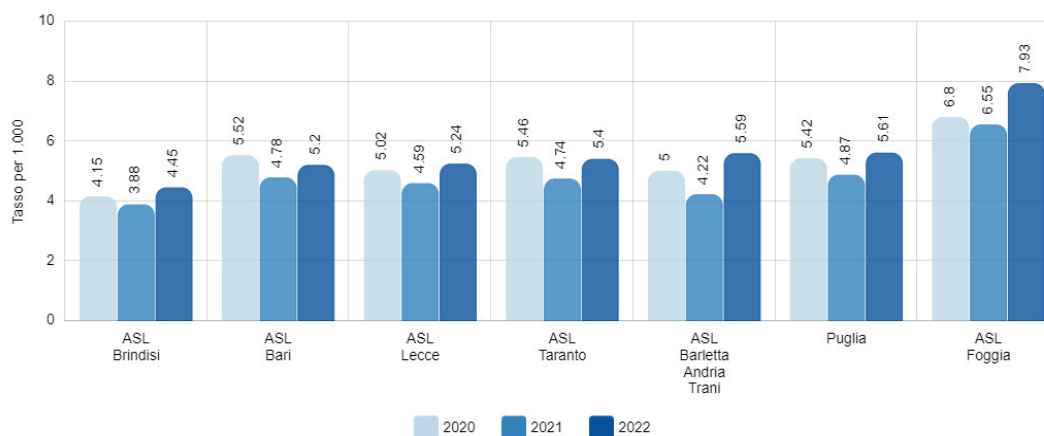
Nella **tavola 2.4.9** è riportato l'indicatore "C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti"; questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, 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, che si è protratta a tutto il 2022. Il 2023 sembra abbia superato le difficoltà della pandemia restando comunque su valori bassi e sicuramente più bassi del 2019.

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 residenti
Regioni - Trend 2020-2022



C8D.1 - Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti
Puglia - Trend 2020-2022

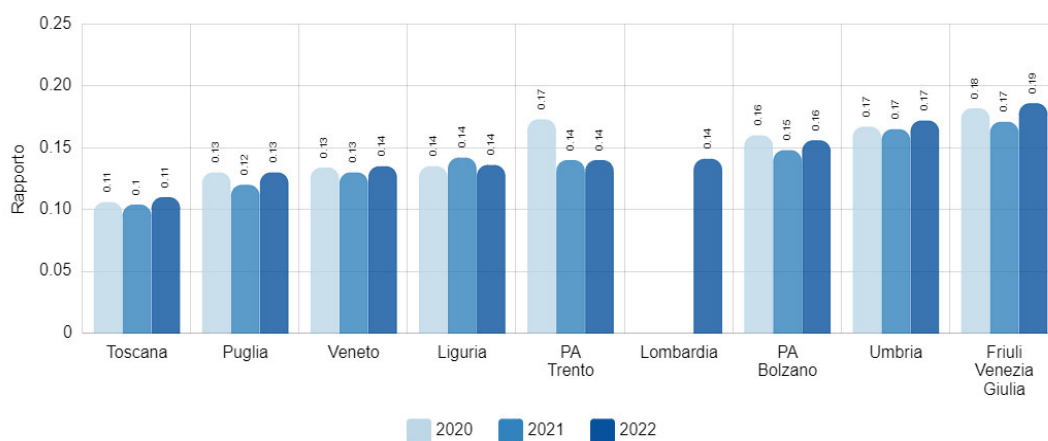


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

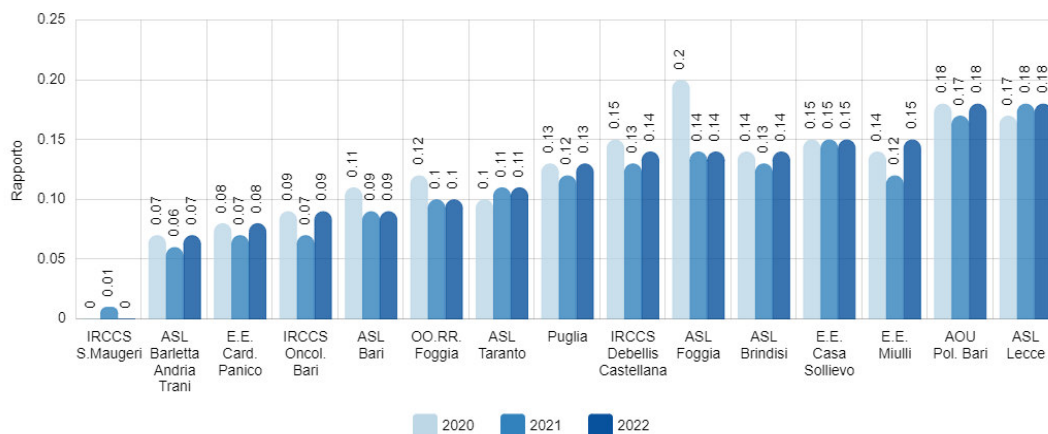
Nella **tavola 2.4.10** si riporta l'indicatore "C4.13 - DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)". Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale che misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inapproprietezza e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inapproprietezza (è previsto dalla griglia LEA). Si registra una inversione rispetto al 2021, che indicava un miglioramento rispetto al 2020, con un leggero aumento che riporta i valori a quelli del 2020.

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

C4.13 - DRG ad alto rischio di inapproprietezza (NSG H04Z)
Regioni - Trend 2020-2022



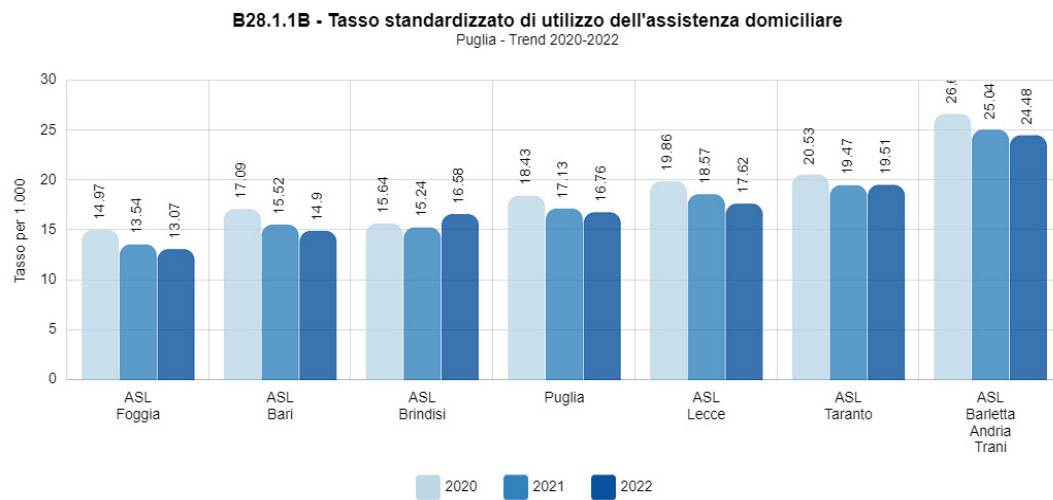
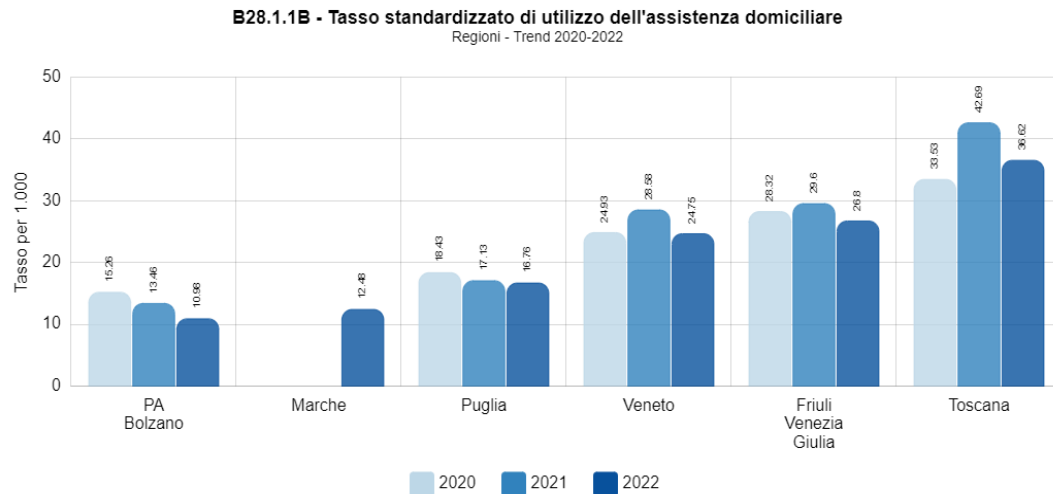
C4.13 - DRG ad alto rischio di inapproprietezza (NSG H04Z)
Puglia - Trend 2020-2022



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

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. Il trend conferma un leggero ma costante peggioramento, un'area a cui prestare senz'altro maggiore attenzione.

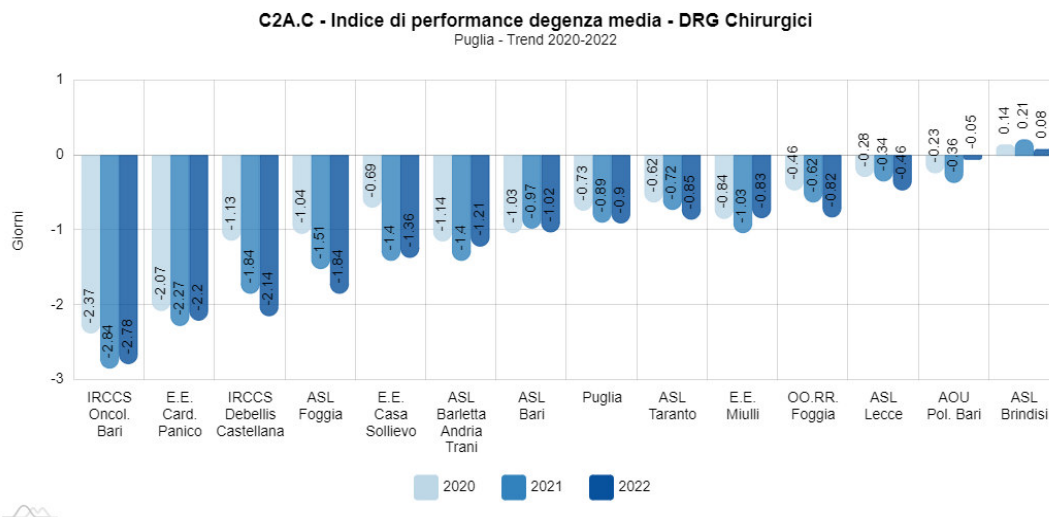
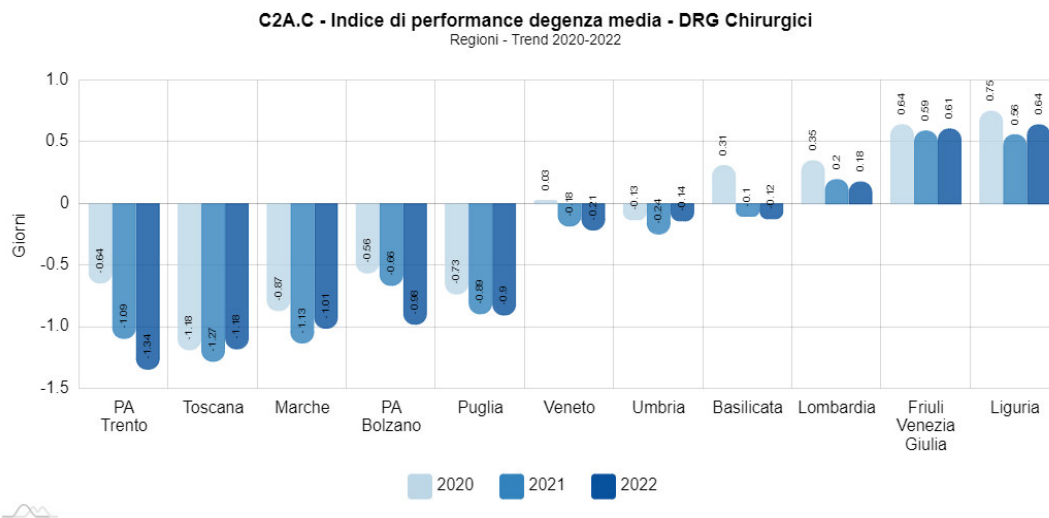
Tavola 2.4.11: B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare



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

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, sia pur minima rispetto al 2020, la durata media delle degenze per la casistica chirurgica.

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



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

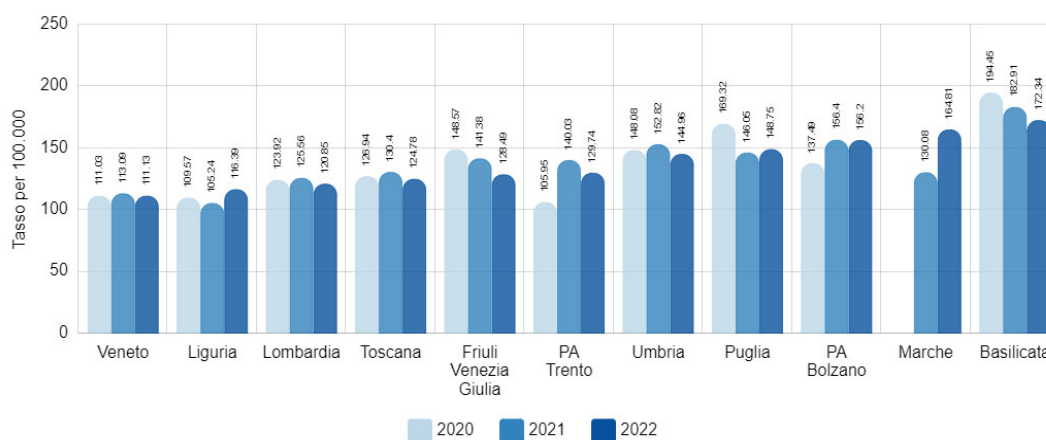
Per quanto riguarda il "C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)" (**tavola 2.4.13**) si nota che la prevalenza dello scopenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della 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

cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

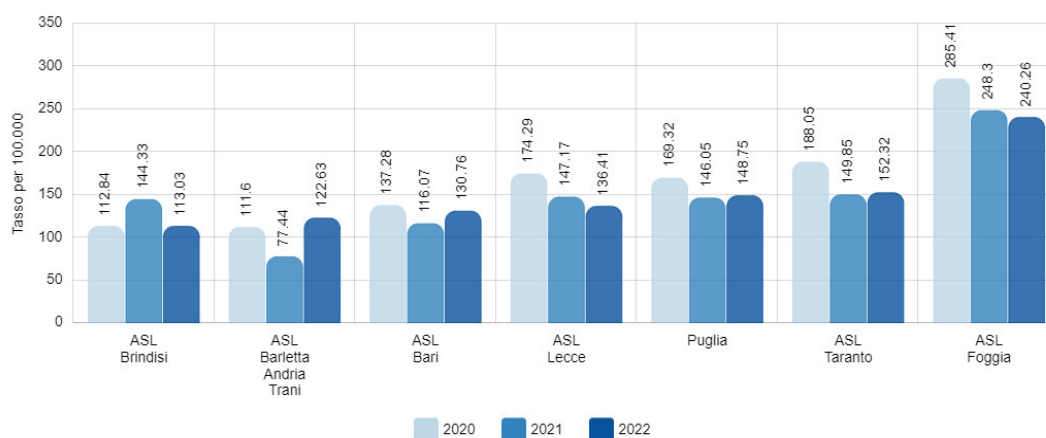
Nel periodo analizzato (2018-2020) la Puglia presenta i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco più alti (2018-2019) facendo registrare così il dato peggiore tra le regioni analizzate. Nel 2020 si registra una diminuzione, comune anche alle altre regioni, probabilmente dovuta al periodo pandemico, che, ad ogni modo viene mantenuta rispetto al periodo precedente alla pandemia, non facendo più collocare la Puglia come posizione peggiore. Resta più alto all'interno della regione il valore dell'ASL di Foggia presenta.

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

C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
Regioni - Trend 2020-2022



C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
Puglia - Trend 2020-2022



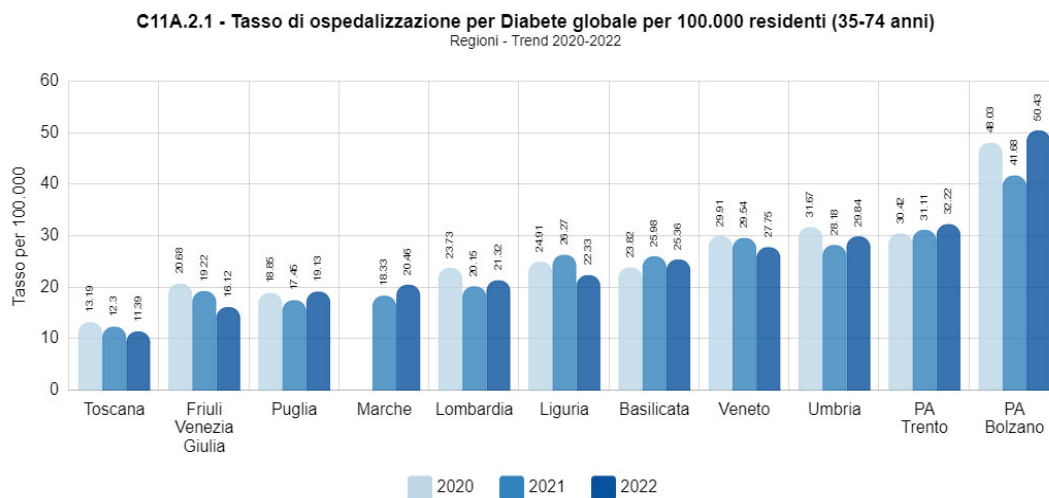
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

C11A.2.1 - 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 acutizzazione 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

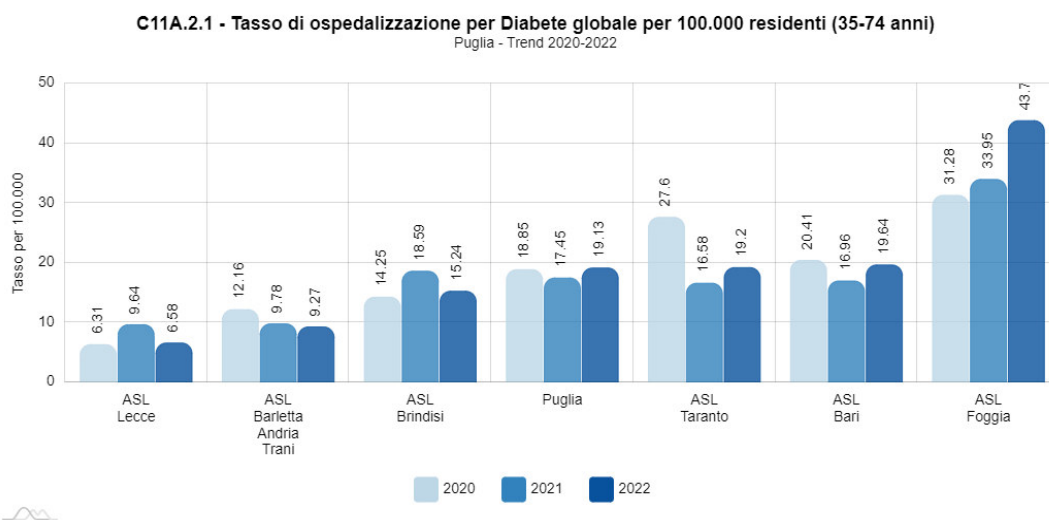
quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Il triennio 2020-2022 presenta valori omogenei, la diminuzione pandemica del 2020 sembra essersi stabilizzata; in ogni caso, la Puglia si colloca in una buona posizione rispetto al network; la situazione del triennio sulle Asl si presenta più eterogenea, confermando Foggia la Asl con valore più alto

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



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



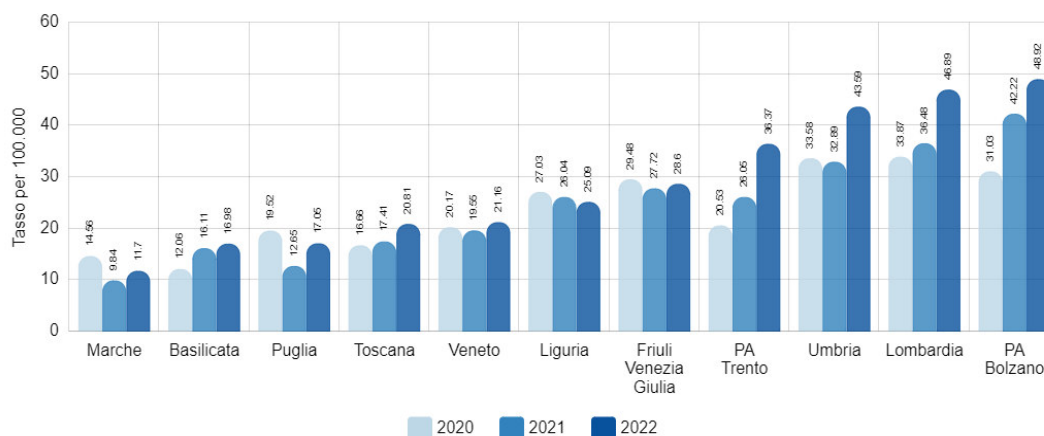
Nella **tavola 2.4.15** viene riportato il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni). Per le broncopneumopatie cronic-ostruttive, alla pari di molte malattie cronic-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio 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. Il valore 2022 si attesta leggermente più basso rispetto al 2020, dopo l'ulteriore calo del 2021, che ha seguito l'andamento di decrescita a causa della pandemia. Resta confermata la variabilità su territorio con l'ASL di Taranto che presenta tassi di ospedalizzazione notevolmente più alti rispetto a quelli regionali.

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

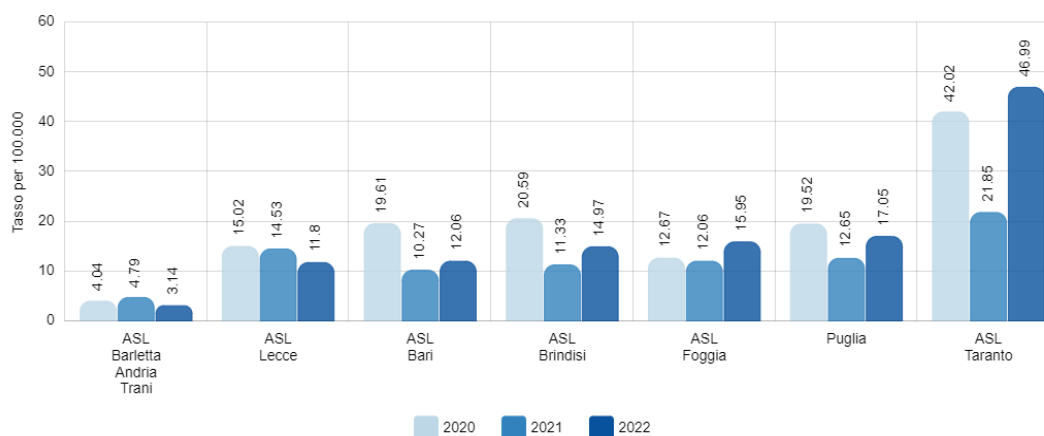
C11A.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Regioni - Trend 2020-2022



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

Puglia - Trend 2020-2022

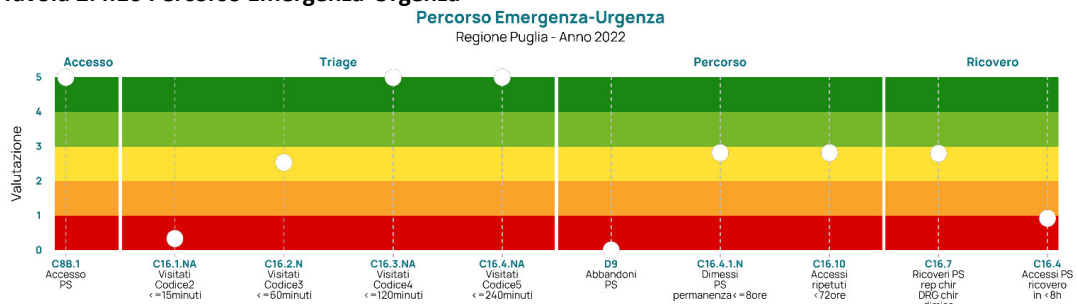


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Dalla **tavola 2.4.16 (“Percorso Emergenza-Urgenza”)** si evince che sono molto buoni i risultati nella fase di accesso, ottimi i tempi di triage con codici 4 e 5. Il tasso di abbandono del Pronto Soccorso resta critico. Nella media i tempi di attesa in Pronto Soccorso dopo il triage.

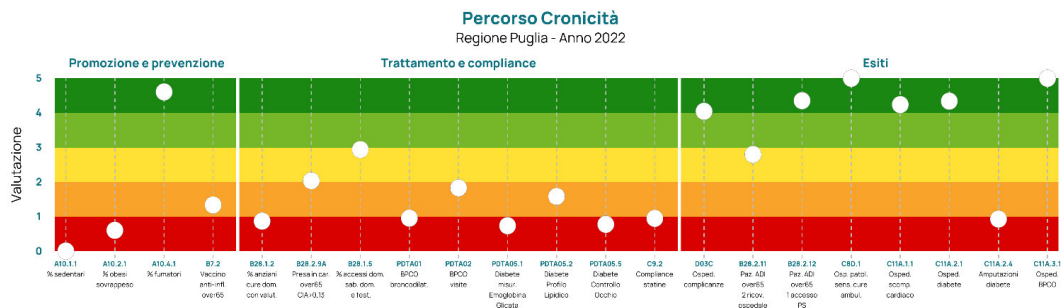
È evidente lo sforzo fatto dal sistema sanitario regionale nella presa in carico delle cronicità (**tavola 2.4.16 – “Percorso cronicità”**). Gli esiti sono ottimi per tutte le patologie croniche analizzate tranne per l’amputazione per diabete, che risulta essere in una situazione di criticità.

Tavola 2.4.16 Percorso Emergenza-Urgenza



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

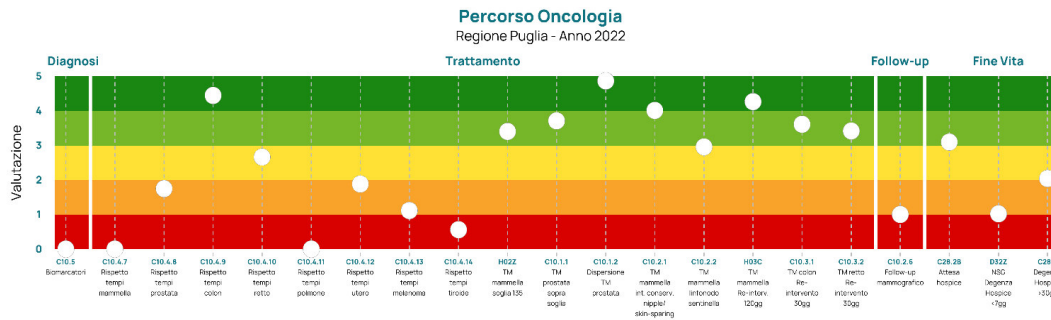
Percorso Cronicità



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

Dalla **tavola 2.4.17 (“Percorso Oncologia”)** si evidenziano le già sottolineate criticità nel rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici in priorità A. Buona invece la capacità di concentrazione della casistica nei centri maggiormente specializzati. Sostanzialmente nella media, infine, la fase del fine vita. Si segnala solo il lieve aumento nel numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici dimessi dall’ospedale o provenienti dal domicilio non recedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative con degenza inferiore ai 7 giorni (fonte Rapporto MES).

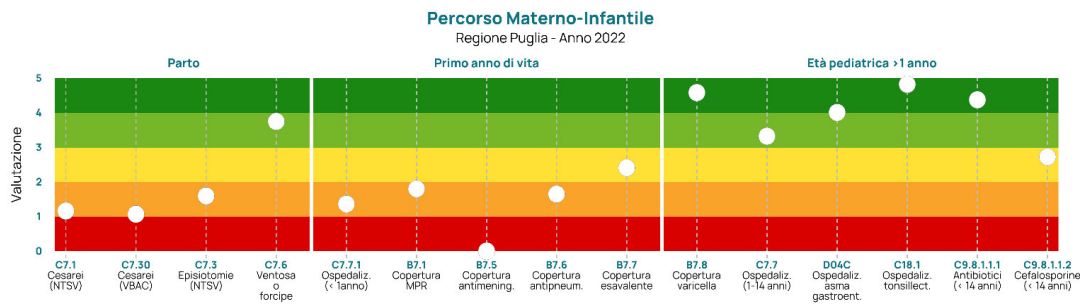
Tavola 2.4.17: Percorso Oncologia



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

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. Si qualifica come best practice nel consumo di farmaci antidepressivi. Nelle fasi del percorso relative all’età pediatrica, si conferma il complessivo miglioramento già riscontrato negli anni precedenti, migliora notevolmente la situazione per i tassi di ospedalizzazione (1-14 anni). Il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomie si conferma ulteriormente più basso.

Tavola 2.4.18: Percorso Materno-Infantile



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

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.

Dei 150 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione Puglia mostra una performance eterogenea nelle diverse aree; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce gialla del bersaglio, seppur non manchino pallini nelle fasce verde e rossa.

La Regione mostra una situazione in lieve peggioramento rispetto all’anno precedente: il 53% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 14% è rimasto costante, mentre il 33% ha registrato miglioramenti.

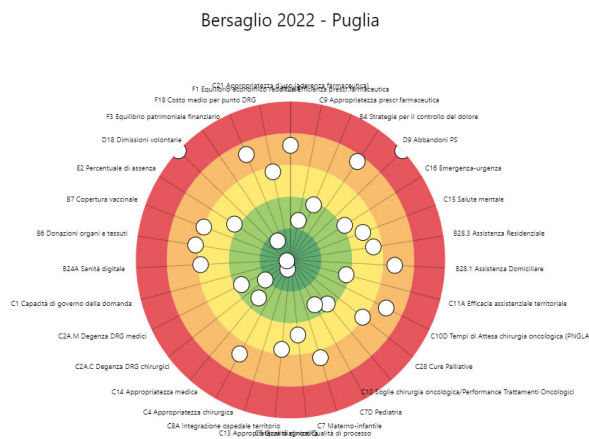
Durante il 2022 i sistemi sanitari regionali hanno visto un complessivo rebound di attività sia in setting per acuti, sui ricoveri programmati, sia nell’accesso ai servizi di emergenza-urgenza (specialmente per codici minori) e specialistica ambulatoriale. A livello ospedaliera la performance rimane pressoché stabile.

Ottima la degenza media per DRG medici e chirurgici, che conferma il trend in calo registrato nel triennio. L’appropriatezza chirurgica si mantiene a un buon livello, con la Regione Puglia che dimostra una notevole capacità nell’individuare il setting assistenziale adeguato, limitando il numero di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriately. Unica criticità in questo ambito il ricorso al Day-Surgery per le prestazioni chirurgiche identificate nel Patto per la Salute, proporzione che continua a mantenersi al di sotto del 18%.

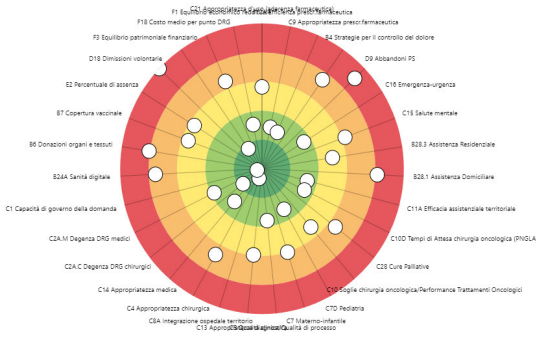
Nel contesto territoriale, l’assistenza domiciliare si qualifica come un’area critica, collocando la Puglia tra le regioni meno performanti all’interno del Network. Le carenze più significative includono la bassa percentuale di anziani che hanno beneficiato di almeno un intervento domiciliare, un dato notevolmente inferiore rispetto alle altre regioni del Network.

Più eterogenea la performance relativa alla sanità digitale, dove si registrano ottimi risultati nella percentuale di utilizzo del FSE da parte dei medici (99,8%), mentre rimane contenuto l’utilizzo del FSE da parte dei cittadini (14,2%). Buona l’efficienza prescrittiva farmaceutica. (fonte Rapporto MES).

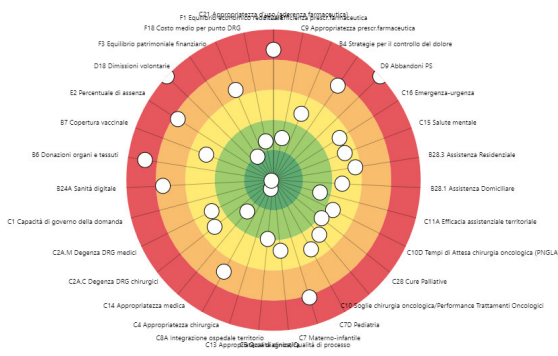
Tavola 2.4.19: La rappresentazione grafica a bersaglio degli indicatori.



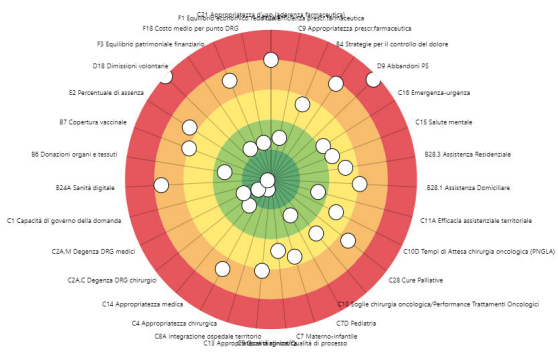
Bersaglio 2022 - ASL Bari



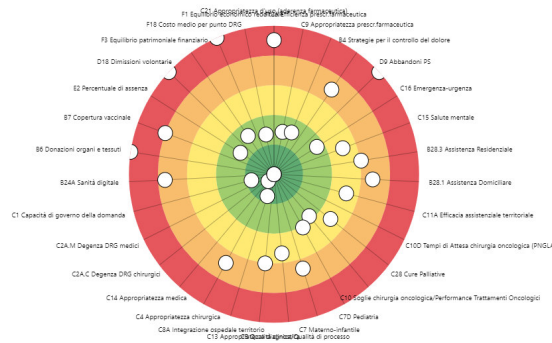
Bersaglio 2022 - ASL Brindisi



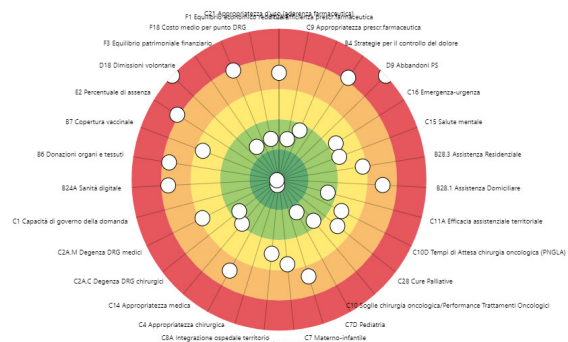
Bersaglio 2022 - ASL Barletta-Andria-Trani



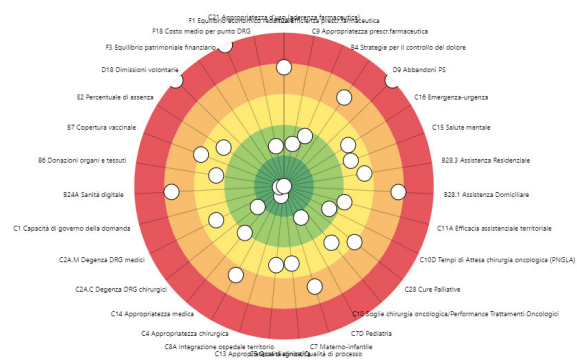
Bersaglio 2022 - ASL Foggia



Bersaglio 2022 - ASL Lecce



Bersaglio 2022 - ASL Taranto



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

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.

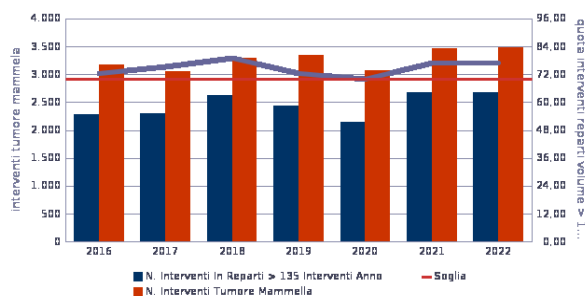
Vi è la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l'anno, a garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del 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, confermato nel 2022. Persiste una variabilità tra le strutture ospedaliere della regione con le Asl di Lecce e Taranto e il Policlinico di Bari che passano ad un valore superiore alla soglia, di contro, scende sotto soglia la Asl di Bari.

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)	ircs oncologico - bari (160901)	le (160116)	ta (160112)
2022	71,69	98,81	59,05	81,13	0,00	98,10	98,54	71,00	99,55
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

Quota Interventi Eseguiti in Reparti Con Volume Attività >

Basso Alto

(fonte Disar-Edotto)

L'indicatore "NSG H05Z – Colecistectomie" riportato nella **tavola 2.4.21** indica la proporzione di colecistectomie 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 (2016-2022) la proporzione di colecistectomie 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 e continua ad aumentare fino al 2022. Dall'analisi per struttura ospedaliera emerge come, per il 2022 anche le restanti le strutture pugliesi, Bat e l'IRCSS oncologico di Bari, abbiano raggiunto il risultato di soglia.

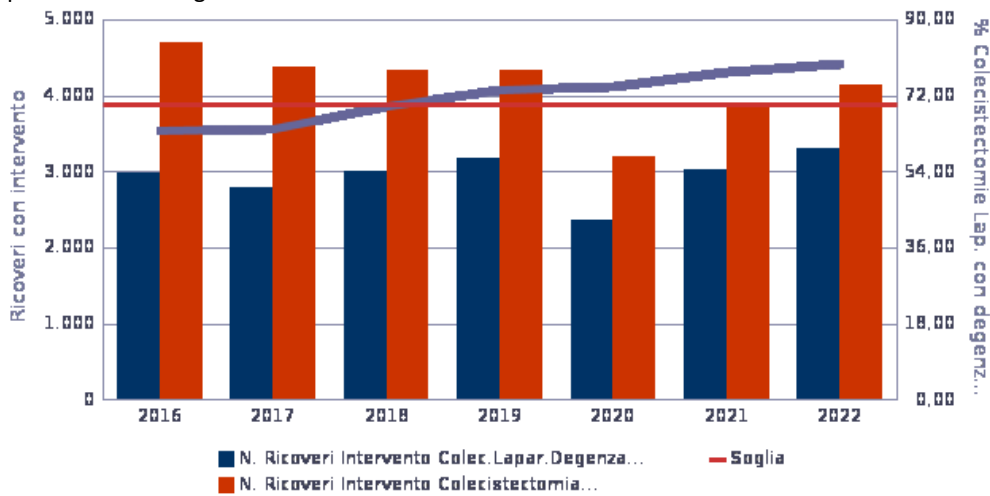
Per quanto riguarda le fratture del femore, l'indicatore "NSG H13C - Fratture femore" (tavola 2.4.22), riporta la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia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

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. polidiviso- bari (160907)	ao ospedali riuniti- foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico- bari (160901)	irccs s. de bellis- castelliana (160902)	le (160116)	ta (160112)
2022	80,22	80,48	78,41	72,63	72,45	77,65	72,73	88,32	79,79	86,03
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

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

Basso Alta

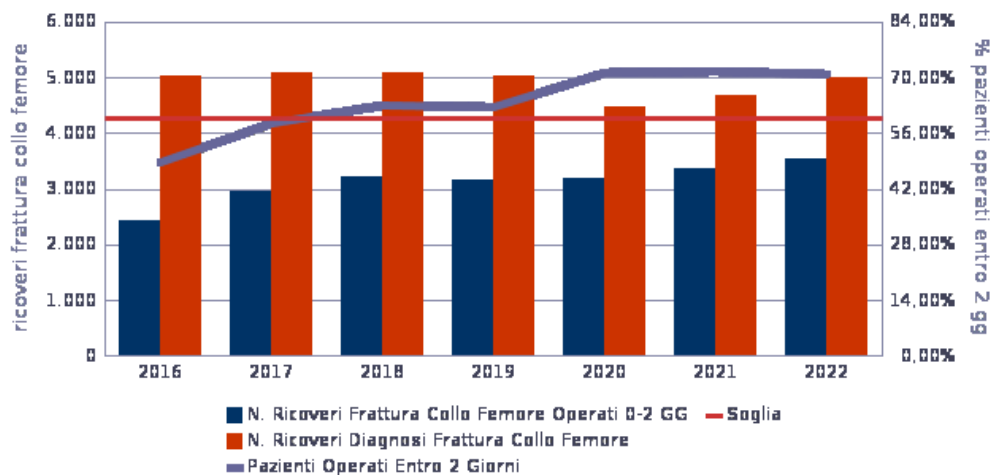
(fonte Disar-Edotto)

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)
2022	55,79%	49,40%	92,06%	73,50%	77,63%	52,12%	51,42%	74,26%
2021	61,54%	51,19%	88,02%	86,49%	75,74%	61,97%	55,46%	74,21%
2020	71,70%	45,33%	85,62%	86,65%	70,00%	52,71%	60,97%	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%

Colore Pazienti Operati Entro 2 Giorni

Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

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 2018 la regione Puglia ha raggiunto il livello minimo richiesto per l'indicatore in esame mantenendolo anche nel 2019 e migliorandolo ulteriormente nel biennio fino al 2022.

In riferimento alle singole asl, si conferma lo stesso andamento in crescita nel tempo 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, scende nuovamente nel 2022, e nella asl di Lecce resta sottosoglia. La performance dell'ASL di BA è la migliore. Schende sottosoglia dal 2021 al 2022 anche il Policlinico di Bari.

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.

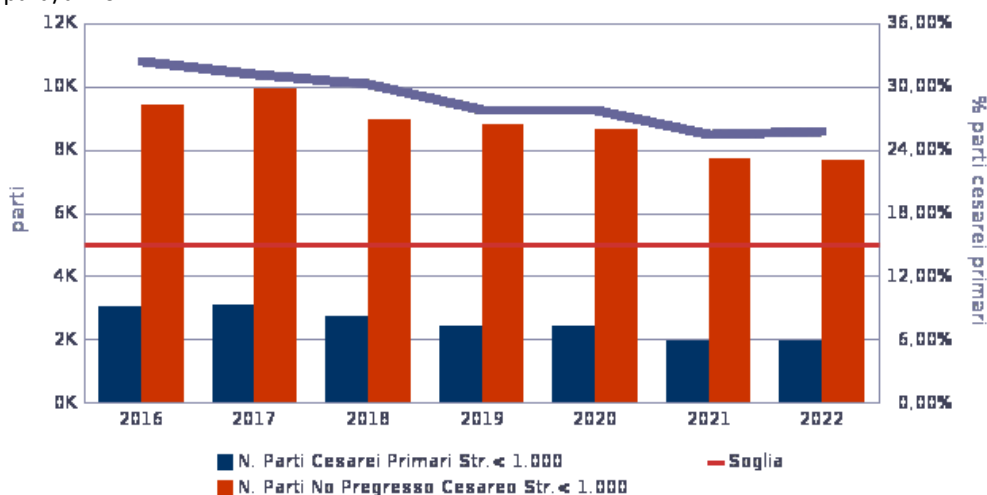
Nessuna asl raggiunge l'obiettivo del 15% nel periodo osservato. Il 2022 conferma i dati del 2021 con una lievissima diminuzione dei valori.

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)
		25,46%	30,05%	22,15%	20,68%	30,96%	28,72%
100,00%		24,38%	28,77%	21,47%	21,98%	30,27%	30,33%
		29,29%	27,91%	24,78%	23,79%	31,30%	30,27%
		27,16%	36,44%	20,02%	24,67%	33,18%	30,93%
		25,50%	32,32%	27,79%	26,39%	36,11%	38,26%
		26,64%	40,63%	23,75%	29,45%	39,45%	31,60%
		27,74%	44,31%	21,74%	29,26%	36,14%	37,05%

Parti Cesaree Primari in Maternità | Livello < 1

Basca Alta

(fonte Disar-Edotto)

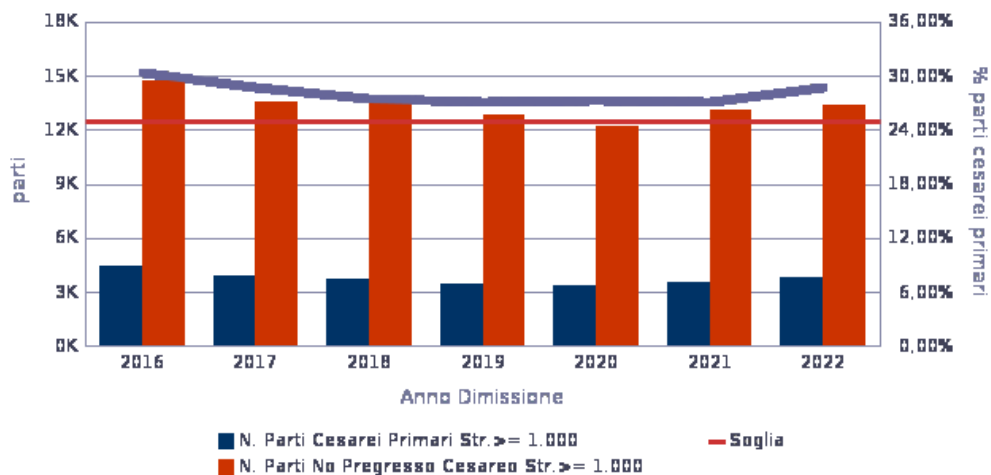
L'indicatore "NSG - H18C - Parti Cesaree" (tavola 2.4.24) indica la percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA. Se si guarda alla percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti 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 cesarei si è ridotta fino al 2019 avvicinandosi al valore soglia senza però mai raggiungerlo. Nel 2022 il trend tende a peggiorare ed infatti anche la Asl di Lecce supera la soglia. (dati non disponibili per ASL BAT e FG).

Tavola 2.4.24

NSG - H18C - Parti Cesaree

% 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)
2022	31,95%	28,93%	27,43%	37,40%			26,11%	28,50%
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%

N. Parti Cesarei Primari in Maternità Il Livello >= 1.0 Basso Alto

(fonte Disar-Edotto)

Nella **tavola 2.4.25** si riporta il 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".

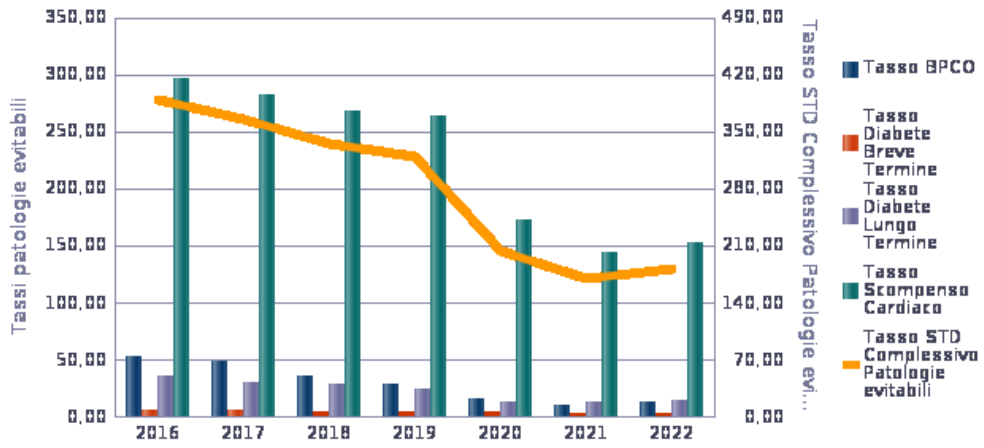
L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione. L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare 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 2022 indica una leggera inversione con relativo aumento del valore per quasi tutte le ASL nelle tre patologie.

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)
2022	171,27 ●	134,59 ●	134,43 ●	273,70 ●	164,29 ●	192,81 ●
2021	161,56 ●	151,66 ●	102,08 ●	258,20 ●	168,80 ●	147,35 ●
2020	200,60 ●	141,29 ●	142,21 ●	282,66 ●	190,80 ●	228,50 ●
2019	294,44 ●	198,62 ●	253,62 ●	510,51 ●	270,37 ●	369,86 ●
2018	299,63 ●	220,24 ●	268,46 ●	489,04 ●	316,22 ●	394,77 ●
2017	323,85 ●	262,77 ●	300,60 ●	515,71 ●	339,18 ●	438,20 ●
2016	319,81 ●	295,47 ●	325,18 ●	550,37 ●	347,91 ●	515,95 ●

Tasso STD Complessivo Patologie evitabili

Basso Alta

(fonte Disar-Edotto)

Il NSG - D04C "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.

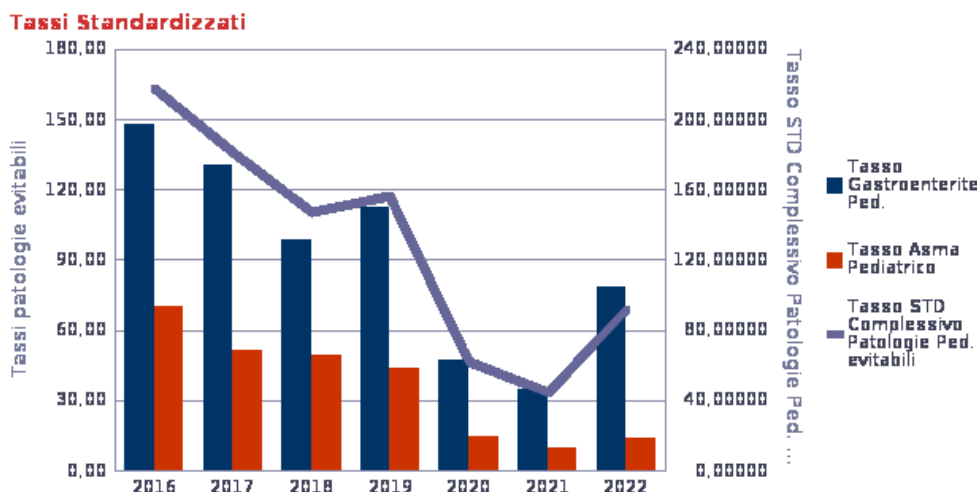
Il tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite è diminuito progressivamente nel periodo 2015-2021 tranne un incremento nel 2019. Relativamente al tasso di ospedalizzazione per asma, si osservano valori che rimangono tutto sommato costanti fino al 2019 per poi decrescere nel biennio 2020-2021. Il 2022 inverte il trend, evidenziando un aumento più importante sul tasso di gastroenterite, dovuto alle Asl di Brindisi, BAT, Foggia e Lecce.

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, subendo nel 2022 un leggero aumento sul trend aziendale. La eterogeneità tra le diverse Asl resta confermata.

Tavola 2.4.26

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

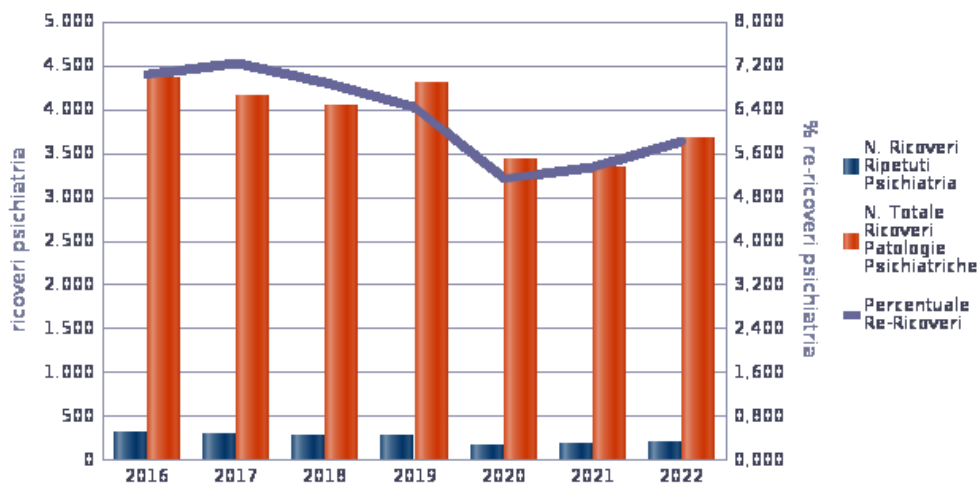


	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2022	79,877	222,113	71,313	70,258	117,594	38,231
2021	47,942	91,098	17,115	35,651	53,074	20,874
2020	80,826	85,805	73,462	16,369	77,503	24,678
2019	205,073	148,909	151,290	98,495	168,976	104,355
2018	192,274	99,151	187,023	120,061	153,161	71,391
2017	240,214	118,634	279,694	174,725	166,314	48,799
2016	225,800	75,757	396,307	343,407	168,219	85,094

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)
2016	5,534	4,259	8,122	9,691	7,712	2,791
2017	5,305	6,780	9,141	8,974	7,508	4,082
2018	3,414	5,835	11,257	6,383	8,114	3,196
2019	5,315	4,904	7,889	6,992	7,424	5,159
2020	5,128	5,593	4,890	4,054	5,894	2,874
2021	5,923	4,030	6,452	4,731	5,717	2,703
2022	4,119	5,502	5,610	6,910	7,360	2,857

Colore Percentuale Re-Ricoveri Bassa Alta

(fonte Disar-Edotto)

Quadro della mobilità attiva e passiva

In **tabella 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 494.481 nel 2022. La mobilità passiva extraregionale è principalmente indirizzata verso le regioni del nord con una preferenza verso la regione Lombardia (24.0%) ed Emilia Romagna (20.5%). (**Tabella 2.4.29** dati anno 2022).

Tabella 2.4.28 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2011-2022)

ANNO	totale		IN REGIONE			FUORI REGIONE		
		% rispetto anno precedente		% sul totale	% rispetto anno precedente		% sul totale	% rispetto anno precedente
2011	832.507	-7,90%	769.372	92,4%	-8,20%	63.135	7,6%	-3,50%
2012	740.015	-11,11%	680.495	92,0%	-11,55%	59.520	8,0%	-5,73%
2013	695.841	-5,97%	636.777	91,5%	-6,42%	59.064	8,5%	-0,77%
2014	657.878	-5,46%	602.059	91,5%	-5,45%	55.819	8,5%	-5,49%
2015	614.279	-6,63%	555.753	90,5%	-7,69%	58.526	9,5%	4,85%
2016	573.268	-6,68%	515.624	89,9%	-7,22%	57.644	10,1%	-1,51%
2017	542.804	-5,31%	484.544	89,3%	-6,03%	58.260	10,7%	1,07%
2018	523.646	-3,53%	465.808	89,0%	-3,87%	57.838	11,0%	-0,72%
2019	505.851	-3,40%	449.113	88,8%	-3,58%	56.738	11,2%	-1,90%
2020	383.604	-24,17%	346.954	90,4%	-22,75%	36.650	9,6%	-35,40%
2021	410.057	6,90%	367.392	89,6%	5,89%	42.665	10,4%	16,41%
2022	436.123	6,36%	386.642	88,7%	5,24%	49.481	11,3%	15,98%

Mobilità Passiva anno 2020 fonte DISAR

Mobilità Passiva anno 2022 ricevuta a Novembre 2023 (compreso non residenti accertati)

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

REGIONE RICOVERO	Anno 2022			Anno 2021			Anno 2020			Anno 2019		
	EXTRA REGIONE	% sul TOT REGIONE	Δ su ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% sul TOT REGIONE	Δ su ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% sul TOT REGIONE	Δ su ANNO PRECEDENTE	EXTRA REGIONE	% sul TOT REGIONE	Δ su ANNO PRECEDENTE
030 LOMBARDIA	11.865	24,0%	17,5%	9.789	22,9%	20,3%	7.802	21,3%	-84,9%	14.426	25,4%	100,0%
080 EMILIA ROMAGNA	10.148	20,5%	25,9%	7.521	17,6%	13,8%	6.483	17,7%	-50,0%	9.722	17,1%	100,0%
120 LAZIO	5.224	10,6%	7,2%	4.846	11,4%	17,1%	4.015	11,0%	-49,4%	5.997	10,6%	100,0%
170 BASILICATA	2.023	4,1%	0,5%	2.012	4,7%	-2,6%	2.065	5,6%	-53,4%	3.168	5,6%	100,0%
090 TOSCANA	2.362	4,8%	8,0%	2.172	5,1%	11,0%	1.934	5,3%	-61,5%	3.124	5,5%	100,0%
121 OSPEDALE BAMBIN GESU'	3.752	7,6%	10,6%	3.356	7,9%	11,7%	2.964	8,1%	-17,1%	3.471	6,1%	100,0%
140 MOLISE	1.257	2,5%	-5,6%	1.327	3,1%	3,1%	1.286	3,5%	-37,5%	1.768	3,1%	100,0%
150 CAMPANIA	2.269	4,6%	3,5%	2.189	5,1%	23,9%	1.665	4,5%	-51,3%	2.519	4,4%	100,0%
050 VENETO	2.819	5,7%	13,8%	2.430	5,7%	10,7%	2.171	5,9%	-44,9%	3.145	5,5%	100,0%
110 MARCHE	1.765	3,6%	-5,4%	1.860	4,4%	3,3%	1.798	4,9%	-62,2%	2.917	5,1%	100,0%
130 ABRUZZO	1.250	2,5%	4,1%	1.199	2,8%	10,8%	1.069	2,9%	-31,0%	1.400	2,5%	100,0%
010 PIEMONTE	1.341	2,7%	17,3%	1.109	2,6%	12,4%	971	2,6%	-57,0%	1.524	2,7%	100,0%
070 LIGURIA	1.109	2,2%	11,5%	982	2,3%	15,8%	827	2,3%	-55,0%	1.282	2,3%	100,0%
100 UMBRIA	998	2,0%	18,6%	812	1,9%	31,4%	557	1,5%	-21,7%	678	1,2%	100,0%
060 FRIULI V. GIULIA	299	0,6%	7,0%	278	0,7%	5,4%	263	0,7%	-70,3%	448	0,8%	100,0%
190 SICILIA	276	0,6%	19,2%	223	0,5%	23,3%	171	0,5%	-92,4%	329	0,6%	100,0%
180 CALABRIA	305	0,6%	17,0%	253	0,6%	-30,4%	330	0,9%	-9,7%	362	0,6%	100,0%
042 PROV. AUT. TRENTO	184	0,4%	29,3%	130	0,3%	16,2%	109	0,3%	-84,4%	201	0,4%	100,0%
041 PROV. AUT. BOLZANO	120	0,2%	17,5%	99	0,2%	6,1%	93	0,3%	-61,3%	150	0,3%	100,0%
200 SARDEGNA	96	0,2%	35,4%	62	0,1%	-1,6%	63	0,2%	-34,9%	85	0,1%	100,0%
020 VALLE D'AOSTA	8	0,0%	-37,5%	11	0,0%	0,0%	11	0,0%	-18,2%	13	0,0%	100,0%
122 ACISMOM	11	0,0%	54,5%	5	0,0%	40,0%	3	0,0%	-200,0%	9	0,0%	100,0%
TOTALI	49.481	100,0%	13,8%	42.665	100,0%	14,1%	36.650	100,0%	-54,8%	56.738	100,0%	100,0%

una percentuale vicina al dato regionale (Tabella 2.4.30).

Per quanto riguarda i ricoveri effettuati in regione Puglia, il 40.9% sono ricoveri chirurgici mentre il 59.1% 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 59.8% (Tabella 2.4.31 dati anno 2022).

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 (27.9%), per infezioni da HIV (33.1%), per i disturbi del metabolismo (27.7%) (Tabella 2.4.32 dati anno 2022).

Tabella 2.4.30 - Numero di ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi – Anno 2022

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 01/01/2023 (*)	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	594.007	82.832	139,45	331.813.543,43	69.663	84%	268.367.899,73	81%	2.598	3%	13.370.299	4%	10.571	13%	50.075.345	15%	
114	BARI	1.223.102	126.379	103,33	515.816.985,79	108.269	86%	426.704.611,85	83%	7.369	6%	39.935.998	8%	10.741	8%	49.176.376	10%	
113	BAT	378.768	38.738	102,27	158.322.793,68	18.118	47%	71.331.311,66	45%	16.134	42%	68.546.105	42%	4.486	12%	20.445.377	13%	
106	BRINDISI	378.898	40.486	106,85	163.296.917,89	23.041	57%	84.803.980,91	52%	12.658	31%	55.613.863	34%	4.787	12%	22.879.074	14%	
116	LECCE	770.078	84.871	110,21	326.637.387,30	71.036	84%	262.998.075,58	81%	4.390	5%	19.337.222	6%	9.445	11%	44.302.090	14%	
112	TARANTO	555.999	60.007	107,93	248.151.987,39	40.004	67%	162.263.234,35	65%	13.362	22%	54.432.388	22%	6.641	11%	31.456.365	13%	
TOTALE REGIONE			3.900.852	433.313	111,08	1.744.039.615	330.131	76%	1.276.469.114	73%	56.511	13%	249.235.674	14%	49.481	11%	228.307.922	13%

Nella Mobilità passiva 2022 (fonte DWH) sono presenti nr.2.810 Ricoveri con ASL di residenza non attribuibile

* Popolazione provvisoria alla data del 12/06/2023

ANNO	TOTALE	Ricoveri in Regione					Ricoveri fuori Regione				
		TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici	TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici
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%
2021	409.948	367.289	148.711	40,5%	218.578	59,5%	42.659	24.964	58,5%	17.695	41,5%
2022	436.025	386.551	158.036	40,9%	228.515	59,1%	49.474	29.574	59,8%	19.900	40,2%

NOTA: sono esclusi i ricoveri con DRG "ND" (non chirurgici/non-medici)

L'analisi per DRG indica che la mobilità extraregionale passiva avviene per ricoveri chirurgici di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti di arti inferiori ed interventi di obesità mentre per i ricoveri medici, sono più frequenti quelli relativi al sistema muscolo scheletrico.

Analizzando nello specifico il numero di ricoveri per interventi chirurgici per i tumori più frequenti o che presentano maggiori criticità, si evidenzia un'alta percentuale di interventi fuori regione per il tumore del pancreas (30%), i tumori del polmone (16%) e dell'utero (17%), 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 e Foggia del pancreas e del retto.

1.3.1. 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 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’incremento dei 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.

Con la deliberazione di Giunta regionale , in fase di approvazione è stato proposto lo schema di Regolamento di aggiornamento della rete ospedaliera, che, in coerenza con i precedenti provvedimenti giuntali, ha previsto l’assegnazione complessiva di n. 14.655 posti letto, di cui n. 12.159 pl per acuti, n. 1.719 di riabilitazione e n. 777 di lungodegenza.

1.4 La strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.4.1. 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 ha richiesto **due ordini contestuali di intervento**:

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

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

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

Emerge pertanto una esigenza improcrastinabile di ridefinire il modello di offerta assistenziale, disegnando percorsi in grado di orientare i pazienti, qualificando i punti di erogazione in termini di efficacia ma garantendo allo stesso tempo l'equità di accesso alle cure, anche per contrastare il fenomeno della mobilità passiva extraregionale, con gli inevitabili disagi che essa comporta.

1.4.2. 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.

Già con il Regolamento Regionale n. 14/2015 è stata disciplinata 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 **Tabella 1.13** riassume 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 1.13 – Rete ospedaliera della Regione Puglia

Ospedale	Provincia	Classificazione
San Severo	FG	Ospedale di I livello
Lucera	FG	Ospedale di Zona disagiata
Manfredonia	FG	Ospedale di Base
Cerignola	FG	Ospedale di I livello
AOU OO.RR. Foggia	FG	Ospedale di II livello
Andria	BT	Ospedale di I livello
Barletta	BT	Ospedale di I livello
Bisceglie	BT	Ospedale di base
Bari San Paolo- Bari Di Venere	BA	Ospedali di I livello
Molfetta	BA	Ospedale di base
Corato	BA	Ospedale di I livello
Altamura	BA	Ospedale di I livello

Putignano	BA	Ospedale di Base
IRCCS De Bellis (Castellana Grotte)	BA	IRCCS pubblico
Monopoli	BA	Ospedale di Base
AOU Policlinico Bari	BA	Ospedale di II livello
Bari IRCCS Oncologico	BA	IRCCS pubblico
Ostuni	BR	Ospedale di Base
Brindisi	BR	Ospedale di II livello
Francavilla Fontana	BR	Ospedale di I livello
Taranto SS. Annunziata e Moscati	TA	Ospedale di II livello
Castellaneta	TA	Ospedale di I livello
Martina Franca	TA	Ospedale di I livello
Manduria	TA	Ospedale di base
Lecce Fazzi	LE	Ospedale di II livello
Galatina	LE	Ospedale di base
Copertino	LE	Ospedale di base
Casarano	LE	Ospedale di base
Gallipoli	LE	Ospedale di I livello
Scorrano	LE	Ospedale di I livello
San Giovanni Rotondo Casa Sollievo della Sofferenza	FG	Ospedale di I livello (ente ecclesiastico)
Acquaviva EE Miulli	BA	Ospedale di I livello (ente ecclesiastico)
Bari - Mater Dei Hospital	BA	Ospedale di I livello (privato)
Tricase EE Panico	LE	Ospedale di I livello (ente ecclesiastico)
Cassano Murge – Fondazione Maugeri	BA	IRCCS privato accreditato
Brindisi Medea	BR	IRCCS privato accreditato

*Si precisa che la rete ospedaliera è oggetto di ulteriore aggiornamento

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.

LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

1.5 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.

1.5.1. 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, nell'alveo della programmazione dei fondi europei, 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 inappropriata 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.

1.5.2. 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.

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 resistenza sismica	S1	aumentare la resistenza sismica dell'edificio	O1	Entrambi gli interventi
				O2	Entrambi gli interventi
G2	Ridurre al minimo il rischio di crollo:	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Entrambi gli interventi
				O2	Entrambi gli interventi

1.6 Gli interventi progettuali proposti dall'Azienda Ospedaliera Policlinico Riuniti di Foggia

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.

Intervento per riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del denominato "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) del P.O. OSPEDALI RIUNITI

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia (ora Policlinico) comprende gli Ospedali Riuniti, il Plesso Maternità ed il Plesso Chirurgico-Pediatrico, l'Ospedale "d'Avanzo" ed il Dipartimento di Emergenza Urgenza (D.E.U.).

In particolare, gli "Ospedali Riuniti", ubicati in un'area delimitata tra viale Pinto e via Napoli, sono utilizzati a far data dal giugno del 1969 ed inaugurati ufficialmente nel 1972, il complesso è costituito da un organismo edilizio centrale compatto e sviluppato su più piani, il cd. "Monoblocco", che concentra in un'unica sagoma più reparti, circondato da palazzine o padiglioni realizzati in età successive.

Alcuni di questi corpi di fabbrica sono già stati oggetto di demolizione e ricostruzione negli anni passati a causa delle loro criticità strutturali. I corpi di questo organismo che sono stati ricostruiti secondo i criteri strutturali moderni e già adeguati all'attuale normativa antisismica sono il cd. Nuovo Blocco Ala Destra e Sinistra situati a margine e prospicienti Via Napoli, il Corpo A, il Corpo B e il Corpo C (Centro Trapianti) collocati nella parte centrale ed il Corpo H nel lato opposto verso Viale Pinto.

Il cd. Monoblocco è stato negli anni passati oggetto di approfondita analisi dello stato di fatto, e di dettagliato rapporto tecnico fondato su prove certificate dei materiali, con l'eventuale possibilità di ottenere un nuovo certificato di collaudo statico delle strutture di cui è costituito per definire e rappresentare in dettaglio una soluzione tecnica adeguata al consolidamento sismico strutturale.

A termine delle analisi, è stata prodotta una relazione finale datata 21/06/2003, nella quale si dichiarava: *"Non ulteriormente procrastinabile appare la necessità di provvedere all'adeguamento delle strutture alle normative antisismiche intervenute dopo la costruzione degli edifici"*.

Da ultimo in data 05.05.2017, sulla scorta delle risultanze già acquisite, è stato affidato un nuovo incarico ad un costituito RTP, avente come capogruppo il prof. ing. Luigino Dezi dell'Università Politecnica delle Marche, per adeguare gli indicatori di rischio alla normativa vigente ed estendere le verifiche per la vulnerabilità sismica anche agli immobili non oggetto di precedenti verifiche. Detta RTP, nelle more della consegna della relazione di verifica conseguente al completamento dei saggi in corso di esecuzione, ha anticipato una nota, acquisita in data 21.11.2017 a prot. n. 6/2940/AT (ALLEGATO N.3), nella quale riporta quanto segue con specifico riferimento al "monoblocco":

"Si può con certezza ritenere che i risultati attesi dall'estensione delle indagini a tutti i piani di tutti i corpi non forniscano valori sensibilmente migliori e pertanto le risultanze delle riverifiche confermeranno le criticità statiche e sismiche espresse in passato. In tali situazioni è necessario il rinforzo diffuso di tutti gli elementi strutturali con interventi chiaramente notevolmente invasivi ed onerosi; da esperienze su casi similari emerge la convenienza della demolizione e ricostruzione rispetto ad un intervento di rinforzo strutturale, tenuto conto anche della vetustà generale, essendo edifici costruiti negli anni 50-60 del secolo scorso."

A seguito di quanto premesso, l'Ospedale ha redatto il progetto di fattibilità per la riqualificazione dell'edificio "monoblocco", il quale riguarda: la definizione delle opere necessarie alla riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del denominato "monoblocco" (corpi di fabbrica A1, A2, D, E, F e G) del P.O. Ospedali Riuniti.

Tale progetto di Fattibilità è stato posto a base gara per la procedura di affidamento della progettazione Definitiva ed Esecutiva, Coordinamento della Sicurezza in progettazione di esecuzione, Direzione Lavori.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

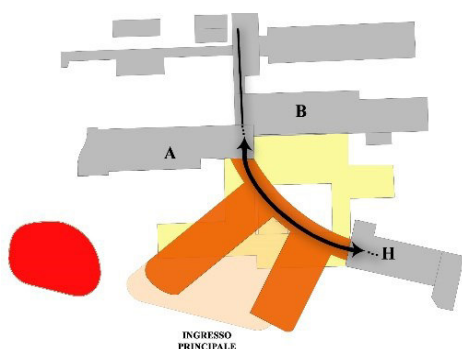
Sinteticamente, il progetto consiste nella demolizione dell'attuale monoblocco comprensiva di aree esterne di pertinenza e la ricostruzione di un nuovo edificio sanitario "Monoblocco", un nuovo edificio adibito ad "Auditorium" e nuove aree esterne di pertinenza.



Indicazione degli edifici oggetto di demolizione

L'intervento si colloca all'interno dell'area dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia,

nell'area compresa tra via Napoli e Viale Pinto. Nel 2019, tutta l'area di Viale Pinto che tagliava in due l'area ospedaliera è stata concessa dal Comune all'Ospedale stesso diventandone parte integrante ed anche l'area del Viale sarà oggetto di lavori di riqualificazione con appalto separato. L'area su cui sorgerà l'intervento è dunque attualmente occupata da altri corpi di fabbrica (corpi A1-A2-D-G-E-F) facenti parte del monoblocco, i quali, come premesso, hanno scarsissima rilevanza architettonica e problemi statici considerevoli; la **rifunzionalizzazione riguarderà l'intero complesso di fabbricati mediante la demolizione degli stessi corpi A1, A2, D, E, F e G (riportati in giallo anche nell'immagine sotto)** e la **successiva ricostruzione** di:



- un nuovo corpo di ingresso - Monoblocco (in arancione) che costituirà il polo di connessione dell'area ospedaliera;
- un auditorium/sala congressi esterno da circa 400 posti (in rosso) in edificio separato;
- aree esterne ad essi connesse.

Il nuovo sistema edilizio proposto funzionerà da **ricucitura tra gli edifici esistenti** (corpi A, B ed H),

costituendo un polo di connessione e di razionalizzazione distributiva.

Il nuovo edificio monoblocco ospiterà **funzioni d'importanza generale** quali, al piano terra, una Hall d'ingresso con servizi di prima accoglienza, Uffici di Relazione con il Pubblico, front office, servizi per il personale ospedaliero ed i visitatori (attività commerciali, punto ristoro e bar), mentre nel separato edificio Auditorium troverà spazio l'ampia sala congressi.

Se il piano terra si configurerà come un'area di accoglienza, una nuova porta di ingresso e fulcro logistico e di smistamento per tutto il P.O., i piani superiori ospiteranno **Unità Operative di area medica** con presenza di un'area ambulatoriale al piano 1° e di reparti di degenza ai piani 2° e 3°, **per un totale di 108 posti letto.**

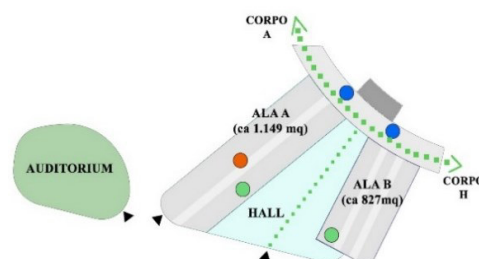
Le dimensioni del nuovo edificio Monoblocco, di quattro piani fuori terra (esclusa l'area impianti in copertura, arretrata rispetto al fronte principale), garantiscono la sua ottimale integrazione con gli edifici adiacenti corpi H ed A, rispettivamente di 4 e 6 piani fuori terra.

I livelli interni del nuovo edificio sono complanari a quelli degli adiacenti corpi H ed A eliminando eventuali barriere architettoniche intermedie e ottimizzando gli spostamenti all'interno della struttura.

DATI DELL'INTERVENTO

Per agevolare la comprensione del nuovo complesso in progetto, sono state convenzionalmente individuate delle aree:

- Hall di ingresso al piano terra a doppio volume
- Ala A, posta ad Est
- Ala B, posta ad Ovest
- Corpo curvo di collegamento retrostante, affacciato a Sud



- Auditorium

Si riporta a seguire una tabella con le **superfici lorde di intervento, le aree funzionali ed il volume del Monoblocco**:

PIANO	QUOTA	ALA A	ALA B	COLLEGAMENTO CURVO	SUP. TOTALE
Interrato	-3,41 m	Depositi / Impianti 1.309,2 mq	Spogliatoi / Impianti 824,3 mq	Connettivo / Impianti / Depositi 545,6 mq	2.877,9 mq
Terra	0,00 m	Bar / Negozi / Area Multimediale 1.313,60 mq	URP/ Spazi espositivi 827,1 mq	Connettivo / Camera Calda 625,2 mq	3.903,6 mq
		Hall 1.137,7 mq			
Piano 1°	+3,81 m	Mensa 1.313,60 mq	Ambulatori 827,1 mq	Connettivo / Supporti 516,1 mq	2.656,8 mq
Piano 2°	+7,33 m	Degenza (34 pl) 1.148,8 mq	Degenza (20 pl) 827,1 mq	Connettivo / Supporti 516,1 mq	2.491,7 mq
Piano 3°	+10,87 m	Degenza (34 pl) 1.148,8 mq	Degenza (20 pl) 827,1 mq	Connettivo / Supporti 516,1 mq	2.491,7 mq
Copertura	+14,72 m	Area tecnica - Impianti 877,6 mq			877,6 mq
SUPERFICIE TOTALE MONOBLOCCO					15.229,4 mq
VOLUME TOTALE MONOBLOCCO					58.651,11 mc

Si riporta a seguire una tabella con le **superfici lorde di intervento ed il volume dell'Auditorium**:

	QUOTA	ACCOGLIENZA	AREE SUPPORTO	SALA (impronta in pianta)	SUP. TOTALE
Piano 1°	+5,75 m	227,9 mq	26,5 mq	385,2 mq	639,6 mq
Piano Amm.	+3,40 m	---	82,9 mq	---	82,9 mq
Piano 0	0,00 m	632,4 mq	253,4 mq	92,4 mq	978,2 mq
		860,3 mq	362,8 mq	477,6 mq	1.700,7 mq

VOLUME TOTALE AUDITORIUM	10.320,70 mc
---------------------------------	---------------------

Dalle tabelle precedenti risulta che il volume di intervento complessivo è pari a:

SUPERFICIE LORDA TOTALE MONOBLOCCO	15.229,40 mq
SUPERFICIE LORDA TOTALE AUDITORIUM	1.700,70 mq
SUPERFICIE LORDA COMPLESSIVO	16.930,10 mc

VOLUME TOTALE MONOBLOCCO	58.651,11 mc
VOLUME TOTALE AUDITORIUM	10.320,70 mc
VOLUME COMPLESSIVO	68.971,34 mc

MODIFICHE INTERCORSE dallo studio di fattibilità' al progetto esecutivo

Rispetto allo Studio di Fattibilità del 2018 base gara, già nella Progettazione Definitiva del 2022 e quindi anche nella successiva progettazione Esecutiva del 2023, sono state introdotte modifiche che hanno portato all'aumento delle superfici complessive e di conseguenza all'aumento dei costi dell'opera.

Le modifiche in aumento sono state formalizzate nella Deliberazione del Commissario Straordinario n.383 del 04/08/2022 di Approvazione del Quadro Economico del Progetto Definitivo e nella successiva Deliberazione del Commissario Straordinario n.456 del 27/09/2022 di Approvazione del Progetto Definitivo.

Sul tema delle variazioni tecniche ed economiche rispetto allo Studio di Fattibilità, nelle deliberazioni sopra citate a firma del Commissario e del RUP, è così riportato:

L'incremento progettuale (rispetto agli originari € 40.000.000,00) è dovuto:

- 1) *al mutamento del quadro esigenziale medio tempore intervenuto a cagione delle sopravvenienze evidenziate nel corso della redazione del progetto definitivo (a titolo meramente esemplificativo si cita la realizzazione di un piano interrato nel quale è stata prevista la centralizzazione degli spogliatoi del personale, oltre che la realizzazione di locali per depositi, tesa ad ottimizzare l'attività sanitaria);*
- 2) *alle necessarie compensazioni dovute alle variazioni di prezzo dei materiali da costruzione, dei carburanti e dei prodotti energetici;*
- 3) *all'obbligatorio adeguamento ai prezzi a tutt'oggi vigenti, in adesione all'art. 23, comma 16, del D.Lgs. n. 50 del 2016 nonché all'art. 26 del D.L. n. 50 del 17 maggio 2022;*

Di seguito si riportano le differenze dimensionali ed economiche tra lo studio di fattibilità del 2018 ed il progetto Esecutivo del 2023:

	STUDIO DI FATTIBILITA' 2018	PROGETTO DEFINITIVO 2022 / ESECUTIVO 2023
Volume demolizione	40.698,92 mc	46.519,25 mc
Superficie lorda di nuova costruzione	11.991,73 mq	16.930,00 mq
Parametro economico nuova costruzione	1.750,00 €/mq	2.529,00 €/mq
Importo opere	20.985.527,50 €	42.816.994,44 €
Importo demolizione	5.060.910,70 €	2.926.423,54 €
Importo sicurezza	781.393,15 €	962.066,83 €
Importo somme a disposizione	13.172.168,65 €	21.673.681,01 €
Importo quadro economico	40.000.000,00 €	68.379.165,82 €

Principali differenze dimensionali riscontrate:

- Nello Studio di Fattibilità la Demolizione del livello interrato del monoblocco esistente non era stata considerata nel computo volumi da demolire e quindi da ricostruire; Tali volumi sono stati quindi aggiunti nell'esecutivo;
- Per esigenze sanitarie si è prevista la realizzazione di un piano interrato aggiuntivo destinato a spogliatoi e depositi centralizzati;
- Nelle superfici di intervento del progetto Esecutivo sono comprese anche le lavorazioni in tutti gli edifici adiacenti ai quali il nuovo monoblocco di progetto si dovrà collegare a tutti i piani
- Nel progetto esecutivo sono oggetto di intervento anche tutte le aree esterne (strade carrabili, marciapiedi, verde, parcheggi) per un totale di 7.426,18 mq, in quanto la realizzazione del nuovo monoblocco e auditorium, coinvolge anche una rivisitazione completa di tutte le aree di pertinenza:

Il parametro per la Nuova costruzione riscontrato pari a 2.529 €/mq è del tutto in linea con i valori di mercato riscontrabili per i progetti di edilizia sanitaria di pari complessità.

Confronto dei Quadri Economici 2018-2023:

INTERVENTO PER RIQUALIFICAZIONE INSEDIATIVA PER MESSA A NORMA ANTISISMICA DEL DENOMINATO "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) DEL P.O. OSPEDALI RIUNITI - LOTTO 1 -QUADRO ECONOMICO-			
A)	LAVORI	FATTIBILITA' 2018	PROGETTO ESECUTIVO 2023
A1)	E.20 - DEMOLIZIONI E RIMOZIONI	5.060.910,70	2.926.423,54 €
	E.10 - OPERE EDILI	8.394.211,00	17.351.410,40 €
	S.03 - STRUTTURE	5.246.381,87	10.171.223,13 €
	IA.01 - IMPIANTI IDRICO-SANITARIO E ANTINCENDIO	1.049.276,38	2.544.035,77 €
	IA.02 - IMPIANTI TERMICO E DI CONDIZIONAMENTO	3.147.829,13	5.572.573,93 €
	IA.04 - IMPIANTI ELETTRICI	3.147.829,13	7.177.751,21 €
A2)	TOTALE LAVORI A	26.046.438,20 €	45.743.417,98 €
A3)	E.10 - ONERI DELLA SICUREZZA	781.393,15	962.066,83 €
A4)	IMPORTO COMPLESSIVO LAVORI COMPRESA SICUREZZA	26.827.831,35 €	46.705.484,81 €
B)	SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE		
B1)	IVA10% sui lavori (A4)	2.682.783,14	4.670.548,48 €
B2)	Spese Tecniche - Progettazione Definitiva, Esecutiva, CSP, DL, CSE (nette e comprensive di oneri previdenziali)	1.865.693,34	2.701.866,57 €
B3)	Spese tecniche - verifica e validazione progetto Art. 26 Dlgs 50/2016		140.888,96 €
B4)	spese generali (commissioni, collaudi, ecc.)	2.158.481,36	950.000,00 €
B5)	arredi e attrezzature	4.024.174,70	9.150.000,00 €
B6)	IVA (22% SU B2)+B3)+B4)+B5)	1.770.636,87	2.847.406,22 €
B7)	Imprevisti e arrotondamenti	670.399,24	2.716.695,27 €
B8)	Incentivi Art. 113 Dlgs 50/2016 (2%)		1.117.109,70 €
	TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE	13.172.168,65 €	24.294.515,19 €
C)	TOTALE PROGETTO (A + B)	40.000.000,00 €	71.000.000,00 €

L'aumento economico per l'intervento è dovuto alle mutate esigenze sanitarie come già descritto sopra, ma anche all'aumento dei costi di costruzione avvenuto dal 2018 al 2023, periodo nel quale il mercato dell'edilizia ha visto un forte incremento dei costi dei materiali e dell'energia a causa di noti avvenimenti degli ultimi anni a livello mondiale (pandemia, conflitti bellici, ecc...).

Di seguito un sintetico confronto tra i prezzi di alcuni materiali a campione presi dai prezziari del 2017 (prezziario in vigore in Puglia alla data di pubblicazione della gara) / 2018 e 2023 (data di redazione del progetto Esecutivo).

Tranne rare eccezioni, l'aumento percentuale dei costi delle lavorazioni è aumentato dal 25% al 50%, con punte dell'65-80% o addirittura oltre il 100%.

Come si può vedere solo la Demolizione, attività che esclude costo di materiali, non ha visto aumenti di prezzi, anzi in questi anni sono invece diminuiti i costi di conferimento, motivo per cui l'importo totale per la demolizione del vecchio monoblocco è complessivamente diminuito.

Lavorazione	Regione Prezziario	Codice Prezziario	Prezzo Unitario	u.m.	Codice Prezziario	Prezzo Unitario	u.m.	Aumento
Demolizione vuoto/pieno	Puglia	E.02.01 (2017)	29,90 €	mc	E.002.001 (2023)	29,90 €	mc	0,00%
Laterizio 15cm	Basilicata	B.04.022.03 (2018)	37,86 €	mq	B.04.022.03 (2023)	57,16 €	mq	50,98%
Laterizio 25cm	Puglia	E.06.10b (2017)	57,92 €	mq	E.006.020.b (2023)	73,16 €	mq	26,31%
Intonaco	Puglia	E.16.12b (2017)	17,20 €	mq	E.016.012.A (2023)	23,96 €	mq	39,30%
CLS strutture in elevazione C35/45	Puglia	E.04.08c (2017)	162,91 €	mc	E.004.009.d (2023)	210,11 €	mc	28,97%
Acciaio in barre per armature	Puglia	E.04.36 (2017)	1,90 €	kg	E.004.031 (2023)	2,33 €	kg	22,63%
Carpenteria metallica	Puglia	E.10.08 (2017)	4,00 €	kg	E.007.024.f (2023)	4,06 €	kg	1,50%
Piastrelle gres	Basilicata	B.14.020.01 (2018)	48,18 €	mq	B.14.020.01 (2023)	60,91 €	mq	26,42%
Controsoffitto cartongesso	Basilicata	B.08.006.02 (2018)	35,68 €	mq	B.08.006.02 (2023)	48,63 €	mq	36,29%
Controsoffitto fibra	Basilicata	B.08.019.01 (2018)	38,10 €	mq	CAM23_E17.050.010.C (2023)	62,73 €	mq	64,65%
Canalizzazioni aria	Puglia	T.21.03 (2017)	67,50 €	mq	T.021.006 (2023)	104,40 €	mq	54,67%
Interruttore magnetotermico	Puglia	EL..02.13z3 (2017)	197,51 €	cad	EL.002.124.c (2023)	355,86 €	cad	80,17%
Facciata continua	rif. Basilicata	B.19.004.02 (2018)	370,67 €	mq	NP.OE.INF.E.02.a (2023)	762,42 €	mq	105,69%
Finestre stecche	rif. Basilicata	B.18.061.04 (2018)	412,46 €	mq	NP.OE.INF.E.01.d (2023)	849,20 €	mq	105,89%

Atti di approvazione dalla stazione appaltante

- DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO, Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 100 del 07/02/2022, N. 383 del 04/08/2022 – **Approvazione del Q.E. del progetto definitivo**
- DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1202 del 09 agosto 2022, N. 456 del 27/09/2022 – **Approvazione del progetto definitivo**

Autorizzazioni sul progetto

- Parere favorevole rilasciato dall'**ASL Foggia** (Dip. Di Prevenzione – Servizio Igiene e Sanità Pubblica) prot. n.0018747|18/02/2021 IASL_FGIN_138|P
- Parere di conformità rilasciato dal **Comando Provinciale Vigili del Fuoco** di Foggia prot. U0005151.26-03-2021

Il **Comune di Foggia** ha rilasciato in data 06/11/2023 il PERMESSO di COSTRUIRE Pratica Edilizia n. 825/2023

1.6.1. L'Offerta post-operam

All'esito del piano di interventi che compongono il presente programma di investimenti, la Regione si doterà di due presidi ospedalieri adeguati alla normativa antisismica

1.7 Coerenza interna della strategia

1.7.1. Relazione e complementarità tra le priorità

Il presente programma di investimenti si compone di n. 2 interventi di adeguamento antisismico dell'A.O.Policlinico Riuniti di Foggia.

L'adeguamento degli ospedali alla normativa antisismica emerge come una priorità imperativa. Oltre ad essere un dovere legale, rappresenta un'imperiosa necessità per garantire la sicurezza delle strutture ospedaliere e dei cittadini che vi accedono.

Intrinsecamente legato alla gestione dei rischi e alla tutela del patrimonio pubblico, l'adeguamento antisismico degli ospedali pugliesi richiede un approccio strategico e coordinato da parte delle istituzioni amministrative regionali.

ra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di calamità, in quanto sono chiamati a svolgere un'importantissima funzione di soccorso alla popolazione, garantendo l'efficace continuazione delle prime operazioni di pronto intervento sanitario avviate sul campo.

All'ospedale, sede tra le più esposte e sensibili in quanto affollata da migliaia di persone aventi capacità reattive diversissime, viene quindi richiesto non solo di resistere senza danni eccessivi alla forza d'urto del sisma, ma anche di continuare a offrire sufficienti livelli di assistenza sanitaria.

Ciò significa che si deve porre una particolare attenzione non solo agli elementi portanti, ma anche a quelli non strutturali e impiantistici, oltre che alla distribuzione delle funzioni e ai flussi, per far sì che possano rimanere pienamente operative le unità ambientali e le apparecchiature necessarie per la gestione delle maxiemergenze. In Italia, per quello che risulta da un'indagine effettuata sulla base di dati del Ministero della Salute, molti Comuni sono stati classificati sismici dopo la costruzione o l'ampliamento degli ospedali, che non sono quindi stati realizzati secondo delle specifiche norme sismiche.

1.7.2. 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 di 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.

Inoltre, oggi risulta sempre più difficile adeguare le vecchie strutture ospedaliere ai nuovi bisogni dei cittadini. Nel presente documento si sceglie per l'appunto di concentrare gli sforzi e le risorse sugli ospedali di I e II livello rispetto ai quali l'adeguamento risulta opportuno e conveniente. 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, non ne sono stati individuati, considerato che trattasi di demolizione e ricostruzione di edificio in un caso e di adeguamento sismico esterno nell'altro che consentirà di non bloccare l'attività ospedaliera.

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

sensività 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	<p>S (Punti di Forza)</p> <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 ✓ Presenza di progetti esecutivi già validati. ✓ Autorizzazioni degli enti terzi già ottenuti 	<p>W (Punti di Debolezza)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.) 	<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. ▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti
	<p>O (Opportunità)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali ✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia ✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie. 		
E s t e r n i			

Tabella 2.22 - 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. Accanto agli ospedali e ai PTA come si è detto la Regione Puglia è in procinto di avviare la riorganizzazione delle reti di prossimità con 121 Case della Comunità e 36 Ospedali di Comunità previsti dal PNRR.

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. Gli interventi proposti infatti non rientrano tra i progetti già finanziati dal PNRR/PNC per la linea Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile che prevede la realizzazione di un totale di n.25 interventi, 18 a valere sul PNC e n. 7 a valere sul PNRR:

2.1.2. Coerenza con la programmazione sanitaria

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.

Gli interventi proposti sono già ricompresi nella programmazione della rete ospedaliera e non prevedono aumento di posti letto.

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 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;
- ridurre la parcellizzazione dell'offerta ospedaliera per accrescerne contestualmente la capacità di risposta e la qualità delle prestazioni erogate;

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

- incremento dell'offerta di qualità colmando le lacune nella rete dell'offerta attuale;
- 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 della Regione Puglia.

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,

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 compresi 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.

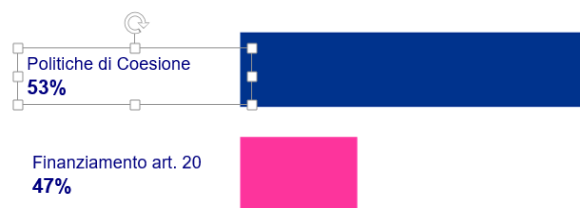
2.1.3. Coerenza con la programmazione regionale in tema di fondi strutturali

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, alla Linea 3.1 per l'infrastrutturazione sanitaria territoriale e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche delle strutture del SSR in funzione delle attività di diagnostica specialistica, con due successive tranche di finanziamento di interventi alle ASL pugliesi, individuate quali soggetti beneficiari dei finanziamenti FESR.

Questo piano di investimento ha consentito di affiancare l'evolvere della programmazione sanitaria regionale e di supportare le ASL nell'avvio delle riconversioni degli stabilimenti ospedalieri oggetto di disattivazione e rifunzionalizzazione.

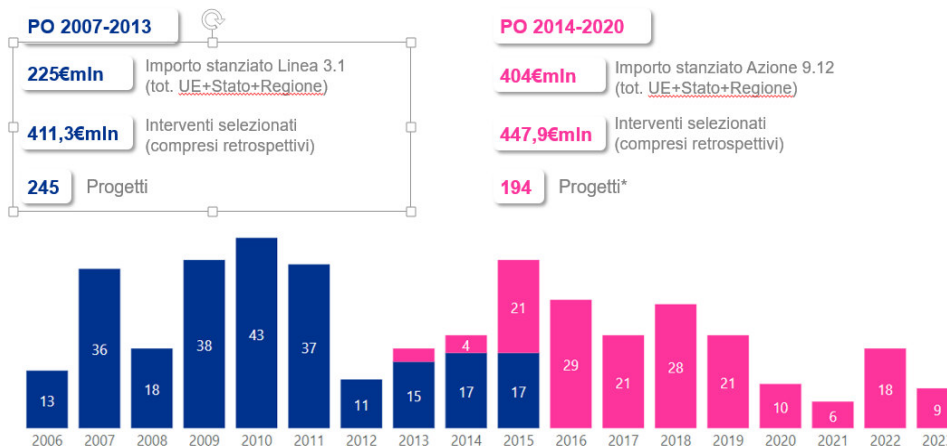
Oggi la Regione puglia utilizza per il finanziamento degli investimenti del SSR, il 53% delle risorse comunitarie e il 47% delle risorse derivante da art. 20 L. 67/88

Le politiche di coesione impattano per il 53% sul totale finanziato



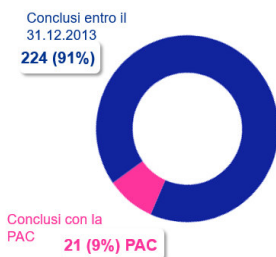
Le percentuali di realizzazione sono molto alte

Importi stanziati per 225€mln nel 2007-2013 e 404€mln nel 2014-2020

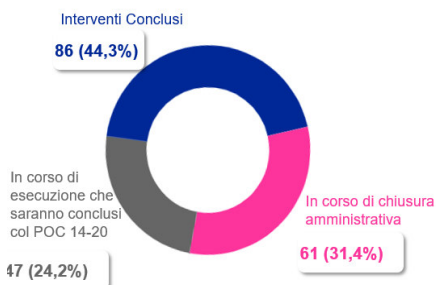


Stato attuativo della programmazione 2007-2013

Stato dei progetti



Stato attuativo della programmazione 2014-2020 (ultima certificazione luglio 2024)



In ultimo il "PR Puglia FESR FSE+ 2021-2027", approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C(2022) 8461 del 17 novembre 2022, prevede le seguenti linee di azione con una dotazione di € 367.647.059,00:

- 8.4 - *Rinnovo e potenziamento delle strumentazioni ospedaliere e sviluppo della telemedicina:* l'azione è indirizzata alla dotazione di nuove apparecchiature anche robotiche (sia chirurgiche che di riabilitazione) capaci di funzionare anche con sistemi a distanza o sotto guida. L'utilizzo di nuovi strumenti e tecnologie innovative contribuisce a diminuire la permanenza in ospedale e realizzare

una reale presa in carico del paziente con la garanzia di una sua assistenza domiciliare attraverso un modello integrato IT 191 IT tra prestazioni sanitarie, terapie tecnologiche e soluzioni digitali;

- *8.5 - Rafforzamento della rete territoriale dei servizi sanitari, della rete dell'emergenza urgenza e riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi:* l'azione supporta l'innovazione dei modelli assistenziali, rafforzando le strutture territoriali in cui erogare attività chirurgiche in daysurgery, sfruttando le potenzialità dei nuovi sistemi di contatto digitale medico-paziente e applicazioni di telemedicina e tele monitoraggio di parametri vitali. L'Azione supporta altresì la realizzazione di posti letto per Osservazione Breve Intensiva per la erogazione di prestazioni sanitarie a pazienti che accedono in Ospedale con carattere di emergenza - urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico - terapeutico o l'identificazione sia dell'indicazione al ricovero che della dimissione;
- *8.6 - Potenziamento dell'assistenza sanitaria familiare e servizi territoriali:* potenziamento di strumentazioni che consentano la possibilità di effettuare cure oncologiche e salvavita a casa del paziente nonché di strumenti che favoriscano la Mhealth "la salute mobile" basata sull'uso di dispositivi mobili per le pratiche della medicina e della salute; potenziamento delle strutture di prevenzione territoriale (diverse dai setting assistenziali finanziati dal PNRR) a sostegno della riorganizzazione territoriale del Dipartimento di Prevenzione, la dotazione di cliniche mobili e strutture temporanee in dotazione alle Aziende Sanitarie diverse da quelle finanziate dal PN Equità in Salute, per le attività di prevenzione (vaccinazione, screening oncologici e metabolici).

La proposta di interventi di cui al presente documento risulta 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.

2.2.1. Fattibilità tecnica

Dal punto di vista della fattibilità tecnica non si ravvisano particolari criticità in quanto:

- gli interventi relativi al potenziamento ed adeguamento a norma degli ospedali esistenti rappresentano interventi necessari per conseguire la piena conformità alle norme vigenti.

2.2.2. Sostenibilità ambientale

Gran parte degli interventi sui presidi ospedalieri esistenti ricompresi nel presente documento programmatico ha tra le gli obiettivi l'efficientamento antisismico degli stessi, interessando a tal fine, a titolo di esempio, le varie componenti impiantistiche

Per quanto riguarda i materiali, l'esigenza della sostenibilità sarà coniugata con le caratteristiche richieste dalle normative vigenti per gli ambienti sanitari: elevata inerzia chimica, resistenza all'umidità e ai liquidi, resistenza al calore, alla luce solare, ai graffi, alla corrosione, resistenza all'usura, alle macchie e alle bruciature, resistenza agli urti, alla flessione, dovranno avere bassa conducibilità termica, essere isolanti elettrici, antistatici, atossici, anallergici e antibatterici, ed essere della migliore qualità, ben lavorati e rispondenti perfettamente alla funzione cui sono destinati. Non dovranno subire alterazioni nel tempo da un punto di vista sia fisico sia estetico.

2.2.3. Sostenibilità amministrativa/finanziaria e gestionale

La realizzazione degli interventi sarà affidata all'AO Policlinico Riuniti di Foggia.

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

2.2.4. 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.

2.2.5. 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**.

Il SSR pugliese ha raggiunto l'equilibrio di bilancio nell'anno 2023-

Il primo gennaio 2020 è entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che sostituisce la cosiddetta "griglia LEA", per la valutazione della qualità dell'assistenza e per l'accesso da parte delle Regioni ad una quota premiale del Fondo Sanitario Nazionale.

La lettura degli indicatori resi disponibili dal Ministero della Salute consente di rilevare per la Regione Puglia il superamento della soglia di adempienza in tutte le aree assistenziali, che conferma anche per il 2020 il percorso di crescita portandola a quota 206.

Permangono alcune criticità che riguardano aspetti specifici, come ad esempio gli screening oncologici, il numero di anziani non autosufficienti in assistenza socio-sanitaria residenziale, la percentuale di parti cesarei.

Tabella 3.1–Risultati NSG – punteggi sottoinsieme CORE per area, anni 2021

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	86,05	84,47	81,36
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59
Lombardia	86,84	93,09	85,33
P.A. di Bolzano	51,97	68,05	80,75
P.A. di Trento	92,55	79,33	96,52
Veneto	84,63	95,6	84,65
Friuli Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22
Liguria	73,05	85,92	73,6
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,5
Toscana	91,37	95,02	88,07
Umbria	91,97	73,64	82,31
Marche	82,62	89,38	85,9
Lazio	80,78	77,61	77,12
Abruzzo	77,74	68,46	69,25

Molise	82,99	65,4	48,55
Campania	78,37	57,52	62,68
Puglia	67,85	61,66	79,83
Basilicata	79,63	64,22	63,69
Calabria	52,96	48,51	58,52
Sicilia	45,53	62,19	75,29
Sardegna	61,63	49,34	58,71

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* (nump.l. x 1000 ab.)
fonte: elaborazione da modelli HSP12 e HSP13 (NSIS)
periodicità: annuale
 - *parti cesarei* (% di parti cesarei sul totale)
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
 - *attività ospedaliera* (% ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri ordinari):
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
 - *Appropriatezza dei ricoveri* (Tasso ospedalizzazione di ricoveri ordinari attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza)
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
 - *Indice di attrazione della popolazione extraregionale* (rapporto tra numeri di dimessi non residenti e il numero totale di dimessi della Regione):
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
 - *Indice di Fuga - mobilità passiva* (rapporto tra il numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali fuori regione e numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali regionali e fuori regione)
fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva
periodicità: annuale

- *Mobilità passiva ospedaliera* (% su base annua del numero di ricoveri fuori regione)
fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva
periodicità: annuale

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 Monopoli-Fasano

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

- *Numero di vecchi presidi ospedalieri dismessi*
fonte: Regione Puglia
periodicità: a due anni dalla conclusione dell'intervento
interventi interessati: Nuovo ospedale Monopoli-Fasano
- *Numero di posti letto dimessi nei vecchi presidi ospedalieri*
fonte: Regione Puglia
periodicità: a due anni dalla conclusione dell'intervento
interventi interessati: Nuovo ospedale Monopoli-Fasano

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: tutti
- *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: nuovo ospedale Monopoli-Fasano
- *Variazione Indice di Fuga - mobilità passiva* (rapporto tra il numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali fuori regione e numero di assistiti pugliesi dimessi da ospedali regionali e fuori regione)
fonte: flusso SDO e flusso mobilità passiva
periodicità: annuale
interventi interessati: nuovo ospedale Monopoli-Fasano
- *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

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

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

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.

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

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 PR Puglia FESR FSE+ 2021-2027, l’articolazione dell’Asse VIII “Welfare e Salute” e nello specifico le azioni 8.4, 8.5 e 8.6 finanziate con € 367.647.059,00 per il rinnovo e potenziamento delle strumentazioni ospedaliere e sviluppo della telemedicina, il rafforzamento della rete territoriale dei servizi sanitari, della rete dell’emergenza urgenza e riduzione delle diseguaglianze nell’accesso ai servizi, il potenziamento dell’assistenza sanitaria familiare e servizi territoriali;
- ✓ il PNRR

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.

4.1.1. Valore aggiunto del programma

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 questo modo viene assicurata la coerenza degli interventi e la convergenza degli stessi;
- ✓ 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.

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 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: 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
- controllo di II livello a carico del responsabile dell’accordo per la Regione Puglia.

Inoltre si intende procedere ad una revisione delle procedure di cui alla la DGR n. 2477 del 30/12/2015, allo scopo di semplificarle e velocizzarle. In tale prospettiva si valuterà l’opportunità di 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>

Fonte: Sistema Monitoraggio MIR

la Strategia annuale per la crescita sostenibile 2021 (COM-2020-575 del 17 settembre 2020);

il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020, istituisce uno strumento dell'Unione europea NextGeneration EU, a sostegno della ripresa dell'economia dopo la crisi pandemica da COVID-19;

il Regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il Quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027;

il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato dall'Italia alla Commissione europea in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n.2021/241 approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo.

Decisione ECOFIN 8 dicembre 2023.

Schede di Sintesi degli Interventi

Scheda di Sintesi Intervento 1

art. 20 legge n. 67/1988

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

Richiedente	Regione Puglia	
Ente Attuatore	Azienda Policlinico Riuniti di Foggia	
1- Titolo Intervento	INTERVENTO PER RIQUALIFICAZIONE INSEDIATIVA PER MESSA A NORMA ANTISISMICA DEL DENOMINATO "MONOBLOCCO" (CORPI DI FABBRICA A1, A2, D, E, F, G) DEL P.O. OSPEDALI RIUNITI"	
2 - Codice Intervento	1	
3 - Localizzazione	Comune di Foggia	
4 - Costo dell'opera	€	71.000.000,00
5 - Piano Finanziario		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	67.450.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	3.550.000,00
c) Altro finanziamento		-
Totale (a+b+c)	€	71.000.000,00
6- Piano Cronologico		
a) Tempo previsto per la durata dei lavori in mesi		42
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		4
7- Tipologia dell'opera	Demolizione e ricostruzione	
8- Progetto esecutivo	disponibile	

Schede di Riferimento

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica
Obiettivi Generali	G1. Miglioramento della qualità e della Miglioramento della resistenza sismica G. 2 Ridurre al minimo il rischio di crollo	Percentuale di edifici costruiti secondo gli standard antisismici locali. Numero di vite salvate durante eventi sismici grazie all'adozione di misure preventive.	Valutazioni post-evento: Analisi dei danni subiti dagli edifici durante eventi sismici per valutare l'efficacia delle misure di sicurezza antisismica adottate e identificare eventuali aree di miglioramento. ti)
Obiettivi Specifici	S1 aumentare la resistenza sismica dell'edifici S2 Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015	Percentuale di edifici pubblici e privati che superano i test di vulnerabilità sismica i	Verifica della conformità normativa
Obiettivi operativi	O1 Verifica della conformità normativa O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Numero strutture riqualificate	Modelli HSP, STS Flusso EMUR

Tabella B- 1. Matrice del Quadro Logico

	Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
Fattori Interni	<p>S (Punti di Forza)</p> <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 ✓ Presenza di progetti esecutivi già validati. ✓ Autorizzazioni degli enti terzi già ottenuti <p>O (Opportunità)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali ✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia ✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie. 	<p>W (Punti di Debolezza)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.)
Fattori Esterni		<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. ▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti

Tabella B- 2. Matrice SWOT

MATRICE OBIETTIVI/INTERVENTI/INDICATORI								
Obiettivi (>> interventi)						Indicatori		
Obiettivi Generali		Obiettivi Specifici		Obiettivi Operativi		Interventi	Descrizione	Valore atteso
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	aumentare la resistenza sismica dell'edificio	O1	O1 Verifica della conformità normativa	1	Percentuale di plessi che superano i test di vulnerabilità sismica	1
				O2	O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	1	Numero plessi riqualificati	1

Tabella B- 3. Matrice Obiettivi/Interventi/Indicatori.

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 	<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</p>

	<p>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”</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 23-02-2018 • REGOLAMENTO REGIONALE 23/2019 “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, approvato con DGR 1726 del 23/09/2019; • DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 ottobre 2019, n. 1854: Adozione del R. R.: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1726 del 23/09/2019. Rettifica errore materiale • REGOLAMENTO REGIONALE 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 	<p>ospedali.</p> <p>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’incremento dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, fino al raggiungimento dello standard massimo previsto dal D.M. n. 70/2015.</p> <p>E’ in corso di predisposizione nuovo regolamento regionale di riordino ospedaliero</p>
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.
	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)
	DGR 583/2018 "studio preliminare relativo al riordino dei punti di primo intervento"	
	DGR 2130/2019 (postazioni transitorie invernali della BAT)	
	DGR 1083 del 27/07/2022 (riorganizzazione transitoria)	

<p>Approvazione PNRR Regione Puglia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la Deliberazione di Giunta regionale n. 1529 del 27 settembre 2021 con la quale è stato approvato il Piano dei fabbisogni prioritari per interventi di adeguamento o miglioramento sismico delle strutture ospedaliere del SSR., in attuazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, componente 2, misura 1.2. “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”; • la Deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6” con la quale si è provveduto ad approvare il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale pugliese; • la Deliberazione di Giunta regionale n.536 del 24/04/2022 ad oggetto: “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, D.M. 20 gennaio 2022 – Iscrizione alter somme vincolate, variazione al bilancio di previsione per l’e.f. 2022 ai sensi del D.Lgs. 118/2011” con la quale sono state iscritte in bilancio regionale le somme per il finanziamento degli investimenti a valere sul PNRR; • la Deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11/05/2022 “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022” con la quale è stato, in particolare: • approvato la rete dell’assistenza territoriale, in attuazione del PNRR - Missione 6 Componenti 1 e 2 e comprensiva di tutta l’offerta sanitaria che la Regione intende implementare sull’intero territorio regionale; • autorizzato il Presidente della Giunta regionale a sottoscrivere il Piano Operativo Regionale Investimenti Missione 6 Salute, allegato al CIS, contenente le proposte finanziate con risorse PNRR da caricare sulla Piattaforma Agenas; • nei termini fissati dall’Unità di Missione, è stato caricato in piattaforma Agenas, a cura delle strutture del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, il Piano Operativo Regionale contenente le proposte da finanziarsi con risorse PNRR. • La Deliberazione n. 763 del 26 maggio 2022 con la quale è stato approvato il Contratto Interistituzionale di Sviluppo con il suo allegato Piano Operativo; • La deliberazione n.1023/2022 con la quale si è proceduto all’assegnazione delle Risorse alle Aziende Sanitarie e all’approvazione dello schema di Delega ai sensi dell’art. 5 del Contratto Interistituzionale di Sviluppo 	
---	--	--

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 (progetto di fattibilità tecnica ed economica ***)	Progetto definitivo	Progetto Esecutivo
Nuova Costruzione	0	==	==	==	==	==
Ristrutturazione	1	D	ND	ND	ND	1
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	0	ND	ND	ND	ND	0
TOTALE (**)	1	ND	0	0	0	1

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 definito ai sensi del d.lgs. 50/2016 e smi

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
01 Verifica della conformità normativa	1	67.450.000,00	3.550.000,00	-	71.000.000,00	100%
TOTALE	1	67.450.000,00	3.550.000,00	-	71.000.000,00	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 progr.
Ospedali (*)	1	67.450.000,00	3.550.000,00	-	71.000.000,00	100,00%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	0	==	==	==	==	==
Altro	0	==	==	==	==	==
TOTALE	1	67.450.000,00	3.550.000,00	-	71.000.000,00	100,00%

(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature per un totale di	€ 13.174.174,70	
(**) Sono ricompresi acquisti di tecnologie per un totale di	€ -	
		% di incidenza sul programma
TOTALE TECNOLOGIE	€ 13.174.174,70	18,56%

Tabella B- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio Finanziario	TOTALE	Stato (95%)	Regione (5%)	Note	Interventi interessati
A0	€ 3.550.000,00		€ 3.550.000,00	La Regione eroga il 5% per intervento 1+2	1
A0 +1	€ 21.300.000,00	€ 21.300.000,00		Ad avvio lavori la Regione eroga il 5%	1
A0 +2	€ 31.950.000,00	€ 31.950.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	1
A0 +3	€ 14.200.000,00	€ 14.200.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	1
TOTALE	€ 71.000.000,00	€ 67.450.000,00	€ 3.550.000,00		

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

Programma	Percentuale di avanzamento finanziario	Note
Accordo di programma 2004	87%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2007	76%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2020	0%	Si è in attesa del decreto di revoca
Accordo di programma 2023	0%	Si è in attesa della sottoscrizione dell'Accordo

Tabella B- 8. Correlazione con i precedenti AdP art. 20

OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Logica di Intervento	Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	
Obiettivi Generali	G1. Miglioramento della qualità e della Miglioramento della resistenza sismica G. 2 Ridurre al minimo il rischio di crollo	Percentuale di edifici costruiti secondo gli standard antisismici locali. Numero di vite salvate durante eventi sismici grazie all'adozione di misure preventive.	Valutazioni post-evento: Analisi dei danni subiti dagli edifici durante eventi sismici per valutare l'efficacia delle misure di sicurezza antisismica adottate e identificare eventuali aree di miglioramento. ti)
Obiettivi Specifici	S1 aumentare la resistenza sismica dell'edifici S2 Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015	Percentuale di edifici pubblici e privati che superano i test di vulnerabilità sismica i	Verifica della conformità normativa
Obiettivi operativi	O1 Verifica della conformità normativa O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Numero strutture riqualificate	Modelli HSP, STS Flusso EMUR

Obiettivi Generali dell'AdP	
G1	G1. Miglioramento della qualità e della Miglioramento della resistenza sismica
G2	G. 2 Ridurre al minimo il rischio di crollo

Tabella B- 9. Obiettivi generali dell'AdP

Obiettivi Specifici dell'AdP	
S1	S1 aumentare la resistenza sismica dell'edifici
S2	S2 Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015

Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma				
Codice	Obiettivo specifico	Presenza negli Accordi precedenti	Indicatori	Presenza negli Accordi precedenti
S1	aumentare la resistenza sismica dell'edifici	NO	Percentuale di edifici pubblici e privati che superano i test di vulnerabilità sismica i	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S2	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015	Negli accordi precedenti 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.	Numero strutture riqualificate	NO (indicatori formulati in maniera differente)

Tabella B- 10. Obiettivi specifici dell'A.d.P. ed Obiettivi ed Indicatori (si veda anche tabella B- 3. per la correlazione obiettivi generali con obiettivi specifici)

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
a) Nuova costruzione	0					
b) Ristrutturazione	1	67.450.000,00	3.550.000,00		71.000.000,00	100%
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	0			-	-	-
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1	67.450.000,00	3.550.000,00		71.000.000,00	100,00%

Tabella B- 11. Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento

	Dato Regionale	Dato Nazionale (o standard di riferimento)	Note
<i>Numero di posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	12.732 (3,24)* <i>comprensivi dei PL di cui al DL 34</i>	11.769 (3)	<i>Puglia – NSIS 1.1.2022</i>
<i>Numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti</i>	1.750 (0,44)	2.746 (0,7)	<i>Puglia – NSIS 1.1.2022</i>
<i>Tasso di ospedalizzazione per acuti</i>	81,61		<i>2022 – protocollo di calcolo Network delle Regioni</i>
<i>Mobilità passiva per acuti</i>	8,5%	8%	<i>2021 – Flusso Mobilità interregionale I invio</i>

Tabella B- 12. Analisi dell'offerta attuale

	<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 di altre risorse (es. PO FESR 2014/2020 Azione 9.12)
<i>Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione</i>	Non applicabile. Il numero complessivo di posti letto 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.
<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 altre risorse (es. PO FESR 2014/2020 Azione 9.12)

Tabella B- 133. Analisi dell'offerta ex post prevista a seguito degli interventi

<i>Sintesi delle informazioni per autovalutazione</i> (la tabella è stata aggiornata rispetto a quanto previsto nelle linee guida vigenti riportando i riferimenti normativi aggiornati)	
DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)	Interventi di adeguamento alla rete ospedaliera regionale sia mediante la costruzione di nuovi ospedali che il potenziamento e la riqualificazione di quelli di I e II livello
Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere	I dati dei precedenti programmi sono stati inseriti nella piattaforma NSIS dell'Osservatorio e costantemente aggiornati. I dati relativi alla presente proposta di Accordo saranno inseriti non appena ricevuta apposita indicazione da parte del MdS a seguito di valutazione preliminare della proposta
Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo delle risorse degli Accordi di Programma	Le risorse sono destinate prioritariamente alla ristrutturazione di ospedali ed 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

Tabella B- 14. Sintesi delle informazioni per autovalutazione