

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2024, n. 1897

**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 del programma di investimenti: Intervento per la riqualificazione del "MONOBLOCCO" dell' A.O.U. Policlinico Riuniti di Foggia e Lavori di realizzazione del "Nuovo Ospedale di Andria"- Revoca DGR n. 593 del 6/05/2024**

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Vicepresidente, Avv. Raffaele Piemontese;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

### DELIBERA

1. di revocare la DGR n. 593 del 6/05/2024 recante "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.
2. 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.
3. di approvare il Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia "INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 – VERSIONE DICEMBRE 2024", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. 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;
5. 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.

6. 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.
7. di disporre la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Provvedimenti", sotto-sezione "Provvedimenti organi di indirizzo politico" del sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it), ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D. lgs 33/2013.
8. 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

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**Oggetto: 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 del programma di investimenti: Intervento per la riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del denominato "MONOBLOCCO" dell'A.O.U. Policlinico Riuniti di Foggia (CUP G79J18000420001) e Lavori di realizzazione del "Nuovo Ospedale di Andria" (CUP C88118000030007)- Revoca DGR n. 593 del 6/05/2024.**

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:

1. Accordo sottoscritto in data 27/05/2004, con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 238.918.739,91 (successivamente ridotti a € 224.006.114,91 a seguito di revoca parziale) – "I accordo di programma, stralcio 2004";
2. Accordo integrativo sottoscritto in data 26/07/2007 con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 416.223.310,00 - "I accordo integrativo di programma, stralcio 2007";
3. Accordo integrativo sottoscritto in data 22/06/2023 con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 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");
4. Accordo 16 Interventi 2024 sottoscritto in data 17/07/2024 con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 193.331.832.

E' stato, altresì, sottoscritto un Accordo integrativo in data 18/11/2020 con finanziamento a carico dello Stato pari ad € 318.440.000,00 – "II Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020", revocato, in applicazione dell'art. 1, comma 310, della legge n. 266 del 2005, come modificato dall'art. 1, comma 436, della legge n. 205 del 2017, con Decreto Interministeriale del 6 giugno 2024 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 164 del 15 luglio 2024.

L'Accordo 2020 revocato si articolava nei seguenti interventi:

- Nuovo Ospedale del "Sud Salento";
- Nuovo Ospedale di Andria;
- Intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata "Monoblocco" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia";
- Intervento di riqualificazione dei plessi minori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia".

L'importo a carico dello Stato pari a € 318.440.000,00 trovava la sua copertura dalle seguenti risorse assegnate alla Regione Puglia:

- € 133.398.736,45 quali risorse della delibera CIPE n. 52/1998;
- € 23.008.974,00 dalla delibera CIPE n. 65//2002;

- € 162.032.289,55 quota parte delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 98/2008.

Tali risorse sono tornate nella disponibilità della Regione Puglia.

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 28/02/2008 *"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 23/03/2005 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."*

Per i suddetti quattro interventi non si è addivenuta alla fase di emanazione del decreto di ammissione.

La Regione Puglia con Deliberazione di Giunta Regionale n. 593 del 06/05/2024 recante *"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"* ha approvato una nuova programmazione con l'utilizzo di risorse derivanti dall'art. 20 L. 67/88; la succitata deliberazione è stata trasmessa al Ministero della Salute con nota prot. n. 12491 del 04/06/2024 per avviare la procedura tecnico-amministrativa prevista.

La proposta di accordo di programma prevedeva complessivamente la realizzazione di n. 1 intervento relativo alla riqualificazione *del "MONOBLOCCO"* del Policlinico Riuniti di Foggia,

per un importo complessivo di € 71.000.000,00 di cui € 67.450.000,00 a carico dello Stato e € 3.550.000,00 a carico della Regione.

Con nota 0020947-09/10/2024-DGPROGS-MDS-P, l'Ufficio 7 della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute Comunicava quanto segue:

*“Dall’analisi della documentazione tecnica trasmessa dalla Regione, si evince che l’intervento proposto prevede: “[...] 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.”*

Con nota prot. MdS n. 16437 del 26/07/2024 il Ministero della salute ha richiesto chiarimenti circa le finalità e l’uso dell’*Auditorium*.

La Regione ha riscontrato con una relazione di chiarimento predisposta dal Policlinico Riuniti di Foggia (nota prot. MdS n. 19507 del 18/09/2024), dalla quale si evince che l’*Auditorium*/Sala congressi e multimediale sarà una struttura dedicata alla formazione specifica sanitaria con particolare riferimento alle attività formative in ambito medico scientifico (anche in ambito universitario).

A riguardo si premette innanzitutto che con nota MEF - GAB prot. n. 26613 del 14/11/2022 (prot. MdS n. 23050/2022), il Ministero dell’economia e delle finanze ha evidenziato con chiarezza che il finanziamento dell’edilizia sanitaria ex art. 20 della legge n. 67 del 1988 e successivi rifinanziamenti è finalizzato all’esecuzione *“di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico”* ed è altresì sottoposto a precise norme contabili, ex art. 29, comma 1, lett. c) del decreto legislativo n. 118 del 2011, allo scopo di non perderne la finalizzazione ad investimento da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN). Al riguardo si ricorda che la formazione universitaria e gli investimenti connessi, sono materia del tutto estranea al finanziamento del SSN.”

Nella stessa nota 0020947-09/10/2024-DGPROGS-MDS-P, il Ministero della Salute richiedeva di presentare una nuova proposta di accordo, stralciando la parte relativa all’*Auditorium*, ritenendo di ammettere prioritariamente a finanziamento le strutture *lato sensu* sanitarie e/o assistenziali.

La Regione Puglia, in data 4/11/2024, comunicava all’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia, con nota prot. N. 0537983/2024, quanto richiesto dal Ministero della Salute.

In riscontro alla suddetta nota, la Direzione Generale dell’ Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia, con nota prot. N. 000025850 del 25/11/2024, ha inviato alla Regione Puglia la documentazione tecnico- economica esplicativa al fine di individuare i due stralci funzionali (Stralcio 1- Monoblocco pari ad € 64.000.000,00- da finanziare con le risorse ex art. 20 L. 67/88; e Stralcio 2- Auditorium pari ad € 7.000.000,00- da finanziare con fondi dell’Accordo di Coesione sottoscritto il giorno 29 novembre 2024 tra Governo e Regione Puglia).

Con nota prot. N. 0099783 del 19/12/2024 è stata inviata alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale- Regione Puglia, la Deliberazione della Direttrice Generale della Asl BT n. 2192 del 18/12/2024 avente ad oggetto "Nuovo Ospedale di Andria- Approvazione del PFTE rimodulato", relativo all' Intervento *Lavori di realizzazione del "Nuovo Ospedale di Andria" (CUP C88118000030007)*, acquisita al prot. N. 0632574/2024.

Il quadro economico generale di spesa, comprensivo anche dei costi relativi al dimensionamento tecnologico e agli arredi sanitari, per il nuovo ospedale di Andria è pari a € 360.000.000,00.

La documentazione è agli atti della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale- Regione Puglia.

#### Considerato 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 € 1.116.186.256,91;
- alla luce di quanto sopra, risultano ancora ufficialmente utilizzabili € 713.970.258,23 (comprensivo della quota Stato di € 318.440.000,00 relativo al *II Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020 revocato con Decreto Interministeriale 6 giugno 2024*);

viene elaborata una nuova proposta di programma di investimenti a valere sulle risorse residue ex art. 20 della l. n. 67/1988 contenente n. 2 interventi

Codice	Intervento	Importo complessivo €	Quota Stato (95%) €	Quota Regione (min. 5%) €
1	Riqualificazione del "MONOBLOCCO" del Policlinico Riuniti di Foggia.	64.000.000,00	60.800.000,00	3.200.000,00
2	Realizzazione Nuovo Ospedale di Andria	360.000.000,00	342.000.000,00	18.000.000,00
totale		424.000.000,00	402.800.000,00	21.200.000,00

unitamente al relativo Documento Programmatico "INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 – VERSIONE Dicembre 2024"; tale importo è compatibile con le risorse residue di cui sopra.

Inoltre, in considerazione di quanto su esposto, si rende necessario revocare la DGR n. 593 del 6/05/2024 recante "Accordo di Programma ex art. 20 delle 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".

### Garanzie di riservatezza

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

### Valutazione d'impatto di genere

Ai sensi della D.G.R. n. 938 del 03/07/2023 la presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione d'impatto di genere. L'impatto di genere stimato risulta:

diretto  indiretto  neutro  non rilevato.

### COPERTURA FINANZIARIA

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.

**Tutto ciò premesso**, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. d), lett. k) della Legge Regionale n. 7/1997 e dell'art. 44 comma 4 lett. a) della Legge Regionale n.7/2004, si propone alla Giunta regionale di:

1. di revocare la DGR n. 593 del 6/05/2024 recante "Accordo di Programma ex art. 20 delle 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".
2. 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;
3. di approvare il Documento Programmatico "INTERVENTI PER ACCORDO INTEGRATIVO EX ART. 20 L.N. 67/1988 – VERSIONE DICEMBRE 2024", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
4. 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;
5. 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.

6. 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.
7. di disporre la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" – "Provvedimenti", sotto-sezione "Provvedimenti organi di indirizzo politico" del sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it), ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D.lgs 33/2013.
8. 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.

**La Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie**

(Concetta Ladalaro)

 Concetta Ladalaro  
24.12.2024 09:58:08  
GMT+01:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

**Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale**

(Vito Montanaro)

 Vito Montanaro  
24.12.2024  
12:46:32  
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità, Benessere Animale e Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta Regionale l'adozione del presente atto.

**Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità, Benessere Animale e Sport per tutti**

Raffaele Piemontese

 Raffaele Piemontese  
30.12.2024 14:59:36  
GMT+02:00

Codice CIFRA: SIS/DEL/2024/000022

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	Riqualificazione del "MONOBLOCCO" del Policlinico Riuniti di Foggia.	64.000.000,00	60.800.000,00	3.200.000,00
2	Realizzazione Nuovo Ospedale di Andria	360.000.000,00	342.000.000,00	18.000.000,00
totale		424.000.000,00	402.800.000,00	21.200.000,00

Concetta  
Ladalaro  
30.12.2024  
10:54:29  
GMT+01:00





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  
DICEMBRE 2024**

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

Versione	Data	Note
1.0	Settembre 2024	Versione iniziale
1.1	Dicembre 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](mailto: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](mailto:c.ladalardo@regione.puglia.it)

## Sommario

<b>0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....</b>	<b>7</b>
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
<b>1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI</b>	<b>11</b>
0.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO .....	11
0.1.1 QUADRO DEMOGRAFICO E TERRITORIALE .....	11
0.1.2 QUADRO EPIDEMIOLOGICO.....	19
0.1.3 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO .....	29
0.1.4 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA.....	58
0.1.5 CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO.....	59
1.1.1. QUADRO NORMATIVO .....	59
1.2 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	60
1.2.1. CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO.....	60
1.2.2. OFFERTA ANTE OPERAM.....	61
<b>LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....</b>	<b>64</b>
1.3 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI .....	64
1.3.1. ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ.....	65
1.3.2. LA CATENA DEGLI OBIETTIVI.....	66
1.4 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI.....	66
1.4.1 RIQUALIFICAZIONE DEL "MONOBLOCCO" DELL'A.O.U. POLICLINICO RIUNITI DI FOGGIA.....	66
1.4.2 DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO .....	67
1.4.3 MODIFICHE INTERCORSE DALLO STUDIO DI FATTIBILITÀ AL PROGETTO ESECUTIVO .....	70
1.4.4 QUADRO ECONOMICO .....	71
Atti di approvazione dalla stazione appaltante.....	73
Atti di approvazione dalla stazione appaltante.....	73
Autorizzazioni sul progetto.....	74
1.5 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI DALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BARLETTA ANDRIA TRANI .....	74
1.5.1 INTERVENTO DENOMINATO "REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI ANDRIA" .....	74
Procedure di VAS e di verifica di assoggettabilità a VIA relativa alla approvazione del progetto in variante al PRG di Andria.....	75
1.5.2 SINTESI DEGLI ELEMENTI DI FATTO E DI DIRITTO PER LA RIPRESENTAZIONE DEL NUOVO PFTE .....	80
1.5.3 QUADRO ECONOMICO .....	85
1.5.4 L'OFFERTA POST-OPERAM .....	85
1.6 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	86
1.6.1. RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ .....	86
1.6.2. ANALISI DEI RISCHI.....	86
<b>2. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE .....</b>	<b>89</b>

<b>2.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....</b>	<b>89</b>
2.1.1. COERENZA CON IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA .....	89
2.1.2. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.....	91
2.1.3. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI.....	92
<b>2.2 SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI .....</b>	<b>94</b>
2.2.1. FATTIBILITÀ TECNICA.....	94
2.2.2. SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE .....	94
2.2.3. SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE .....	95
2.2.4. SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE .....	95
2.2.5. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA .....	95
<b><u>3. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI.....</u></b>	<b><u>97</u></b>
<b>3.1 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI .....</b>	<b>97</b>
3.1.1. INDICATORI DI CONTESTO .....	97
3.1.2. INDICATORI DI PROGRAMMA .....	99
3.1.3. INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA .....	100
<b>3.2 VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI.....</b>	<b>101</b>
<b><u>4. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO.....</u></b>	<b><u>102</u></b>
<b>4.1 PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA.....</b>	<b>102</b>
4.1.1. VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA .....	103
<b>4.2 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA .....</b>	<b>104</b>
Bibliografia e link utili .....	105
<b><u>SCHEDE DI SINTESI DEGLI INTERVENTI.....</u></b>	<b><u>106</u></b>
<b><u>SCHEDE DI RIFERIMENTO.....</u></b>	<b><u>109</u></b>

### 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) Accordo Stralcio sottoscritto in data 31 luglio 2024 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 195.331.832,86.

### 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. Le risorse risultano revocate con Decreto interministeriale del 6 giugno 2024, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 164 del 15 luglio 2024.

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". L'Azienda sanitaria ha bandito gare per oltre 90milioni di euro ed aggiudicate procedure per oltre 54milioni di euro.

E' stata aggiudicata la gara per la progettazione del PFTE del Nuovo Ospedale Nord Barese in data 12/10/2023 giusta delibera della Direttrice Generale ASL BT n°1656.

Per quanto attiene al Completamento del Nuovo Ospedale Monopoli Fasano si è addivenuti al decreto di ammissione a finanziamento in data 23/12/2024 (Decreto Dirigenziale MDS-DGPROGS-279 del 23/12/2024).

### 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	Riqualificazione del "MONOBLOCCO" del Policlinico Riuniti di Foggia.	64.000.000,00	60.800.000,00	3.200.000,00
2	Realizzazione Nuovo Ospedale di Andria	360.000.000,00	342.000.000,00	18.000.000,00
2		424.000.000,00	402.800.000,00	21.200.000,00

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

### 0.1 La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

#### 0.1.1 Quadro demografico e territoriale

La Puglia è una regione italiana a statuto ordinario dell'Italia meridionale, di 3 878 200 abitanti. Comprende la città metropolitana di Bari (capoluogo) e le province di Foggia, Barletta-Andria-Trani, Taranto, Brindisi e Lecce. La Puglia è la regione più orientale d'Italia: la località più a est è Punta Palascia (Otranto), distante 72 chilometri da Capo Linguetta, la punta più settentrionale della Penisola di Karaburun, in Albania, 80 chilometri dall'isola greca di Fanò.

Con circa 800 chilometri di coste, è una delle regioni italiane con maggiore sviluppo costiero. Nel 2024, la Puglia si conferma prima in Italia, per il quarto anno consecutivo, per qualità delle acque di balneazione (eccellenti per il 99,7%), seguita da Friuli Venezia Giulia (99%), Sardegna (98,4%), Toscana (98,2%). L'interno della regione è prevalentemente pianeggiante e collinare, senza evidenti contrasti tra un territorio e l'altro. Tuttavia, vi sono otto differenti sub-regioni:

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

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

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

Le pianure sono costituite dal Tavoliere delle Puglie, che rappresenta la più vasta pianura d'Italia dopo la Pianura Padana e occupa quasi la metà della Capitanata; dalla Pianura Salentina, un vasto e uniforme bassopiano del Salento che si estende per gran parte del brindisino (piana brindisina), per tutta la parte settentrionale della provincia di Lecce, fino alla parte meridionale della provincia di Taranto; dalla fascia

costiera della Terra di Bari, quella parte di territorio stretto tra le Murge e il mare Adriatico e comprendente l'intero litorale dalla foce dell'Ofanto fino a Fasano.

Nel 2023 sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 42,3% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,6% 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 39,8 % della popolazione pugliese, cioè circa 1.556.947 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

Sul piano amministrativo, il territorio regionale è articolato in sei Aziende Sanitarie Locali (ASL), i cui confini coincidono con quelli amministrativi delle Province. All'interno delle ASL il territorio è suddiviso in 45 distretti sociosanitari che, a normativa regionale vigente, coincidono con gli ambiti territoriali sociali per assicurare la coerenza e l'integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie territoriali. La dimensione media dei distretti sociosanitari è di circa 86.837 abitanti.

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

**Tav 1.1 Popolazione 2023 e suddivisione amministrativa 2023**

Territorio	Numero di Comuni (anno 2023)	Totale popolazione (anno 2023)	Superficie (Km <sup>2</sup> ) (anno 2023)
Bari	41	1.225.048	3863
Bat	10	379.509	1543
Brindisi	20	379.522	1862
Foggia	61	595.682	7008
Lecce	96	771.230	2799
Taranto	29	556.692	2468
<b>Totale Regione</b>	<b>257</b>	<b>3.907.683</b>	<b>19543</b>

Fonte: Istat  
(ultimi dati disponibili)

Da fonte ISTAT, la popolazione residente in Puglia nel 2023 ammonta a 3.907.683 con una lieve prevalenza di femmine (51,3%) rispetto ai maschi (48,7%). Del totale, 1.225.048 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.

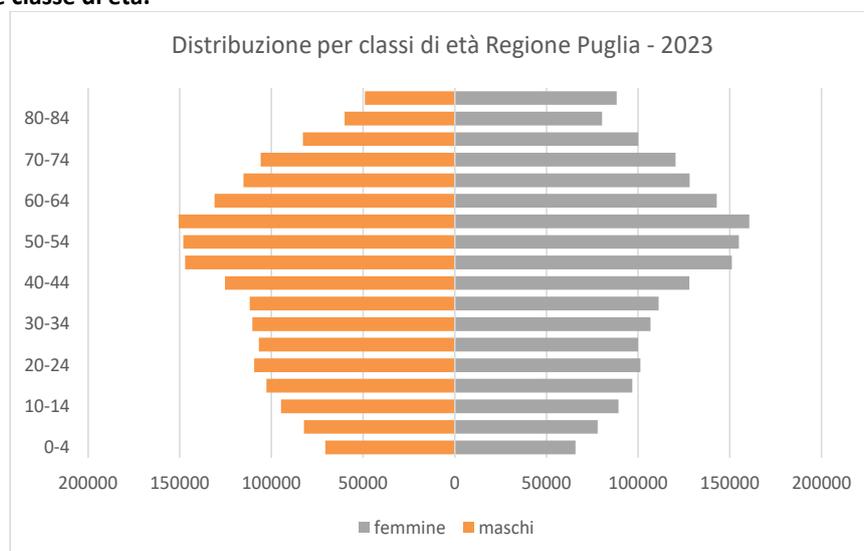
La popolazione della Puglia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 23,8%, in linea con la percentuale nazionale (24,0%).

**Tav 1.2 Popolazione e principali classi di età (2023)**

Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	25.702	189.023	751.509	284.516	83.433	1.225.048
Bat	8.313	61.866	237.494	80.149	22.396	379.509

Brindisi	7.405	55.619	230.080	93.823	28.018	379.522
Foggia	12.685	95.431	363.908	136.343	41.023	595.682
Lecce	14.631	111.258	461.499	198.473	62.609	771.230
Taranto	10.668	84.384	335.175	137.133	40.280	556.692
<b>Totale Regione</b>	<b>79.404</b>	<b>597.581</b>	<b>2.379.665</b>	<b>930.437</b>	<b>277.759</b>	<b>3.907.683</b>

**Figura 1.1. - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2023 per genere e classe di età.**



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

La composizione per classi di età della popolazione pugliese (**tavola 1.2**), rappresentata anche dalla piramide delle età (**figura 1.1**), racconta di una popolazione demograficamente matura, con una popolazione adulta molto più estesa, una base della piramide che, nel corso degli ultimi anni, è andata restringendosi lentamente ma costantemente e di una testa della piramide che per converso si amplia, in misura maggiore sul lato della popolazione femminile.

Il 23,8% della popolazione pugliese è anziana (ultra 65enne) e 7,1% è il peso dei cosiddetti grandi anziani, cioè gli ultraottantenni, mentre solo il 2,0% della popolazione è rappresentata da bambini in età tra 0 e 24 mesi e la percentuale dei pugliesi minorenni (0-17 anni) nel 2023 si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 15,3% contro il 23,8%.

**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

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).

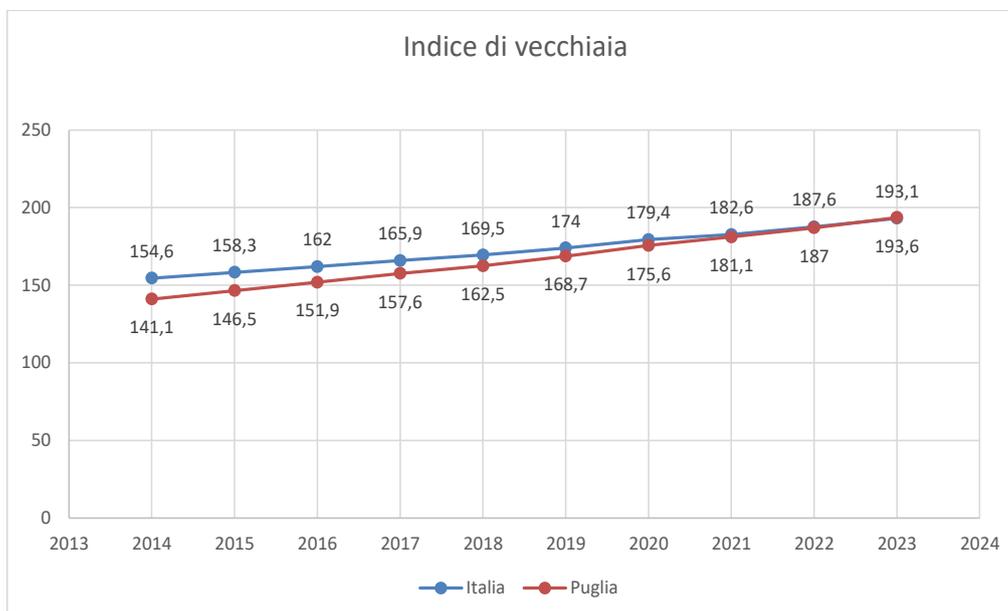
La speranza di vita alla nascita rappresenta la durata media di vita di una generazione fittizia se fosse soggetta, a ogni età, alle condizioni di mortalità dell'anno preso in esame.

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 (82,8 anni) e la speranza di vita a 65 anni (20,8 anni) (**tavola 1.4**), secondo il dato più recente del 2023 (stimato), sono in linea rispetto la media nazionale (speranza vita alla nascita 83,1 anni; speranza di vita a 65 anni pari a 20,9 anni). Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini.

Gli indici di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale nel 2023 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale, tranne per l'indice di vecchiaia che risulta più elevato.

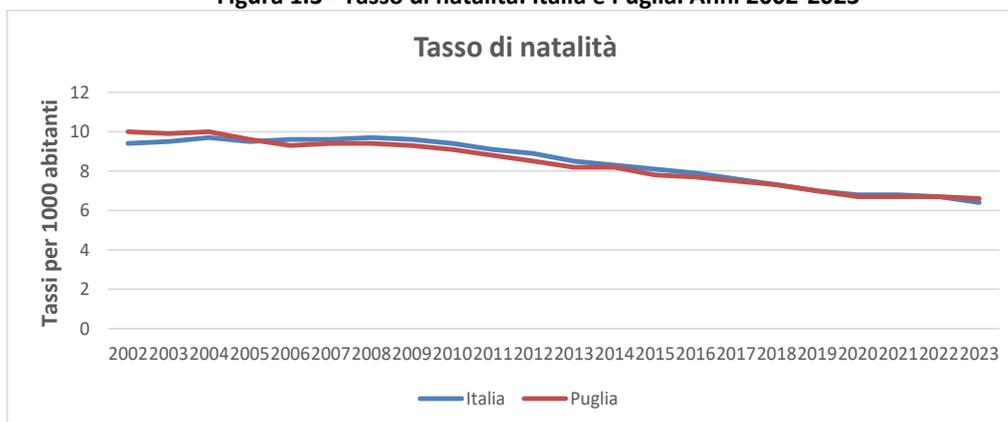
**Figura 1.2 Indice vecchiaia Puglia vs Italia**



Fonte: Istat

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 2023 il valore di 193,6: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di individui anziani rispetto ai giovanissimi. Il valore per la Puglia è più elevato rispetto al dato nazionale (193,1); tale indice tra il 2014 e il 2023 in Puglia è cresciuto del 37,2%, rispetto all'andamento che si registra a livello nazionale per lo stesso periodo (+24,9%).

**Figura 1.3 - Tasso di natalità. Italia e Puglia. Anni 2002-2023**



Fonte: Istat  
Dati provvisori anno 2023

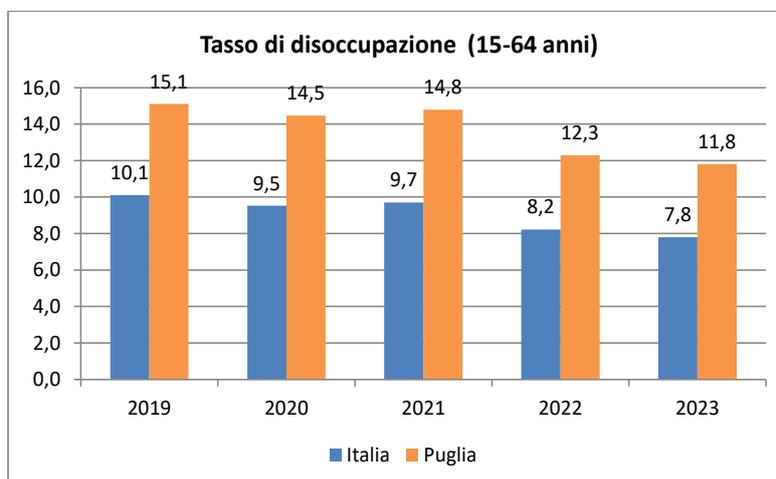
	Tasso di natalità	
	Italia	Puglia
2002	9,4	10
2003	9,5	9,9
2004	9,7	10
2005	9,5	9,6

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
2023	6,4	6,6

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 6,6 nuovi nati ogni 1.000 abitanti nel 2023 (6,4 in Italia).

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

**Figura 1.4 Tasso di disoccupazione 2019-2023 Puglia Vs Italia**



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

Ultimi dati disponibili

Tasso di disoccupazione (15-64 anni)					
	2019	2020	2021	2022	2023

Italia	10,1	9,5	9,7	8,2	7,8
Puglia	15,1	14,5	14,8	12,3	11,8

La **figura 1.4** illustra l'andamento tra il 2019 e il 2023 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 2023 si attestano all' 11,8% rispetto al 7,8% a livello nazionale.

**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 (2022)	82,0	85,1
Tasso di istruzione terziaria nella fascia d'età 30-34 anni (2022)	19,6	27,4
Giovani che abbandonano prematuramente i percorsi di istruzione e formazione professionale (2022)	14,6	11,5
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2022)	0,304	0,323
Reddito mediano familiare (€) (2022)	26.702	28.865
Distribuzione per quintili di reddito (2022)	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
Q1	27,8	20,0
Q2	27,1	20,0
Q3	20,3	20,0
Q4	13,8	20,0
Q5	11,0	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2023)		
Ottime	1,0	2,0
Adeguate	64,0	65,0
Scarse	30,0	29,0
Assolutamente insufficienti	5,0	4,0

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

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

In Puglia nel 2022 la percentuale di popolazione 20-24 anni che ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore è pari all' 82,0% (in Italia 85,1). Inoltre la percentuale di giovani che abbandonano prematuramente i percorsi di istruzione e formazione professionale nel 2022 è il 14,6% (11,5% 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 2022 l'indice di concentrazione dei redditi famigliari è pari 0,304, in linea con i dati nazionali (0,323 valore nazionale).

In Puglia i redditi mediani famigliari nel 2022 sono più bassi rispetto ai dati nazionali (€ 26.702 in Puglia; € 28.865 in Italia).

L'Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato che per il 2023 il 30,0% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 29,0% delle famiglie italiane) e che il 5,0 % ha risorse assolutamente insufficienti (vs il 4,0% delle famiglie italiane).

**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

Fonte: Hfa Istat

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.

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.

**Tavola 1.7 Indice BES (Benessere Equo Sostenibile) edizione 2023 - Puglia vs Italia**




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) (d)	Grave deprivazione materiale e sociale - Europa 2020 (b) (e)	Grave deprivazione abitativa (b) (f)	Grande difficoltà ad arrivare a fine mese (b) (g) (h)	Bessa intensità di lavoro - Europa 2020 (b) (i)	Sovraccarico del costo dell'abitazione (b) (j) (k)	Situazione economica della famiglia (b)
	2022	2021 (*)	2022 (**)	2020	2023	2022	2022	2022	2022	2022	2023
Piemonte	23.341	4,4	13,3	---	---	3,2	10,8	4,7	5,2	6,0	38,2
Valle d'Aosta/Vallee d'Aoste	23.385	3,2	5,6	---	---	---	---	---	---	---	34,2
Liguria	23.879	4,4	10,1	---	---	3,8	9,9	2,4	11,6	7,6	32,0
Lombardia	25.604	5,6	12,4	---	---	1,5	4,3	1,8	4,3	8,1	34,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	26.163	4,8	8,9	---	---	---	4,0	1,6	4,3	7,5	32,4
Bolzano/Südtirol	28.457	5,7	10,7	---	---	---	---	---	4,0	7,7	29,5
Trento	23.989	4,7	7,9	---	---	---	6,7	---	---	7,6	35,0
Veneto	22.366	4,4	13,0	---	---	2,2	3,1	3,9	3,8	4,2	34,9
Friuli-Venezia Giulia	23.283	5,0	12,8	---	---	1,6	3,9	2,4	6,7	5,7	37,0
Emilia-Romagna	24.484	4,1	7,3	---	---	1,0	3,9	1,4	2,9	5,0	39,7
Toscana	22.392	4,2	10,7	---	---	1,6	2,7	2,5	5,3	5,6	31,2
Umbria	20.103	4,1	8,6	---	---	---	5,2	3,0	5,6	3,2	34,8
Marche	21.027	3,9	11,6	---	---	2,1	5,5	4,1	6,4	4,0	34,8
Lazio	22.280	6,2	21,4	---	---	2,6	5,4	3,6	12,0	8,2	33,0
Abruzzo	18.044	5,1	29,6	---	---	10,4	6,2	11,8	11,7	4,7	36,2
Molise	16.987	4,1	30,5	---	---	5,6	---	10,4	10,6	3,8	31,3
Campania	15.428	5,9	37,1	---	---	14,0	6,5	24,3	22,2	9,4	24,7
Puglia	16.242	4,1	28,8	---	---	7,0	7,6	7,7	13,8	3,5	32,5
Basilicata	16.355	5,0	24,5	---	---	4,9	5,4	3,8	12,4	6,8	21,4
Calabria	14.991	5,9	34,5	---	---	11,8	2,8	18,7	19,6	8,2	26,7
Sicilia	15.830	6,0	36,8	---	---	6,1	5,5	8,8	14,3	8,2	37,3
Sardegna	17.960	5,6	30,8	---	---	6,7	7,3	15,1	20,1	4,6	38,4
Nord	24.350	4,9	12,0	120.340	9,0	1,9	5,0	2,9	4,6	6,4	36,0
Nord-ovest	24.821	5,3	13,2	---	---	2,2	6,0	3,2	5,2	7,4	35,4
Nord-est	23.704	4,5	10,4	---	---	1,6	3,6	2,6	3,8	5,0	36,8
Centro	21.999	5,1	15,9	93.886	8,0	2,1	4,5	3,3	8,8	6,5	32,8
Mezzogiorno	16.062	5,6	33,7	53.369	12,1	9,3	6,0	14,4	17,1	7,0	31,5
Sud	15.722	5,4	32,9	---	---	10,7	6,1	16,3	17,8	6,9	28,4
Isole	16.356	5,9	35,3	---	---	6,2	5,9	10,4	15,7	7,3	37,6
Italia	21.089	5,6	20,1	91.896	9,8	4,5	5,2	6,9	9,8	6,6	33,9

(a) In euro;  
 (b) Per 100 persone;  
 (c) Per Valle d'Aosta dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (d) Stime preliminari;  
 (e) Per Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Basilicata e Sardegna dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (f) Per Liguria, Trentino-Alto Adige, provincia autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Basilicata, Calabria e Sardegna dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (g) Percentuale di persone in famiglie che riscono ad arrivare a fine mese con grande difficoltà;  
 (h) Per Liguria, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (i) Per Valle d'Aosta dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (j) Per Trentino-Alto Adige, provincia autonoma di Bolzano e Molise dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità;  
 (k) Per Molise e Sardegna dato statisticamente poco significativo, perché corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità. (\*) L'indicatore fu riferimento all'anno di conseguimento del reddito (2021) e non all'anno di indagine (2022).  
 (\*\*) L'indicatore fu riferimento all'anno di conseguimento del reddito (2021) e non all'anno di indagine (2022).  
 (\*\*\*) L'indicatore fu riferimento all'anno di indagine (2022) mentre l'anno di conseguimento del reddito è l'anno precedente (2021).

Fonte: Istat- Il benessere equo e sostenibile in Italia – BES 2023

Nella **tavola 1.7** sono riportati gli indicatori BES edizione 2023. Confrontandoli con i rispettivi indicatori a livello nazionale si notano per la Puglia valori superiori, in particolar modo per il “Rischio di povertà” (Puglia 28,8% vs Italia 20,1% per anno 2022) e per la percentuale di persone in “Grave deprivazione materiale” (Puglia 7,0% vs Italia 4,5% per anno 2022). Inoltre il “Reddito disponibile lordo pro-capite” nel 2022 è pari a € 16.242 rispetto a € 21.089 a livello nazionale.

**0.1.2 Quadro epidemiologico**

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

- Mortalità ed ospedalizzazione

- Malattie Croniche
- Incidenza tumori

#### 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.

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

Nel triennio 2020-2022 si sono verificati 542597 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 4272 per 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (4820 vs 3829 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.1].

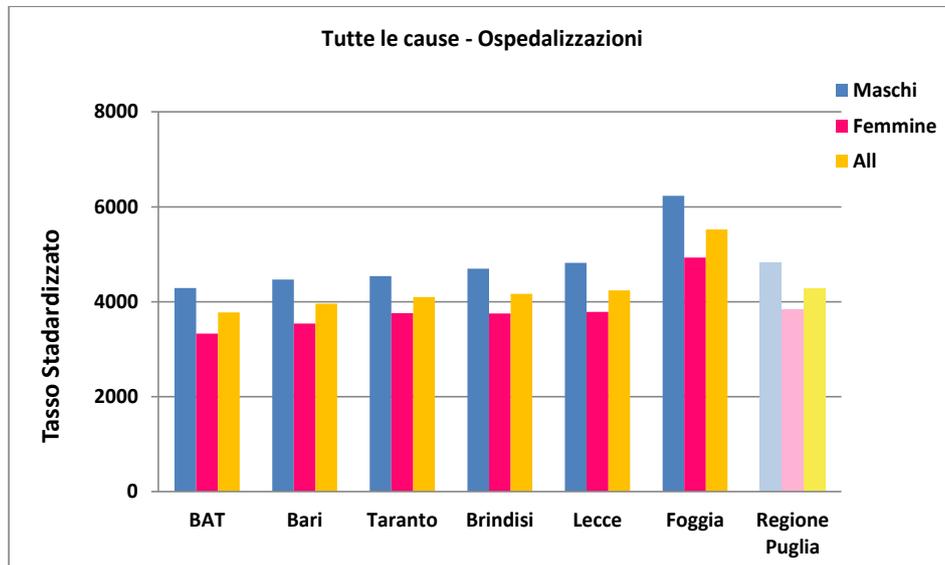
Tabella 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2020-2022

Asl	Maschi			Femmine			Totale		
	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%	N	Tasso	IC 95%
Brindisi	27172	4698	4651;4746	24560	3752	3712;3793	51732	4164	4133;4195
Taranto	39087	4538	4500;4576	36201	3760	3726;3793	75288	4101	4076;4126
BAT	24056	4287	4241;4333	20320	3328	3290;3368	44376	3774	3744;3804
Bari	82706	4469	4443;4495	73134	3544	3522;3566	155840	3961	3945;3978
Foggia	56349	6231	6188;6275	49515	4933	4896;4970	105864	5522	5494;5550
Lecce	57705	4819	4786;4852	51792	3786	3758;3815	109497	4239	4218;4261
<b>Regione Puglia</b>	<b>287075</b>	<b>4820</b>	<b>4805;4835</b>	<b>255522</b>	<b>3829</b>	<b>3816;3841</b>	<b>542597</b>	<b>4272</b>	<b>4262;4282</b>

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

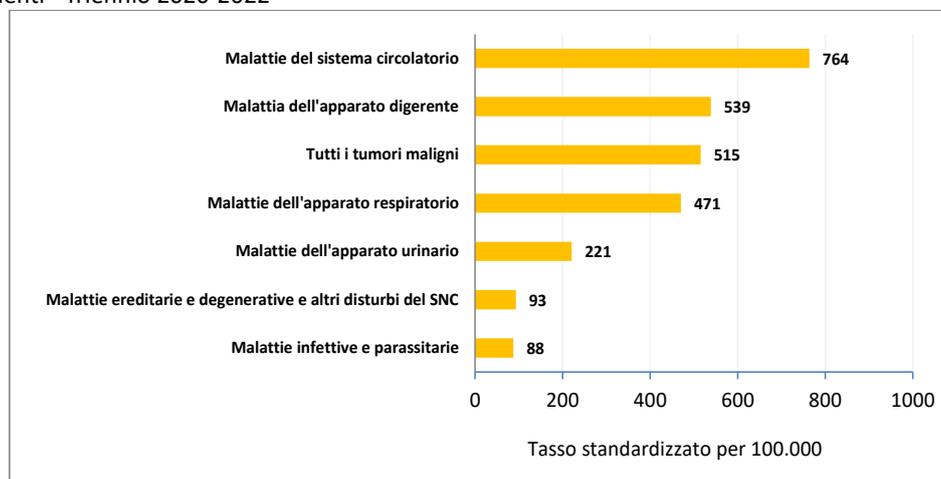
Tra le cause di ricovero, le più frequenti sono le malattie del sistema circolatorio (con un TS pari a 764 per 100.000 abitanti), le malattie dell'apparato digerente (con un TS pari a 539 per 100.000 abitanti), i tumori maligni (con un TS pari a 515 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (con un TS di 471 per 100.000). Tutti e cinque i grandi gruppi di cause sono più frequenti tra gli uomini piuttosto che tra le donne [Figure 2.1.2a e 2.1.2b].

Figura 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2020-2022



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2020-2022



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Sempre nel triennio 2020-2022, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT – 3774 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia – 5522 per 100.000 abitanti. La figura 2.1.3 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL con un dato per ASL totalmente allineato con quello regionale nell'ultimo trienni. Unica eccezione è rappresentata dall'ASL di Foggia che traccia, per il periodo in analisi, una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia.

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 122.268 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 840 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1014 vs 706 per 100.000 abitanti). La mortalità per tutte le cause si è ridotta nel tempo con tassi che vanno da 1017 per 100.000 abitanti nel triennio 2003-2005 a 840 nell'ultimo triennio analizzato (2018-2020) per l'intera regione.

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

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

Nella regione Puglia nel triennio 2020-2022 si sono verificati 68797 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 515 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (612 vs 442 per 100.000 abitanti). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Foggia (459 vs 612 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.6 mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Complessivamente, per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Foggia presenta una curva nettamente al di sopra all'andamento complessivo mentre l'ASL di Brindisi presenta tassi inferiori ai valori regionali.

Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2018-2020, si sono registrati 31.016 decessi con un TS pari a 223 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (295 decessi tra gli uomini vs 169 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2003-2020), in Puglia è passata da 256 decessi a 229 decessi ogni 100.000 abitanti.

#### Ospedalizzazioni e mortalità per tumore del colon retto

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

Nel triennio 2020-2022 si sono verificati circa 7338 ricoveri per tumore del colon retto in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 53 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (66 vs 44 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.3]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nelle ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (47 vs 61 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.9 mostra un tasso di ospedalizzazione per il tumore del colon retto che si riduce lievemente sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Molta cautela va posta nel dato dell'ultimo triennio che ha certamente subito una riduzione a causa delle misure di contenimento dovute alla pandemia da Covid-19.

Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2018-2020, si sono registrati 3608 decessi con un TS pari a 26: il TS di mortalità risulta più alto tra gli uomini che tra le donne (33 vs 20 per 100.000 abitanti). Inoltre, la mortalità rimane stabile per l'intero periodo di osservazione (2003-2020).

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

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

Nel triennio 2020-2022 si sono verificati 4836 ricoveri per tumore del polmone in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 36 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 3 volte quello delle donne (56 vs 19 per 100.000 abitanti). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Foggia (26 vs 45 per 100.000 abitanti).

Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2018-2020, si sono registrati 5561 decessi con un TS di mortalità pari a 40 per 100.000 (16 per le donne e 72 per gli uomini). Per il periodo osservato (2003-2020), in Puglia la mortalità è stata pari a 48 decessi a 40 decessi ogni 100.000 abitanti rispettivamente.

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

Nel triennio 2020-2022 si sono verificati 7669 ricoveri per tumore della mammella in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 112 x 100.000 donne. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (102 vs 120 per 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2005-2022), nella regione Puglia il tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella ha un andamento tutto sommato stabile.

Nell'intera regione Puglia, nel triennio 2018-2020, si sono registrati 2545 decessi con un TS di mortalità pari a 33 per 100.000 donne con una mortalità che è rimasta stabile per tutto il periodo osservato (2003-2020).

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

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

Nel triennio 2020-2022 si sono verificati 1752 ricoveri per tumore del fegato in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 13 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (22 vs 5 per 100.000 abitanti). Non si registra una grande variabilità tra ASL. Per l'intero periodo, l'ASL di Brindisi presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi mentre l'ASL BAT quelli più alti: le differenze tra le ASL si riducono nel tempo con valori che convergono verso il valore regionale. Molta cautela va posta nel

dato dell'ultimo triennio che ha certamente subito una riduzione a causa delle misure di contenimento dovute alla pandemia da Covid-19. Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2018-2020, si sono registrati 1753 decessi con un TS di mortalità pari a 13 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini rispetto alle donne (19 vs 7 per 100.00 abitanti). In Puglia la mortalità è tutto sommato rimasta costante nel periodo analizzato.

#### **Mortalità infantile**

Le tavole allegate illustrano le dinamiche nel tempo e le differenze territoriali per il tasso di mortalità infantile e per il tasso di mortalità per causa. Per la mortalità infantile (**tavola 2.1.20**), negli ultimi anni c'è stata una forte riduzione attestandosi a 26,91 casi ogni 10000 nati vivi, valore poco superiore al dato nazionale (25,71). A livello regionale si nota nel 2021 una eterogeneità della mortalità infantile nelle varie province.

#### **Mortalità per principali cause di morte**

Analizzando la mortalità per principali cause di morte si registra una mortalità più elevata rispetto ai dati nazionali in tutte le province pugliesi per malattie endocrine e del metabolismo, con valori più elevati all'interno della Regione per le province di Foggia e Taranto. La mortalità per patologie respiratorie è in generale più bassa rispetto ai dati nazionali. In controtendenza l'area leccese con valori superiori ai valori regionali e nazionali.

#### **Tassi dimissioni malattie infettive e malattie endocrine**

Per quanto riguarda le malattie infettive, si osserva un trend in decremento dei tassi fino al 2020 per poi, risalire nel 2022 con valori più elevati a livello regionale nelle province di Foggia e Bari.

Dopo una significativa riduzione, anche in seguito al periodo pandemico, i ricoveri per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo tendono a risalire con valori più elevati nel foggiano e nella Bat

#### **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 2022-2023, al 18.2% della popolazione italiana intervistata fra 18 e 69 anni e al 58.9% degli ultra64enni il medico ha diagnosticato almeno una patologia cronica. In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è più bassa rispetto a quella nazionale (12.7% vs 18.2%) nella fascia 18-69 anni e nella fascia degli ultra64enni (51.2% vs 58.9%).

In Italia, le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono le malattie respiratorie croniche (6.0%), le cardiopatie (5.1%), il diabete (4.8%). Tra gli ultra 64enni le cardiopatie (27.7%), il diabete (20.4%), le malattie respiratorie croniche (17.0%), i tumori (13.9%).

La condizione di cronicità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (50.6% nella fascia 65-74 anni vs 72.2 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (67.0% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 46.3% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (53.8% tra i soggetti senza difficoltà vs 72.1% tra quelli con molte difficoltà economiche).

### **Focus sulle patologie croniche**

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

Diabete

Ipertensione

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

Cardiopatía ipertensiva con Scompenso Cardiaco.

Per l'identificazione degli assistiti con una delle 4 patologie di interesse sono stati ridefiniti gli algoritmi ritenuti più opportuni sulla base delle ormai numerose esperienze condotte sui data base della Regione Puglia.

#### **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 2022, tra i soggetti ultra40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 113 casi per 1000 assistiti, più alta tra gli uomini rispetto alle donne (128 vs 101 – tasso standardizzato per 1000 assistiti) [Tabella 2.2.8]. La prevalenza del diabete aumenta con l'età: tra gli uomini, si passa da 47 casi per 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 241 casi per 1000 assistiti negli ultra85enni. L'analisi per asl di residenza mette in luce come, nel 2022, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: l'asl di Lecce fa registrare una prevalenza più bassa di quella regionale (103 x 1000 assistiti) mentre l'asl di Taranto presenta un tasso superiore (121 x 1000 assistiti).

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. 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.

#### **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 2022, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 402 casi ogni 1000 assistiti. L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (432 x 1000 assistiti) mentre l'asl di BAT quella più bassa (386 x 1000 assistiti) [Tabella 2.2.9]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.6 che mostra come l'ASL di Taranto traccia una curva temporale al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl BAT registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra dal 2006 al 2010 raggiungendo un livello che si mantiene costante per il resto del periodo di osservazione.

La figura 2.2.5 mostra un approfondimento della prevalenza di ipertensione nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 165 e 203 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 807 e 753 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

#### **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 2022, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 61 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (68 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (56 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età. La figura 2.2.8 infatti, mostra un approfondimento della prevalenza (per 1000 persone) con BPCO in Puglia per genere e fascia d'età nella popolazione con 40 anni o più. La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine; nelle fasce di età più elevate (70-79, 80+) i maschi hanno una prevalenza nettamente più alta delle femmine.

Per quanto riguarda l'andamento temporale della patologia, sia nell'intera regione che nelle diverse provincie si registra un andamento ciclico di incremento e decremento della prevalenza.

#### **Cardiopatía ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)**

Nel 2022, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 95 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (90 tra le donne e 99 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). [Tabella 2.2.11]. La figura 2.2.11 mostra un approfondimento della prevalenza di scompenso cardiaco nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 18 e 27 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 311 e 283 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nell'anno 2022, l'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (108 x 1000 assistiti) mentre l'asl di Bari quella più bassa (87 x 1000 assistiti) [Tabella 2.2.11]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.12 che mostra come l'ASL di Taranto traccia nel tempo una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl di Bari registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra fino al 2019 con un declino nel 2020 (anno della pandemia da Covid-19) in parte recuperato nel successivo biennio.

#### **Tumori**

Sono stati elaborati i dati del Registro Tumori Puglia (RTP) relativi al periodo 2015-2020 per le seguenti sedi di tumore: tutti i tumori maligni, colon retto e ano, stomaco, trachea bronchi e polmone, vescica (maligno), tiroide, mammella, utero (corpo), ovaio e prostata.

Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti (standard: Popolazione europea 2013) e i rapporti standardizzati di incidenza (SIR, pool: RTP 2015-2020) per diversi livelli di aggregazione territoriale.

#### **TUTTI I TUMORI MALIGNI**

I tassi standardizzati di incidenza 2015-2020 per tutti i tumori maligni risultano più alti negli uomini rispetto alle donne. Per il genere maschile l'incidenza è più bassa nella provincia BT ed è significativamente al di sotto della media regionale, mentre per il genere femminile è più bassa nella provincia di Foggia. Nel sesso maschile a Brindisi e Lecce si registra l'incidenza più alta ma solo a Lecce si registra una differenza statisticamente significativa rispetto al dato regionale. Nel sesso femminile l'incidenza più alta e statisticamente significativa è Brindisi.

Nel periodo 2015-2020 si registrano significativi eccessi di rischio di tumore maligno in entrambi i generi nella provincia di Brindisi e negli uomini della provincia di Lecce (SIR >1, Tabella 2.3.2). Nelle altre provincie ad esclusione di Taranto si sviluppano meno casi di tumore dell'atteso per gli uomini (SIR <1). Nel genere femminile il rischio di sviluppare un tumore risulta basso nella provincia di Foggia.

### **TUMORE DEL COLON, RETTO E ANO**

Nel 2023 sono state stimate circa 50.500 nuove diagnosi in Italia (uomini = 26.800; donne = 23.700), con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi del 65% negli uomini e del 66% nelle donne. I tumori del colon-retto si riconducono a stili di vita e familiarità. Fattori di rischio sono rappresentati da eccessivo consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcool (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

In Puglia i tassi di incidenza del tumore del colon, retto e ano sono più alti nei maschi rispetto alle femmine in tutte le province, con un tasso di incidenza più alto a Lecce (Tabella 2.3.3 e Figura 2.3.2). In entrambi i generi non si evidenziano comunque differenze significative rispetto alla media regionale.

La Tabella 2.3.4 mostra complessivamente che per entrambi i sessi e per tutte le province il numero osservato di casi di tumore del colon, retto e ano è simile a quello atteso, con SIR vicini ad 1 ed intervalli di confidenza al 95% che comprendono l'unità. Per le donne si registra nella provincia di Lecce un eccesso, seppur lieve, di casi di tumore del colon, retto e ano.

### **TUMORE DELLO STOMACO**

Nel 2023 sono state stimate circa 15.000 nuove diagnosi in Italia (uomini = 9.000; donne = 6.000), con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi del 30% negli uomini e del 35% nelle donne. Il carcinoma gastrico rappresenta una neoplasia aggressiva con una prognosi particolarmente infausta sia per l'elevato tasso di recidive, anche dopo chirurgia radicale, che per la frequente presentazione in fase avanzata. La sopravvivenza a 5 anni in Europa, pari al 25%, colloca questo tumore tra quelli a peggior prognosi; in Italia, come in altri Paesi dell'Europa meridionale, la sopravvivenza a 5 anni è relativamente più elevata (32%). (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

Per entrambi i sessi l'incidenza del tumore dello stomaco registra il valore più alto nella provincia BT, più basso nella provincia di Lecce, ma le differenze rispetto al tasso regionale non sono statisticamente significative.

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

### **TUMORE DEL POLMONE**

Nel 2023 sono state stimate circa 44.000 nuove diagnosi in Italia (uomini = 30.000; donne = 14.000). È la seconda neoplasia più frequente negli uomini (15%) e la terza nelle donne (6%). L'elevata incidenza di tumore del polmone, sia negli uomini che nelle donne, e le statistiche di mortalità legata a questo tumore, impongono di non dimenticare mai l'importanza della prevenzione primaria, e in particolare della lotta al fumo, principale fattore di rischio (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2023").

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

### **TUMORE DELLA VESCICA TOTALE (MALIGNO E NON)**

Nel 2023 sono state stimate circa 29.700 nuove diagnosi in Italia (uomini = 23.700; donne = 6.000; 11,4% e 3,2% di tutti i tumori incidenti, rispettivamente). Più del 90% dei tumori della vescica è costituito da carcinomi uroteliali, aventi come causa principale, come nel caso del tumore del polmone, il fumo di sigaretta (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia-2023").

Gli uomini residenti nelle province di Lecce e Brindisi registrano valori di incidenza del tumore della vescica più alti della media regionale e la differenza è statisticamente significativa rispetto al valore regionale. Diversamente, BT, Foggia e Bari mostrano i tassi di incidenza più bassi, significativamente al di sotto del valore medio regionale. Nelle femmine l'unica differenza significativa rispetto al dato regionale si registra nella provincia BT, con un tasso al di sotto di quello regionale.

In entrambi i generi si evidenzia un basso rischio di diagnosi di tumore della vescica nelle province di Foggia e BT, mentre Lecce mostra un eccesso significativo di casi osservati rispetto agli attesi. Nella provincia di Brindisi e di Taranto il rischio risulta alto solo per gli uomini.

### **TUMORE DELLA TIROIDE**

Nel 2023 sono state stimate circa 12.200 nuove diagnosi (uomini = 3.500; donne = 8.700), con una sopravvivenza netta del 92% negli uomini e del 96% nelle donne. I trend epidemiologici confermano che la sovra-diagnosi è la principale causa dell'incremento di incidenza del carcinoma differenziato della tiroide (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

I tassi standardizzati di incidenza del tumore della tiroide nelle donne sono circa il doppio più alti rispetto agli uomini (Tabella 2.3.11 e Figura 2.3.6). In entrambi i generi i tassi delle aree di Foggia e a seguire BT si collocano al di sotto del dato regionale e nelle donne raggiungono la significatività statistica. L'incidenza più elevata di tutta la regione si registra a Taranto e Bari, con una differenza statisticamente significativa tra le donne.

Per entrambi i generi le province di Foggia e BT presentano un basso rischio statisticamente significativo di diagnosi di tumore della tiroide. Al contrario, la provincia di Bari risulta ad alto rischio per entrambi i generi e anche la provincia di Taranto solo per le femmine.

### **TUMORE DELLA MAMMELLA (FEMMINILE)**

Nel 2023 sono state stimate circa 55.900 nuove diagnosi nelle donne in Italia con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi dell'88%. Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia. I principali fattori di rischio sono rappresentati da: età, fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, stile di vita, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà. Grazie allo screening e alla maggior consapevolezza delle donne, la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

Nella regione Puglia la provincia BT si discosta maggiormente dal dato regionale di incidenza del tumore della mammella, presentando un tasso significativamente più elevato. La provincia che mostra invece il tasso più basso è la provincia di Bari, con una differenza che non risulta statisticamente significativa rispetto al valore regionale.

Tra le donne della provincia di Bari il numero di casi osservato di tumore della mammella è significativamente inferiore all'atteso, mentre a Brindisi e nella BT si osserva un eccesso significativo di rischio di diagnosi di questo tumore.

### **TUMORE DELL'UTERO (CORPO)**

Nel 2023 sono stati stimati 10.200 nuovi casi in Italia (Il 5,5% di tutti i tumori femminili; terza neoplasia più frequente nelle donne nella fascia di età 50-69 anni), con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi del 79%. Il carcinoma endometriale è tra i più frequenti tumori femminili e l'unica tra le neoplasie ginecologiche con incidenza e mortalità in aumento. I principali fattori di rischio delle forme ormono-sensibili sono rappresentati da nulliparità, menopausa tardiva, obesità, diabete, ipertensione e

terapia ormonale sostitutiva a base di estrogeni non adeguatamente controbilanciata dal progestinico (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

Complessivamente in tutte le province della regione si registrano tassi di incidenza del tumore dell'utero (corpo) simili al valore regionale, con differenze non statisticamente significative. In Puglia si osserva una certa omogeneità nei SIR del tumore del corpo dell'utero: i SIR relativi a ciascuna provincia risultano molto vicini all'unità e non statisticamente significativi.

### **TUMORE DELL'OVAIO**

Nel 2022 sono state stimate circa 6.000 nuove diagnosi in Italia, con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi del 43%. Le stime per il 2023 non sono disponibili. Il tumore ovarico è ancora oggi uno dei "big killers" tra le neoplasie ginecologiche (30%) ed occupa il decimo posto tra tutti i tumori femminili (3%). L'elevata mortalità associata a questo tumore è attribuibile a molti fattori tra cui: una sintomatologia aspecifica e tardiva e l'assenza di strategie di screening validate che consentano di effettuare una diagnosi precoce (AIRTUM-AIOM, "I Numeri del Cancro in Italia 2023").

In Puglia tutte le province mostrano tassi di incidenza del tumore dell'ovaio simili al dato regionale, con differenze non statisticamente significative.

Dall'analisi dei SIR non risultano rischi statisticamente significativi di diagnosi di tumore dell'ovaio.

### **TUMORE DELLA PROSTATA**

Nel 2023 sono state stimate circa 41.100 nuove diagnosi in Italia. Le neoplasie prostatiche sono le più frequenti nell'uomo (19,8% di tutti i tumori maschili) con una sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi del 91%. Il carcinoma prostatico è divenuto, nell'ultimo decennio, il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali. Alla base di questo fenomeno, più che la presenza di fattori di rischio, c'è la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia attraverso uno screening precoce (AIRTUM-AIOM, "I numeri del cancro in Italia 2023").

Nella regione Puglia la provincia BT e la provincia di Foggia presenta l'incidenza più bassa del tumore alla prostata, con una differenza rispetto al dato regionale che risulta statisticamente significativa. Il tasso di incidenza più alto della media regionale si registra nella provincia di Bari.

Le province di Lecce, Foggia e BT presentano SIR<1 statisticamente significativi con un numero di eventi osservati minore di quelli attesi, mentre a Bari si evidenzia un eccesso di rischio di diagnosi di tumore alla prostata (Tabella 2.3.20). Le restanti due province mostrano un numero di casi allineato all'atteso.

## **0.1.3 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.

**Tavola 2.4.1 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2023**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL
	Altre diagnostiche	diagnostica strumentale	ambulatorio	diagnostica	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni riabilitative	Chirurgia ambulatoriale	Diabetica	Diagnostica	Mediochirurgia	Chirurgia	Altre		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	42.474	1.643.021	438.173	841	841	9.973	52.805	9.311	45.109	661	8.992	4.793	70.715	2.514.510	
AD UNIV. DO RR FOGGIA	15.141	195.807	1.697.154	205.664	2.038	26.686	29.885	3.362	44.157	0	5.021	1.599	63.359	2.289.873	
Bari	68.734	1.134.739	10.536.296	1.013.228	99.821	824.035	127.716	34.083	209.194	54.415	85.828	3.054	103.050	14.294.199	
Bari F	76.198	343.874	3.803.155	343.013	85.772	517.089	41.241	11.508	11.660	3.964	71.000	860	24.845	4.387.272	
Brendoli	24.656	351.384	4.159.583	364.236	19.034	157.587	45.418	6.972	51.778	17.076	11.231	2.610	55.400	5.266.971	
Foggia	29.127	405.512	4.677.419	447.388	15.579	112.801	71.284	9.485	42.346	1.892	3.297	1.084	67.019	5.484.233	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1.142	17.968	366.426	24.985	104	495	8.272	142	7.904	0	0	0	1.997	932.246	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	66	72.779	665.147	108.251	76.188	2.931	69.059	4.555	14.871	1	55.739	950	2.030	1.072.573	
Lece	48.380	647.894	9.262.905	655.807	35.807	483.743	68.813	17.491	126.685	110.613	68.830	3.210	40.598	11.570.792	
Taranto	24.375	424.954	6.258.511	466.079	0	212.212	117.216	10.368	98.361	10.015	28.218	718	56.883	7.782.907	
TOTALE REGIONE	281.334	3.763.545	42.588.660	4.069.826	336.986	2.398.420	633.314	107.672	693.666	198.654	340.251	18.881	485.877	55.916.490	

**Tavola 2.4.2 Numero di prestazioni Day-Service anno 2023**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione			Prestazioni Terapeutiche							TOTALE ASL/INA
	Altre diagnostiche	diagnostica strumentale	ambulatorio	diagnostica	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni riabilitative	Chirurgia ambulatoriale	Diabetica	Diagnostica	Mediochirurgia	Chirurgia	Altre		
AD UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.354	29.661	17.518	15.134	210	1.249	1.905	2.403	18	123	11.671	1	65.732	132.898	
AD UNIV. DO RR FOGGIA	1.178	15.887	15.952	18.525	210	15.135	2.403	18	18	123	11.671	1	52.085	133.114	
Bari	412	22.953	108.288	11.513	35	17.049	4.792	101	1.009	260	103	154.201	320.716	320.716	
Bari F	31	8.729	7.180	12.720	1	6.651	207	0	1	69	348	22.428	42.744	42.744	
Brendoli	1.499	14.334	10.190	23.877	135	24	16.136	1.421	1.568	42	71.123	140.349	140.349	140.349	
Foggia	1.271	25.654	226.579	11.394	409	6.113	2.819	12	965	7.849	14	82.474	365.559	365.559	
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	36	3.355	215	1	1	3	389	1	1	1	1	1	3.391	6.004	
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	34	1.645	411	118	1	345	1	1	1	1	1	1	4.189	6.997	
Lece	2.184	14.638	52.473	22.019	1	26.735	1.660	34	632	111	113	89.840	210.581	210.581	
Taranto	468	13.775	11.769	23.384	18	17.407	1.373	850	39	63	70.010	63	70.010	143.426	
TOTALE REGIONE	8.339	143.841	451.628	130.126	139	977	107.103	17.403	2.992	2.730	19.900	615	614.872	1.500.462	

Fonte dei dati: Aress Puglia

Tavola 2.4.3 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2022

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Vigite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odoncologia	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
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>236.873</b>	<b>3.493.173</b>	<b>37.989.850</b>	<b>3.669.138</b>	<b>362.907</b>	<b>2.262.380</b>	<b>593.983</b>	<b>102.467</b>	<b>686.734</b>	<b>194.350</b>	<b>327.189</b>

Tavola 2.4.4 Numero di prestazioni Day-Service anno 2022

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche				
	Altra diagnostica	Diagnostica Strumentale	Laboratorio	Vigite	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odoncologia	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	17.765		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
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>8.727</b>	<b>129.722</b>	<b>439.399</b>	<b>111.731</b>	<b>113</b>	<b>1.408</b>	<b>99.068</b>	<b>16.795</b>	<b>2.682</b>	<b>2.098</b>	<b>23.455</b>

Fonte dei dati: Aress Puglia

**Tavola 2.4.5 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2021**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE AZIENDA
	Altre diagnostiche	Diagnostica strumentale	Laboratorio	Ultrasuoni	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	26.750	147.632	995.084	324.306	21	6.980	41.195	7.047	41.810	335	8.738	2.291	67.327	1.670.416
AO UNIV. OG RR FOGGIA	11.646	136.457	1.069.500	174.062	1.422	18.846	29.017	1.834	12.681	0	5.349	1.761	57.628	1.538.205
Bari	51.861	969.173	8.831.732	837.877	124.211	822.996	134.079	28.541	148.014	56.775	80.689	3.448	109.043	12.198.439
BAT	16.577	306.199	2.531.987	294.809	96.337	521.278	35.426	7.695	45.142	2.984	58.851	688	24.270	3.941.929
Benevento	20.565	134.131	3.527.363	310.482	23.550	148.967	60.129	5.983	39.784	17.514	9.699	1.777	58.930	4.536.476
Foggia	27.583	405.941	4.363.847	421.596	17.253	73.794	64.978	9.342	28.639	1.007	3.764	1.024	63.254	5.482.022
IRCCS SAVERIO DE BELLIS	1.635	18.548	484.334	17.139	0	295	6.532	266	5.468	1	0	0	1.494	935.711
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	753	71.308	475.941	109.997	0	0	62.236	9.022	12.662	0	54.064	1.038	1.747	791.388
Lece	31.816	617.280	8.598.854	581.050	92.605	492.974	72.076	18.306	72.855	107.120	86.303	2.833	74.087	10.848.159
Taranto	15.564	416.875	5.149.987	407.643	58.080	252.636	60.926	10.791	73.131	9.395	28.156	899	58.119	6.542.161
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>204.750</b>	<b>3.424.564</b>	<b>36.028.529</b>	<b>3.474.960</b>	<b>411.481</b>	<b>2.398.166</b>	<b>545.594</b>	<b>94.827</b>	<b>500.186</b>	<b>195.131</b>	<b>335.113</b>	<b>15.701</b>	<b>515.898</b>	<b>48.085.900</b>

**Tavola 2.4.6 Numero di prestazioni Day-Service anno 2021**

TERRITORIO	Prestazioni non Terapeutiche				Riabilitazione		Prestazioni Terapeutiche							TOTALE AZIENDA
	Altre diagnostiche	Diagnostica strumentale	Laboratorio	Ultrasuoni	Terapia fisica	Riabilitazione	Altre prestazioni terapeutiche	Chirurgia ambulatoriale	Dialisi	Odontoiatria	Radioterapia	Trasfusioni	Altro	
AO UNIV. CONS. POLICLINICO BARI	1.123	27.308	14.158	11.417		1.171	1.804	1.591				5	57.846	116.423
AO UNIV. OG RR FOGGIA	1.242	12.270	25.868	14.424		659	12.874	2.149	18	1	10.936		41.925	122.866
Bari	265	19.836	100.552	6.125		103	7.424	4.008	57	1.189	521	8	129.981	270.069
BAT	102	2.813	3.888	1.551			9.568	395			33	267	17.511	36.135
Benevento	1.836	12.643	12.827	23.633	84	129	14.968	1.551	1.820			22	67.630	136.133
Foggia	922	12.344	184.265	7.840		532	5.541	2.341	7	810	11.729	167	57.268	283.766
IRCCS SAVERIO DE BELLIS		1.530	42	1			3	278					2.214	4.068
ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	36	1.203	627	368			467	477	4			59	3.337	6.608
Lece	2.219	14.329	51.611	12.827		1	24.180	1.084	33	101	58	176	75.095	181.714
Taranto	704	10.140	10.290	19.604		65	15.657	1.070	577			32	58.699	116.738
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>8.439</b>	<b>134.456</b>	<b>404.158</b>	<b>97.790</b>	<b>84</b>	<b>2.660</b>	<b>91.586</b>	<b>14.944</b>	<b>2.528</b>	<b>2.101</b>	<b>23.277</b>	<b>736</b>	<b>511.506</b>	<b>1.274.220</b>

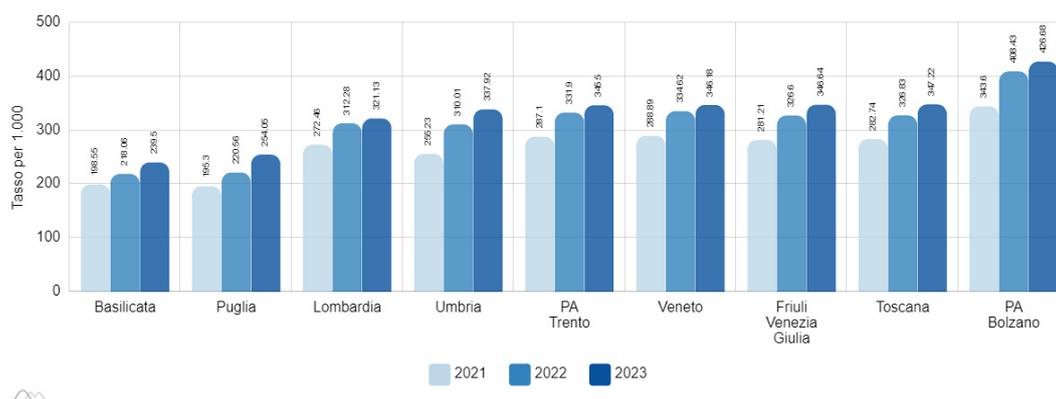
Fonte dei dati: Aress Puglia

Il volume per le prestazioni erogate conferma il trend in leggera crescita precedente al calo del 2020 dovuto alla pandemia da Covid 19. (**tavola 2.4.1**).

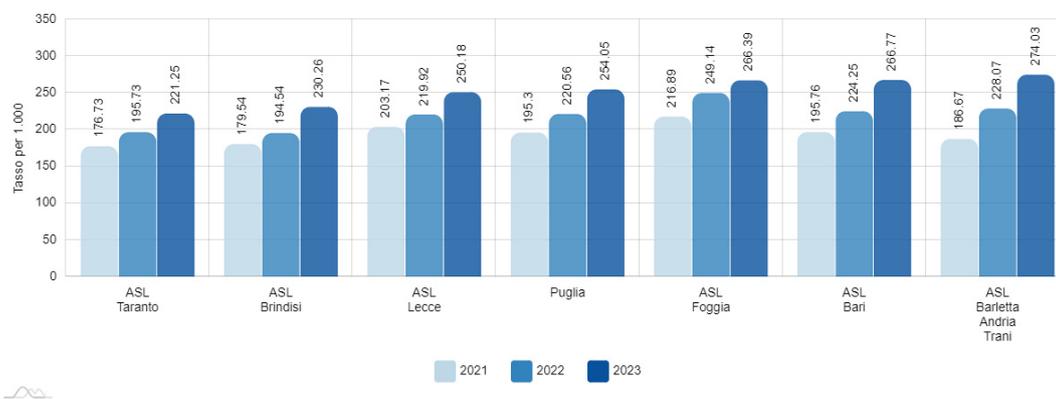
Anche le prestazioni Day Service riprendono la crescita debole (**tavola 2.4.2**).

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 2021-2023



**C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso**  
Puglia - Trend 2021-2023



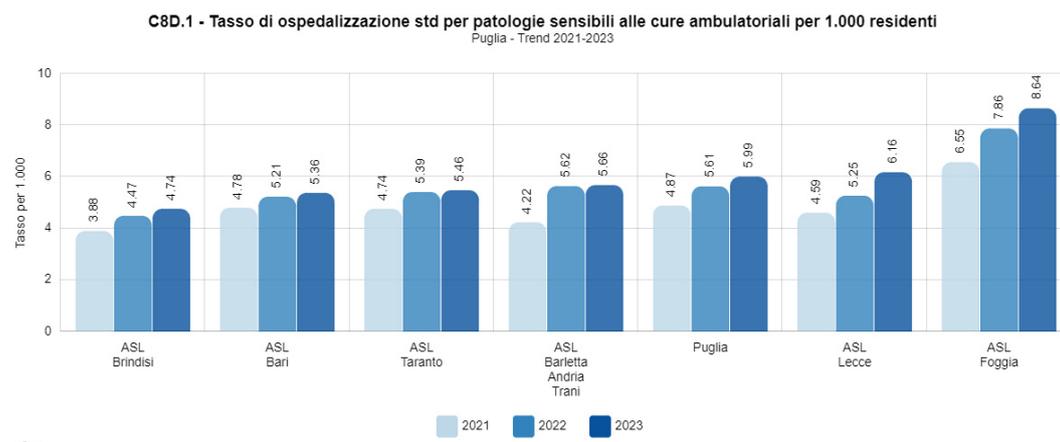
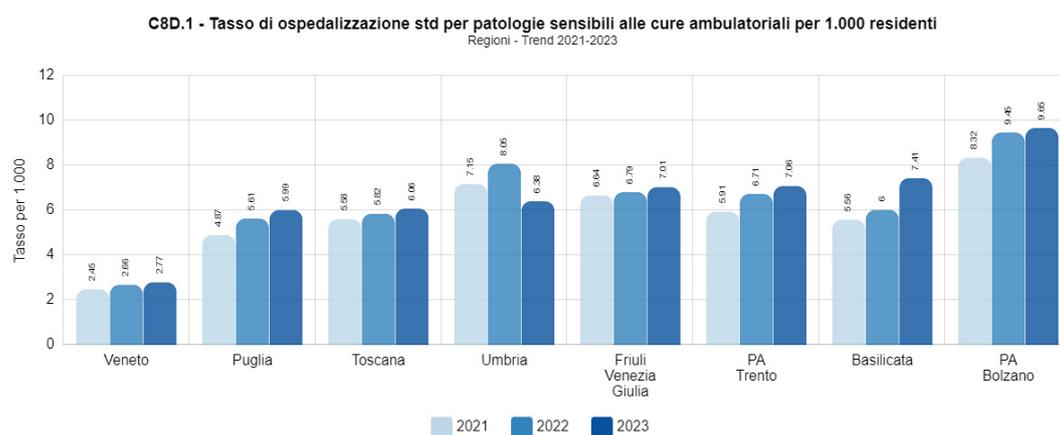
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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**).

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 pandemia da Covid-19,

che si è protratta a tutto il 2021. Il 2022 sembra abbia ripristinato un trend negativo in aumento, comunque mantenendo un valore basso rispetto al network, andamento confermato nel 2023.

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

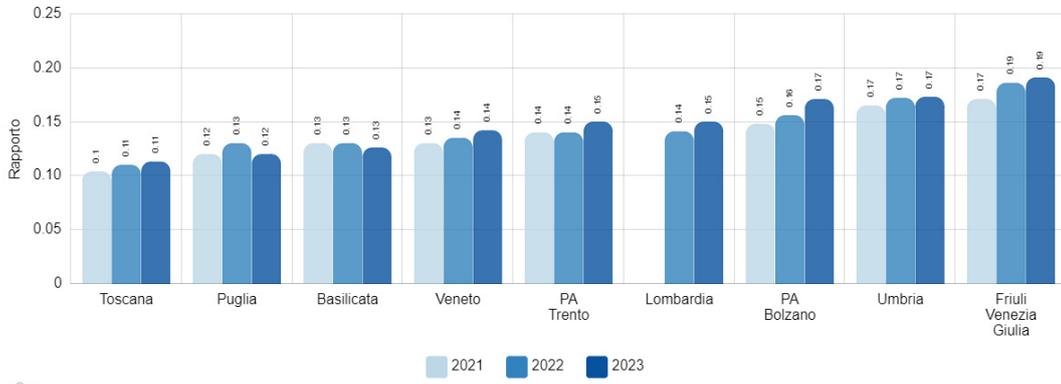


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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

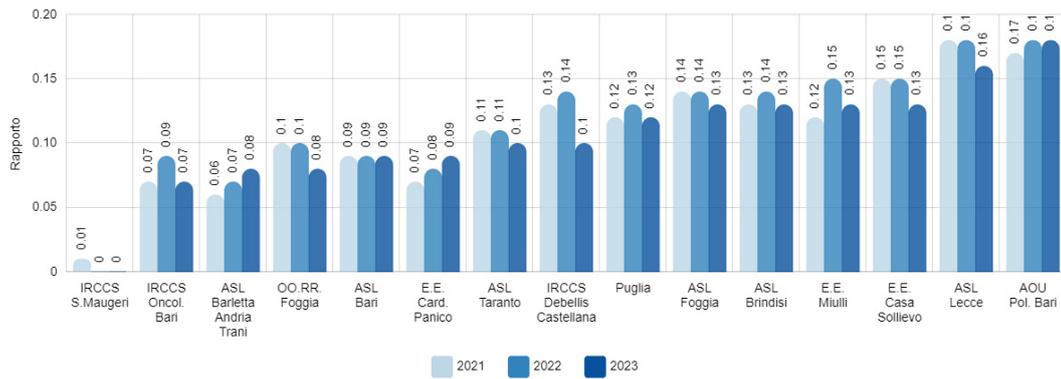
**C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (NSG H04Z)**

Regioni - Trend 2021-2023



**C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza (NSG H04Z)**

Puglia - Trend 2021-2023

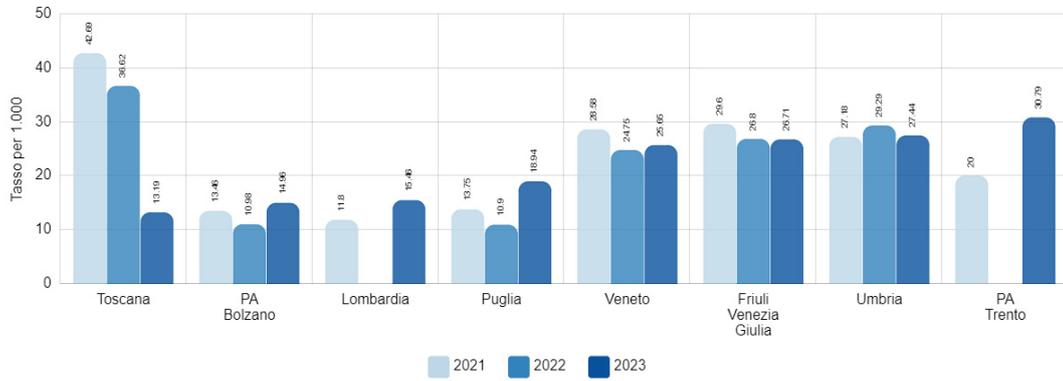


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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

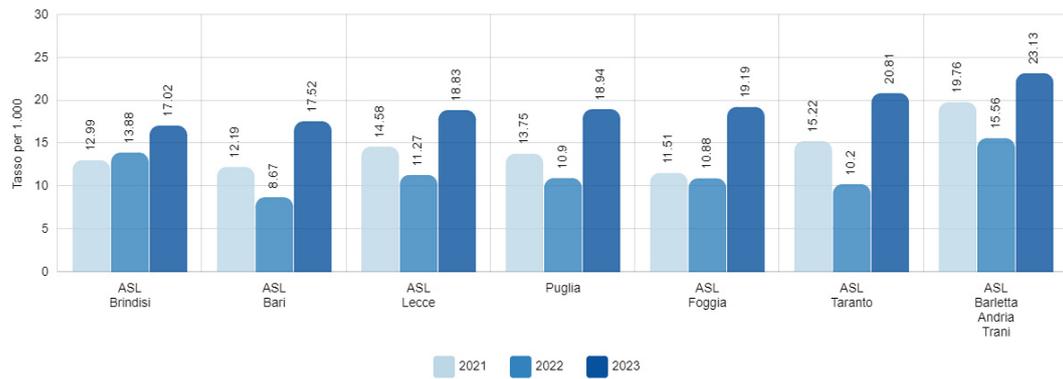
**B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare**

Regioni - Trend 2021-2023



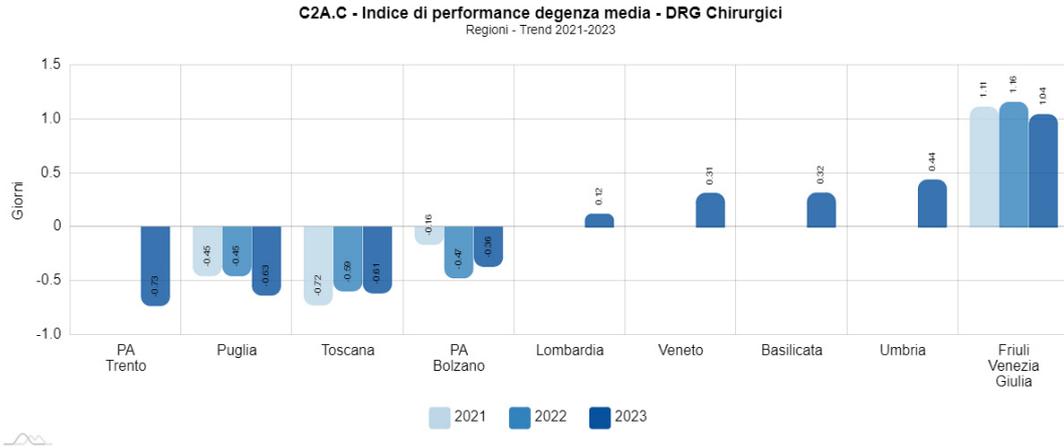
**B28.1.1B - Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare**

Puglia - Trend 2021-2023

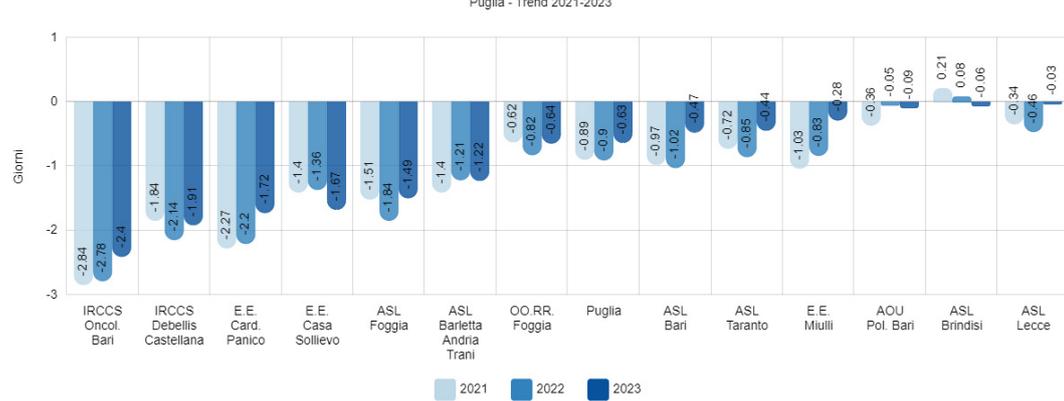


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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



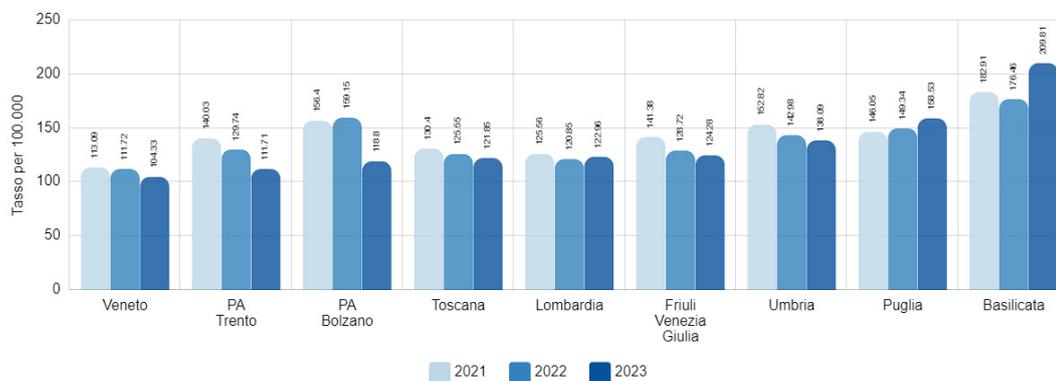
**C2A.C - Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici**



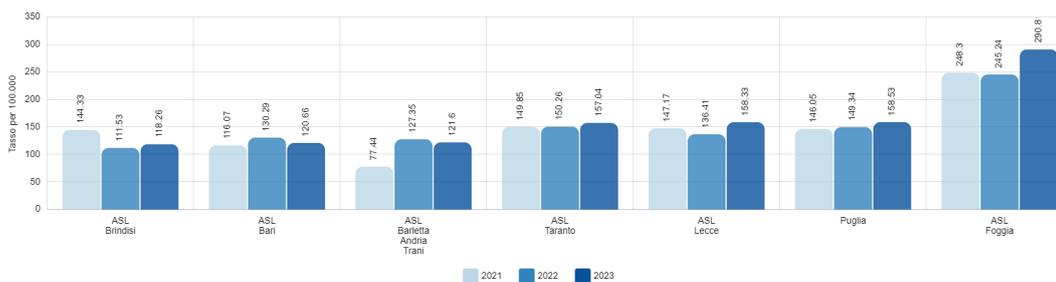
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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

**C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scenpenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)**  
Regioni - Trend 2021-2023



**C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione per Scenpenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)**  
Puglia - Trend 2021-2023

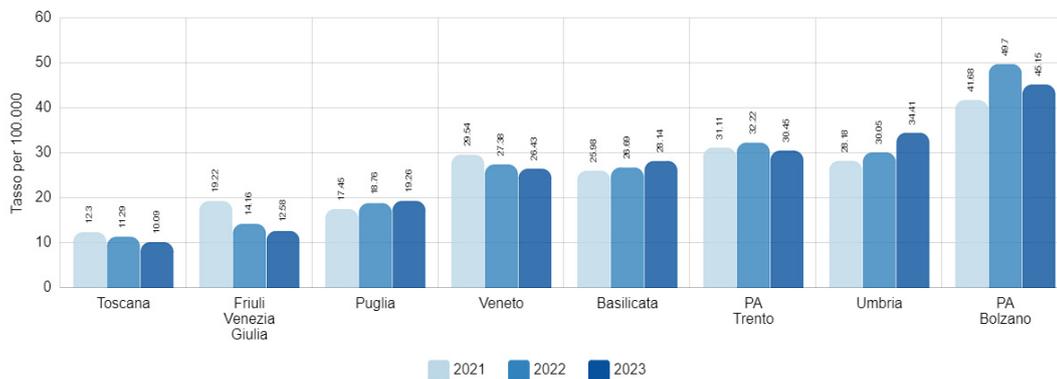


(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

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

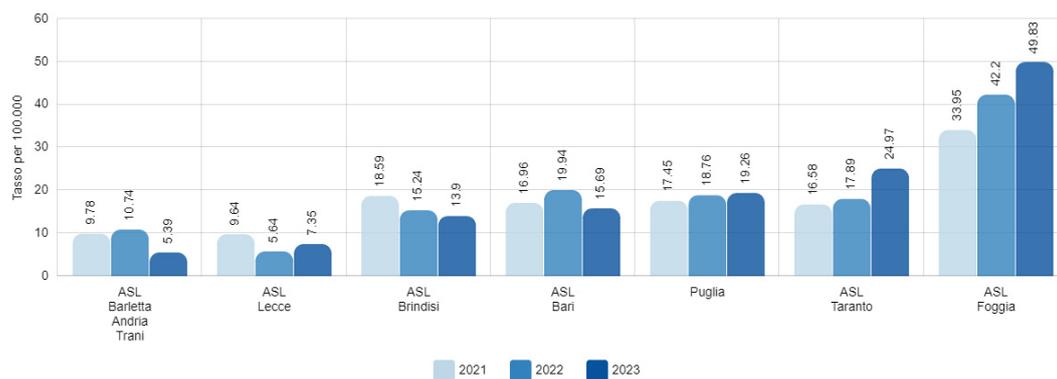
**C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)**

Regioni - Trend 2021-2023



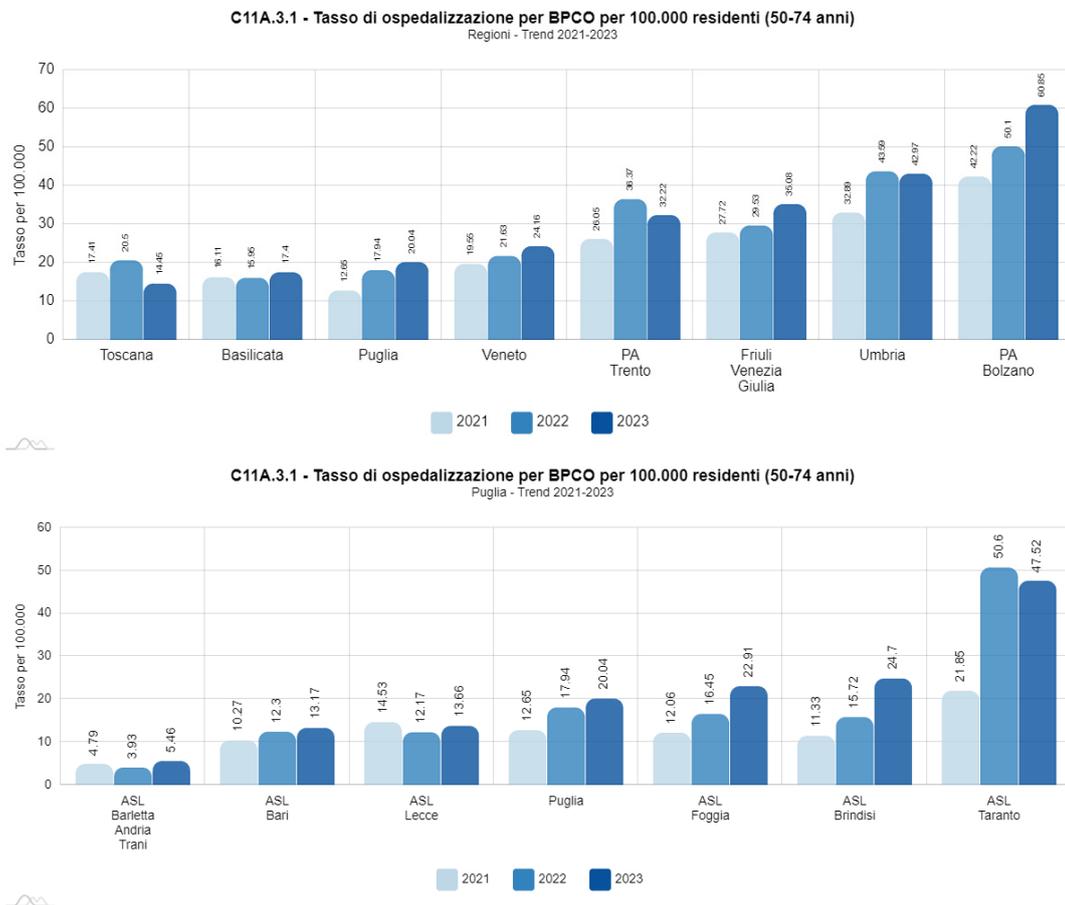
**C11A.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)**

Puglia - Trend 2021-2023



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

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



(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 inappropriately (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 inappropriately e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriately (è previsto dalla griglia LEA). Nel 2023 si registra un miglioramento che riporta i valori al 2021.

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 2023 registra un netto miglioramento.

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. Il 2023 presenta una più marcata contrazione, rispetto al 2022.

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 scopenso 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. Il 2023 riporta a valori peggiorativi dell'indicatore, collocando la regione nuovamente in una posizione tra le peggiori del network e confermando la ASL di Foggia con un pessimo valore che influisce sulla media regionale.

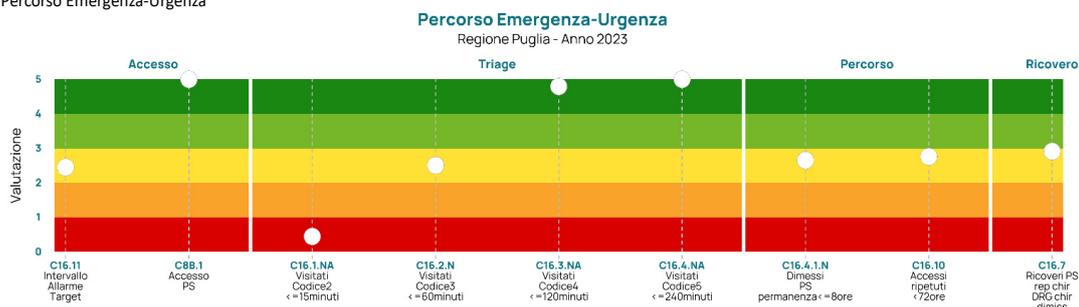
C11A.2.1 - Il tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni) viene riportato nella **tavola 2.4.14**. Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere 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 2021-2023 presenta un leggero trend positivo, ma comunque la Puglia si colloca in una buona posizione rispetto al network; resta confermato il valore aziendale più alto per la ASL di Foggia.

Nella **tavola 2.4.15** viene riportato C11A.3.1- tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni). Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).

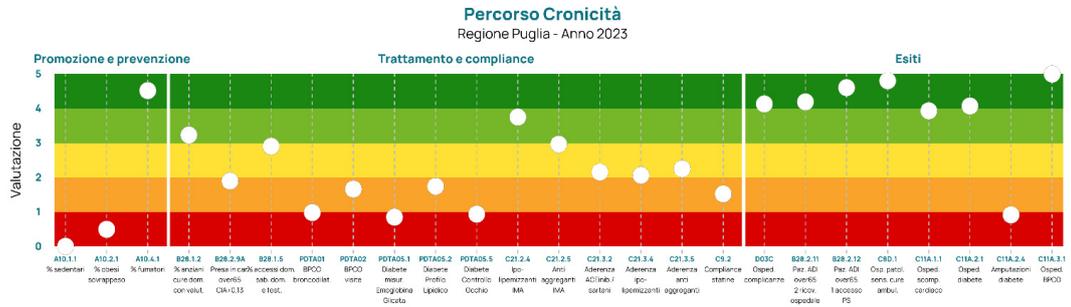
Il triennio 2021-2023 presenta un leggero trend positivo, ma comunque la Puglia si colloca in una buona posizione rispetto al network; da segnalare il valore aziendale più alto per la ASL di Taranto.

Tavola 2.4.16  
Percorso Emergenza-Urgenza



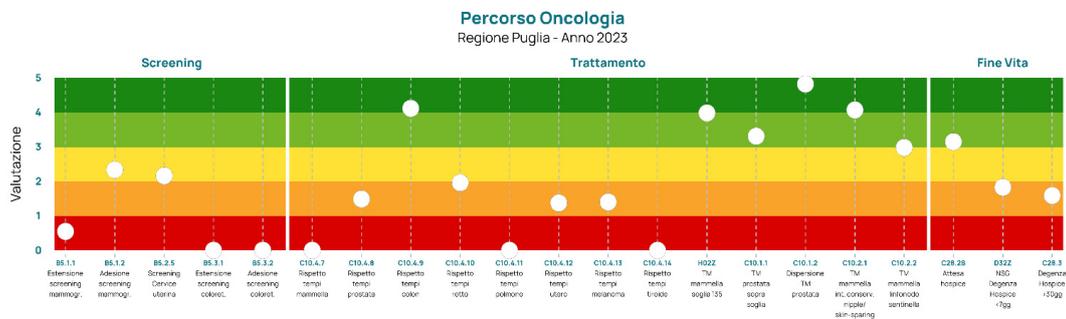
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

## Percorso Cronicità



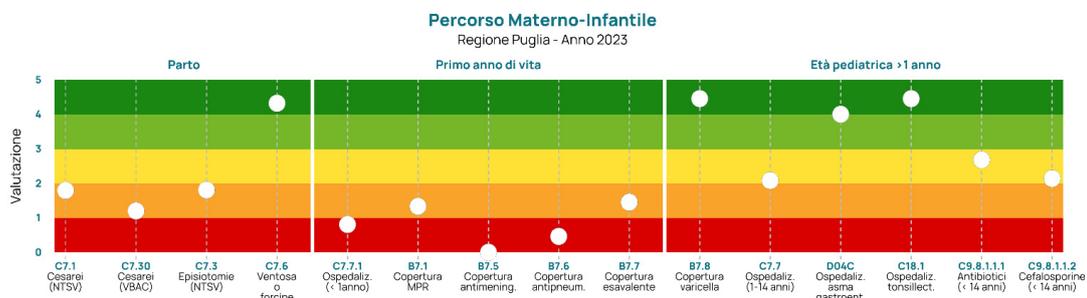
(fonte MES - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali)

Tavola 2.4.17: Percorso Oncologia



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

Tavola 2.4.18: Percorso Materno-Infantile



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

Dalla **tavola 2.4.16 (“Percorso Emergenza-Urgenza”)** ottimo l’accesso al PS, buoni i tempi di triage con codici 4 e 5. Il tasso di abbandono del Pronto Soccorso resta critico. Accettabili i restanti valori.

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.

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. Da migliorare la fase di screening.

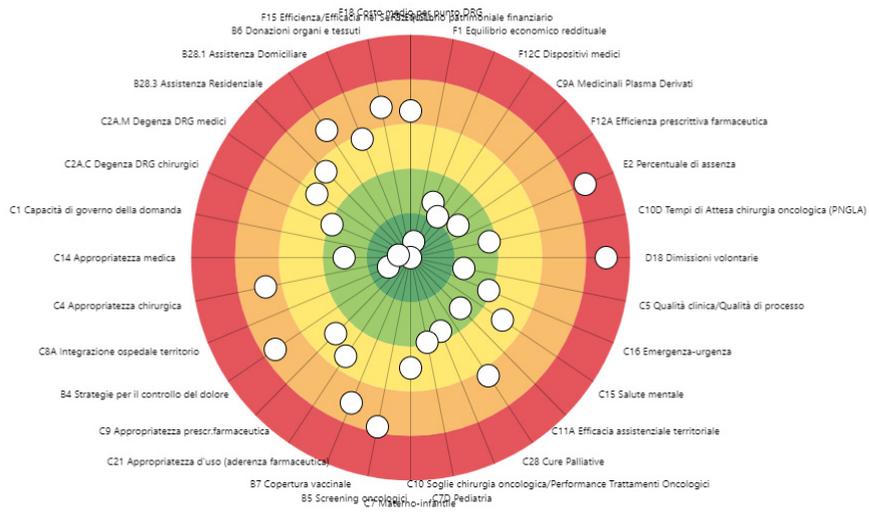
Per quanto riguarda il **“Percorso Materno-Infantile” (tavola 2.4.18)**. La Puglia si conferma tra le migliori regioni del Network per i parti operativi ma permangono specularmente notevoli problematiche nei parti cesarei e nelle episiotomie. Si qualifica come best practice nel consumo di farmaci antidepressivi. 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. Sostanzialmente uguale al 2022.

Tavola 2.4.19: La rappresentazione grafica a bersaglio degli indicatori.

Bersaglio 2023 - Puglia

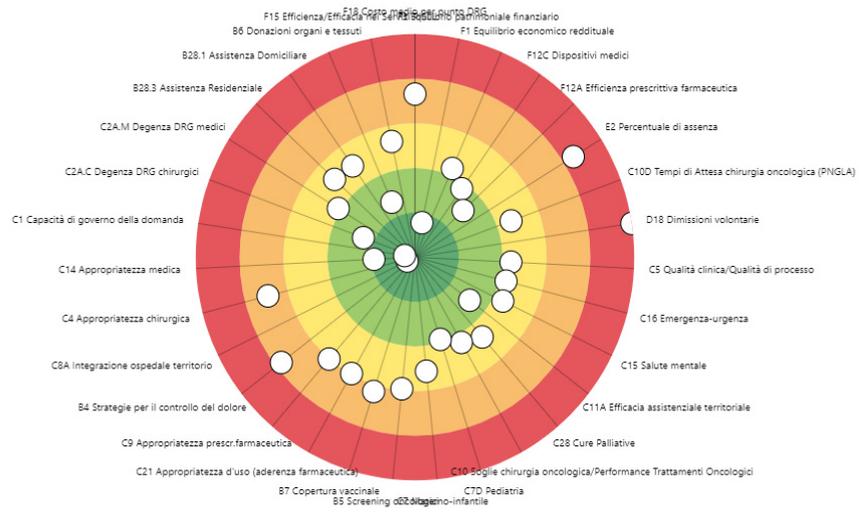


### Bersaglio 2023 - ASL Bari

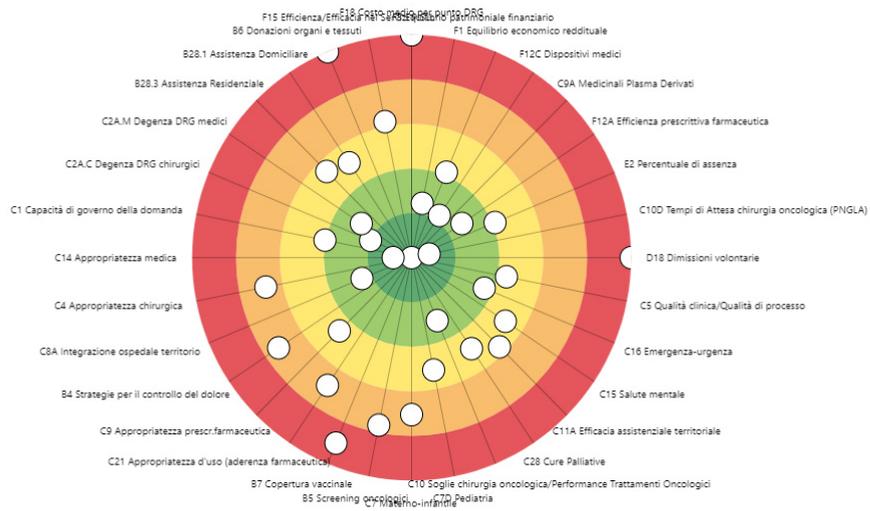




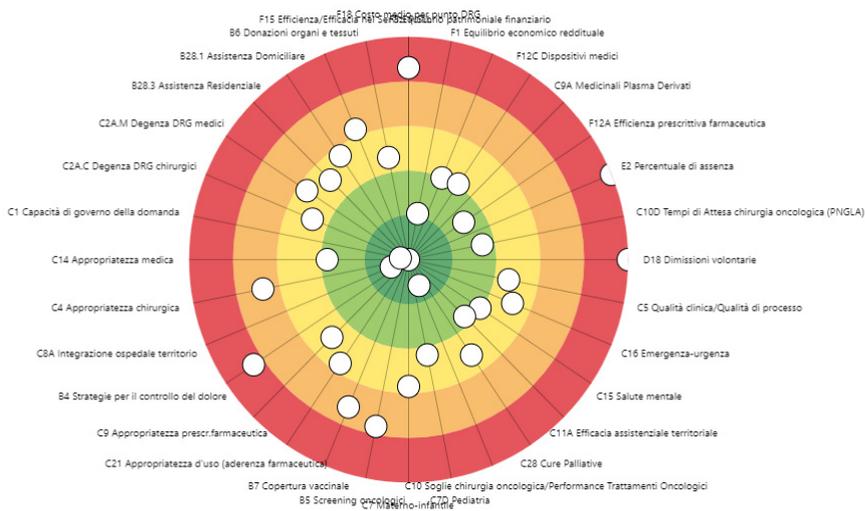
### Bersaglio 2023 - ASL Barletta-Andria-Trani



Bersaglio 2023 - ASL Foggia



### Bersaglio 2023 - ASL Lecce





	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	irccs s. de bellis - castellana (160902)	le (160116)	ta (160112)
2023	95,45	100,00	80,13	88,26	0,00	99,34	99,44	0,00	91,07	97,81
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

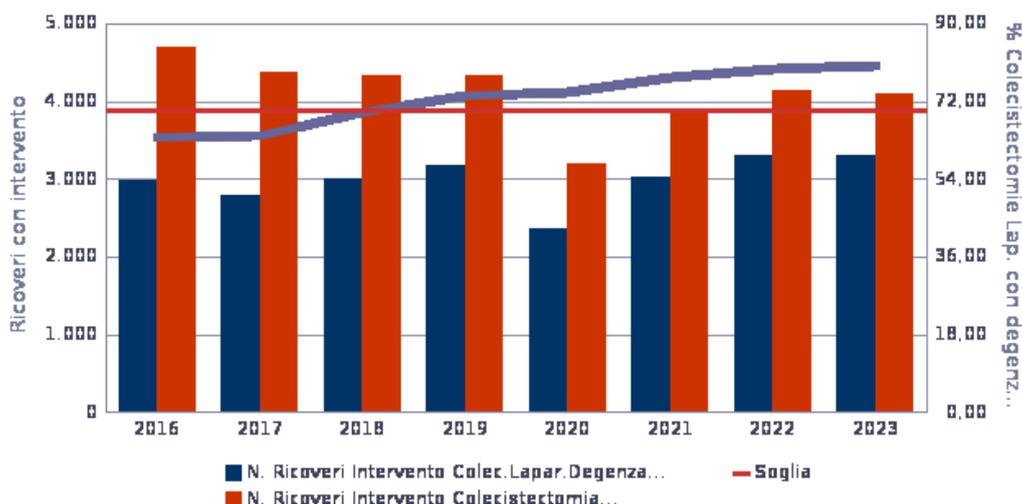
ColorQuota Interventi Eseguiti in Reparti Con Volume Attività > 13

Bassa Alta

Tavola 2.4.21  
 NSG –H05Z - Colectistomie  
 Proporzioe colectistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.  
 Per struttura di ricovero: proporzioe di colectistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foggia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	irccs oncologico - bari (160901)	irccs s. de bellis - castellana (160902)	le (160116)	ta (160112)
2023	79,62	83,85	79,05	75,97	69,63	80,06	50,00	94,64	82,85	83,81
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	71,63	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

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



(fonte Disar-Edotto)

L'indicatore "NSG H05Z – Colectistomie" riportato nella **tavola 2.4.21** indica la proporzioe di colectistomie 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 (2016-2023) la proporzioe di colectistomie 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. Il dato del 2023 conferma il dato del 2022 senza variazioe, se non un peggioramento per le strutture BT e IRCCS Oncologico di Bari.

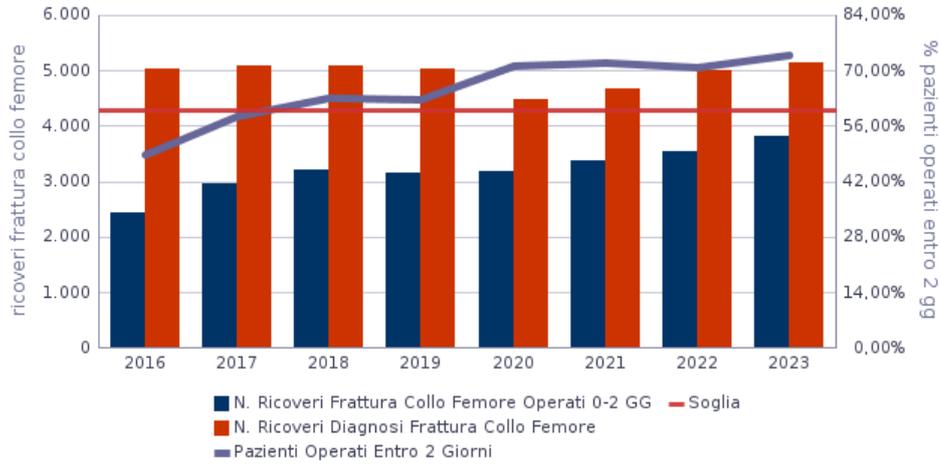
Per quanto riguarda le fratture del femore, l'indicatore "NSG H13C - Fratture femore" (**tavola 2.4.22**), riporta la percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia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

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)
2023	79,31%	54,55%	91,86%	91,67%	74,06%	61,62%	60,03%	65,38%
2022	55,79%	49,40%	92,06%	73,50%	77,63%	52,12%	51,38%	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%	61,02%	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 (rosso) / Alta (verde).

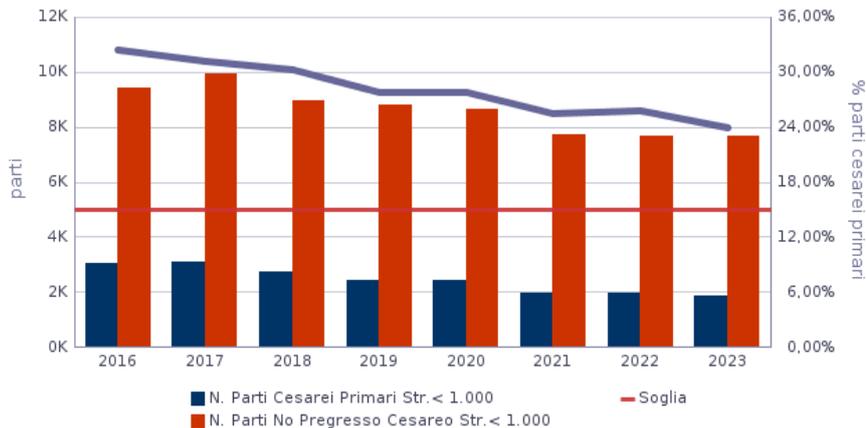
(fonte Disar-Edotto)

Tavola 2.4.23

NSG - H17C - Parti cesarei

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

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



	ao cons. policlinico - bari (160907)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2023		22,72%	39,68%	19,51%	21,58%	27,82%	28,44%
2022		25,46%	30,05%	22,15%	20,68%	30,96%	28,72%
2021	100,00%	24,38%	28,77%	21,47%	21,98%	30,27%	30,33%
2020		29,29%	27,91%	24,78%	23,79%	31,30%	30,27%
2019		27,16%	36,44%	20,02%	24,67%	33,18%	30,93%
2018		25,50%	32,32%	27,79%	26,39%	36,11%	38,26%
2017		26,64%	40,63%	23,75%	29,45%	39,45%	31,60%
2016		27,74%	44,31%	21,74%	29,26%	36,14%	37,05%

Parti Cesarei Primari in Maternità I Livello o < 1 Bassa Alta

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.

Nel 2023, ancora nessuna asl raggiunge l'obiettivo del 15% nel periodo osservato. Il 2023 conferma i dati del 2022.

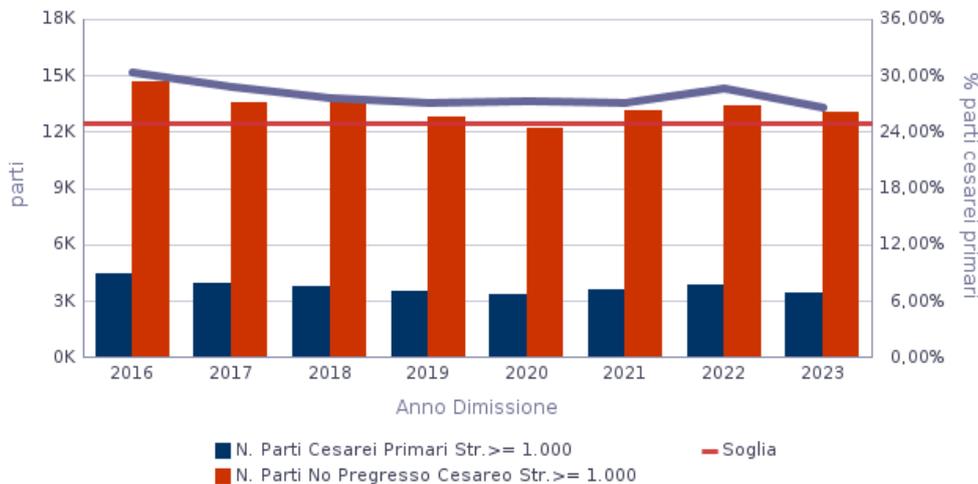
L'indicatore "NSG - H18C - Parti Cesarei" (tavola 2.4.24) indica la percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA. Se si guarda alla percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno, in generale si osserva un gap più contenuto tra i valori riportati dalla regione Puglia e quello stabilito come soglia massima (25%). Complessivamente, la proporzione di parti cesari si è ridotta 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). Il 2023, sostanzialmente, conferma la situazione relativa all'anno precedente

Tavola 2.4.24

NSG - H18C - Parti Cesarei

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

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



(fonte Disar-Edotto)

	ao cons. policlinico - bari (160907)	ao ospedali riuniti - foglia (160910)	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2023	30,82%	26,74%	25,58%	27,52%			25,86%	26,66%
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%

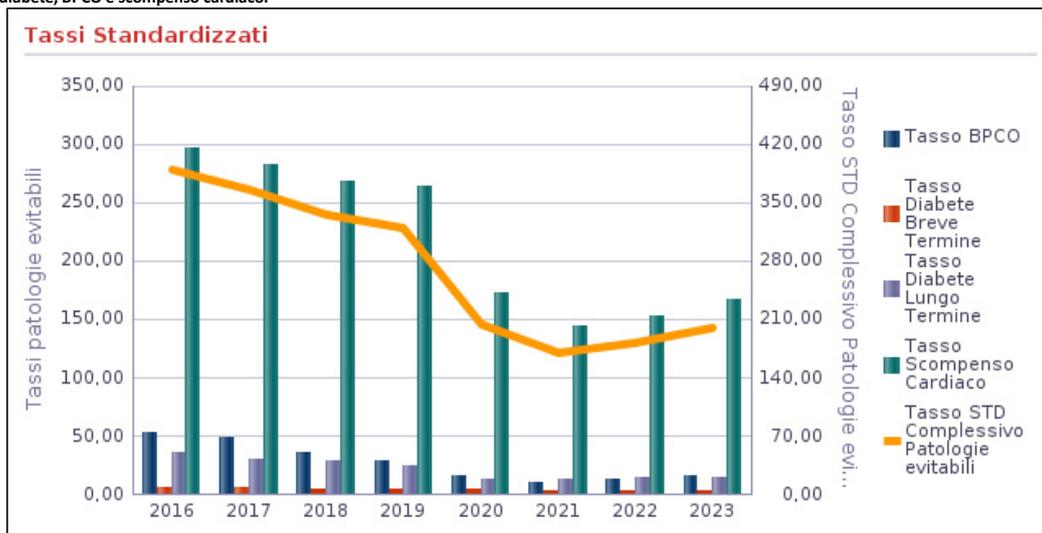
Nella **tavola 2.4.25** si riporta il NSG - D03C “Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco”.

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 dal diabete a lungo termine. Più contenute ma comunque significative le riduzioni per il diabete a breve termine e per lo scompenso cardiaco. Il 2023 conferma la leggera inversione con relativo aumento del valore per quasi tutte le ASL nelle tre patologie del 2022.

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.



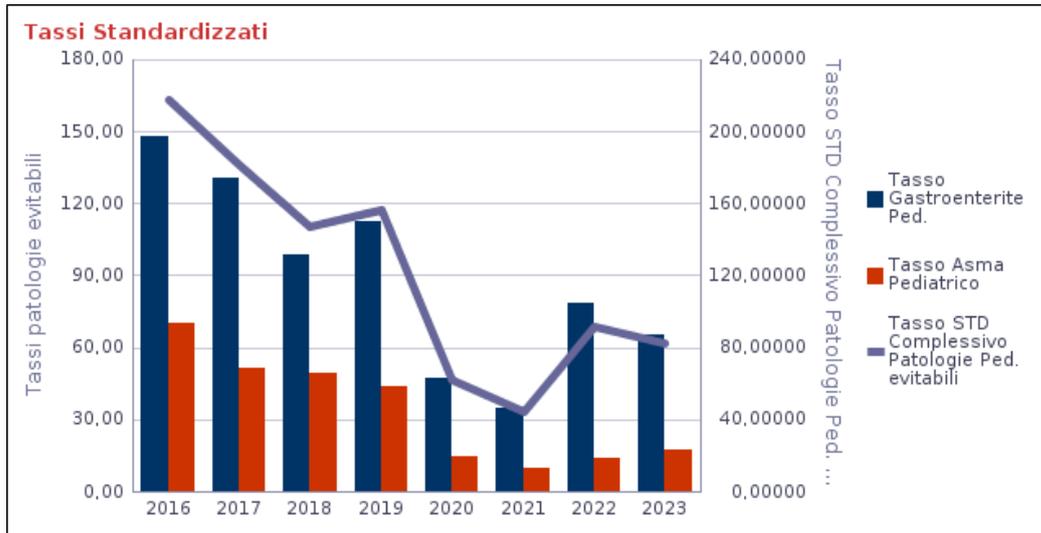
	ba (160114)	br (160106)	bt (160113)	fg (160115)	le (160116)	ta (160112)
2023	172,84	143,97	139,48	322,82	190,17	217,88
2022	171,27	134,59	134,43	273,70	164,29	192,81
2021	161,56	151,66	102,08	258,20	168,80	147,35
2020	200,60	141,29	142,21	282,66	190,80	228,50
2019	294,44	198,62	253,62	510,51	270,37	369,86
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

CoTasso STD Complessivo Patologie evit

Bassa Alta

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.

**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)
2023	69,156	166,340	36,844	49,874	150,180	32,294
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

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 2016-2021 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. Nel 2023 il trend sembra ritornare al periodo precedente al 2022, in decremento per il tasso di Gastroenterite, ma conferma l'aumento del tasso di Asma iniziato nel 2021.

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". 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 2016-2020 per stabilizzarsi nel biennio 2020-2021; il 2023 conferma il trend in leggero aumento iniziato nel 2021. La eterogeneità tra le diverse Asl resta confermata.

#### 0.1.4 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 56.738 nel 2019 ed un'ulteriore drastica riduzione nel 2020 causa pandemia. Dal 2021 sono tornati a crescere mantenendosi comunque al di sotto del valore relativo all'anno 2011. La mobilità passiva extraregionale è principalmente indirizzata verso le regioni del nord con una preferenza verso la regione Lombardia (22%) ed Emilia Romagna (22.4%). (**Tabella 2.4.29** dati anno 2023).

Analizzando i dati relativi all'anno 2023, si evidenzia come, nell'intera regione Puglia, il 76% dei ricoveri avviene nella stessa ASL di residenza (autoconsumo), il 13% dei ricoveri avviene in una ASL diversa (mobilità passiva interregionale) mentre l'11% al di fuori della regione (mobilità passiva extraregionale). Per quanto riguarda la mobilità passiva interregionale, vi è una profonda variabilità tra ASL: la BAT presenta una percentuale molto alta di ricoveri fuori dalla propria asl (38%) mentre l'asl di Foggia si attesta al 3%. Per quanto riguarda la mobilità passiva extraregionale, il dato rimane piuttosto omogeneo tra le diverse asl con una percentuale vicina al dato regionale (**Tabella 2.4.30**).

Per quanto riguarda i ricoveri effettuati in regione Puglia, il 41.1% sono ricoveri chirurgici mentre il 58.9% 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 60.5% (**Tabella 2.4.31** dati anno 2023).

Se si guarda ai gruppi diagnostici principali, in proporzione al totale dei ricoveri di ciascuna categoria, i ricoveri fuori regione avvengono più frequentemente per uso di alcool/droga (42%), per infezioni da HIV (36%), per i disturbi del metabolismo (27.8%) (**Tabella 2.4.32** dati anno 2023).

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 (32%), e dell'utero (20%), mentre il 6% degli interventi per tumore del colon avviene in Puglia. Le asl di Bari presentano le percentuali più alte di interventi nella propria asl per i tumori della mammella,

dell'utero, colon, mentre l'asl BAT ha alte % di interventi fuori regione [Tabelle 2.4.35, 2.4.36, 2.4.37, 2.4.38, 2.4.39, 2.4.40, 2.4.41] (dati anno 2023)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 1.1.1. 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”* .

La programmazione che si presenta è coerente con il Regolamento Regionale 8/2024 “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020” (DGR n. 1384 del 03/10/2024).

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 1384/2024 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:

Nuovo Ospedaliero	Piano	Offerta Pubblica	Offerta Privata	Totale Riordino 2024
Totale		10.335	4.991	15.326
Di cui posti letto acuti		8.965	3.596	12.561
Di cui posti letto riabilitazione		641	1.310	1.951
Di cui posti letto lungodegenza		729	85	814

Il numero dei posti letto per acuti tiene conto anche dei nuovi ospedali in corso di realizzazione. Resta inteso che i nuovi ospedali assorbiranno anche quota parte degli attuali posti letto attivi

## 1.2 La strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

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

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

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

Dal punto di vista della programmazione ciò 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.

### 1.2.2. Offerta ante operam

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

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

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
<b>San Severo</b>	FG	Ospedale di I livello
<b>Lucera</b>	FG	Ospedale di Zona disagiata
<b>Manfredonia</b>	FG	Ospedale di Base
<b>Cerignola</b>	FG	Ospedale di I livello
<b>AOU OO.RR. Foggia</b>	FG	Ospedale di II livello
<b>Attuale Ospedale di Andria</b>	BT	Ospedale di I livello
<b>Barletta</b>	BT	Ospedale di I livello
<b>Bisceglie</b>	BT	Ospedale di base
<b>Bari San Paolo- Bari Di Venere</b>	BA	Ospedali di I livello
<b>Molfetta</b>	BA	Ospedale di base
<b>Corato</b>	BA	Ospedale di I livello
<b>Altamura</b>	BA	Ospedale di I livello
<b>Putignano</b>	BA	Ospedale di Base
<b>IRCCS De Bellis (Castellana Grotte)</b>	BA	IRCCS pubblico

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

### 1.3 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.

### 1.3.1. 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.

### 1.3.2. 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 qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I e II livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Rifunzionalizzazione del Monoblocco Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S1	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S1	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Rifunzionalizzazione del Monoblocco Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria

## 1.4 Gli interventi progettuali proposti

### 1.4.1 Riqualficazione del "MONOBLOCCO" dell'A.O.U. 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.

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 ed esecuzione, Direzione Lavori.

#### **1.4.2 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.

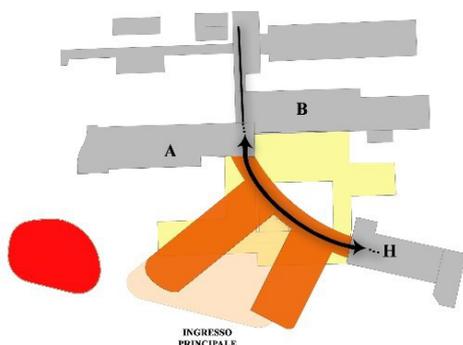


Indicazione degli edifici oggetto di demolizione

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<sup>1</sup>;
- aree esterne ad essi connesse.

Si precisa che a valere dell'art. 20 L. 67/88 si candida solo il costo per la Riqualificazione del "MONOBLOCCO che ricomprende il sistema edilizio, evidenziato in arancione nella piantina, che avrà la funzione anche di **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), 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.

<sup>1</sup> Il costo per la realizzazione dell'Auditorium sono a carico dei Fondi di Sviluppo e Coesione del 2021-2027

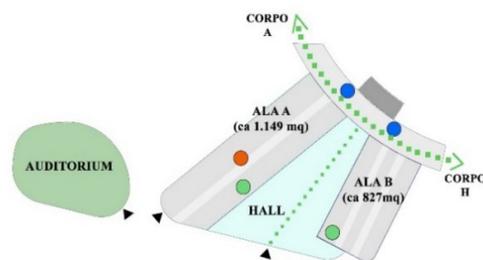
I livelli interni del nuovo edificio sono complanari a quelli degli adiacenti corpi H ed A eliminando eventuali barriere architettoniche intermedie e ottimizzando gli spostamenti all'interno della struttura.

Mentre nel separato edificio Auditorium troverà spazio l'ampia sala congressi. **Si precisa che il costo per la realizzazione dell'Auditorium è a valere del Fondo Sviluppo e Coesione 2021-2027 per l'importo di euro 7.000.000,00.**

#### 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 (vedi nota 1)



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
<b>SUPERFICIE TOTALE MONOBLOCCO</b>					<b>15.229,4 mq</b>

<b>VOLUME TOTALE MONOBLOCCO</b>	<b>58.651,11 mc</b>
---------------------------------	---------------------

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

	QUOTA	ACCOGLIENZA	AREE SUPPORTO	SALA	SUP. TOTALE
--	-------	-------------	---------------	------	-------------

				(impronta in pianta)	
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
		<b>860,3 mq</b>	<b>362,8 mq</b>	<b>477,6 mq</b>	<b>1.700,7 mq</b>

<b>VOLUME TOTALE AUDITORIUM</b>	<b>10.320,70 mc</b>
---------------------------------	---------------------

Dalle tabelle precedenti risulta che il volume di intervento complessivo finanziato da risorse art.20 L. 67/88 è pari a:

<b>SUPERFICIE LORDA TOTALE MONOBLOCCO</b>	<b>15.229,40 mq</b>
---	---------------------

<b>VOLUME TOTALE MONOBLOCCO</b>	<b>58.651,11 mc</b>
---------------------------------	---------------------

### 1.4.3 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:

	<b>STUDIO DI FATTIBILITA' 2018</b>	<b>PROGETTO DEFINITIVO 2022 / ESECUTIVO 2023</b>
Volume demolizione	<b>40.698,92 mc</b>	<b>46.519,25 mc</b>
Superficie lorda di nuova costruzione	<b>11.991,73 mq</b>	<b>15.229,40 mq</b>
Parametro economico nuova costruzione	<b>1.750,00 €/mq</b>	<b>2431,00 €/mq</b>
Importo opere	<b>20.985.527,50 €</b>	<b>37.023.532,10 €</b>

Importo demolizione	<b>5.060.910,70 €</b>	<b>2.926.423,54 €</b>
Importo sicurezza	<b>781.393,15 €</b>	<b>828.743,77 €</b>
Importo somme a disposizione	<b>13.172.168,65 €</b>	<b>23.221.300,63 €</b>
Importo quadro economico	<b>40.000.000,00 €</b>	<b>64.000.000,00 €</b>

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 2.431,00 €/mq è del tutto in linea con i valori di mercato riscontrabili per i progetti di edilizia sanitaria di pari complessità.

#### 1.4.4 Quadro Economico

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 PROGETTO ESECUTIVO				
QUADRO ECONOMICO		1° STRALCIO - MONOBLOCCO		
A)	LAVORI	MONOBLOCCO	SIST. ESTERNE	totale
A1)	E.20 - DEMOLIZIONI E RIMOZIONI	2 926 423,54 €		<b>2 926 423,54 €</b>
	E.10 - OPERE EDILI	13 363 315,35 €	1 148 012,65 €	<b>14 511 328,00 €</b>
	S.03 - STRUTTURE	8 645 542,00 €		<b>8 645 542,00 €</b>
	IA.01 - IMPIANTI IDRICO-SANITARIO E ANTINCENDIO	1 960 451,97 €	408 461,68 €	<b>2 368 913,65 €</b>
	IA.02 - IMPIANTI TERMICO E DI CONDIZIONAMENTO	4 917 863,38 €		<b>4 917 863,38 €</b>
	IA.04 - IMPIANTI ELETTRICI	5 981 270,55 €	598 614,48 €	<b>6 579 885,03 €</b>
A2)	<b>TOTALE LAVORI A</b>	<b>37 794 866,79 €</b>	<b>2 155 088,81 €</b>	<b>39 949 955,60 €</b>
A3)	E.10 - ONERI DELLA SICUREZZA			<b>828 743,77 €</b>
A4)	<b>IMPORTO COMPLESSIVO LAVORI COMPRESA SICUREZZA</b>			<b>40 778 699,37 €</b>
B)	SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE			
B1)	IVA10% sui lavori (A4)			4 077 869,94 €
B2)	Spese tecniche - Progettazione Definitiva, Esecutiva, CSP, DL, CSE (nette e comprensive di oneri previdenziali)			2 574 070,44 €
B3)	Spese tecniche - Verifica e validazione progetto Art. 26 Dlgs 50/2016 (nette e comprensive di oneri previdenziali)			140 888,96 €
B4)	spese generali (commissioni, collaudi, ecc.)			900 000,00 €
B5)	arredi e attrezzature			9 050 000,00 €
B6)	IVA (22% SU B2)+B3)+B4)+B5)			2 786 291,07 €
B7)	Imprevisti			2 695 606,24 €
B8)	Incentivi Art. 113 Dlgs 50/2016 (2%)			996 573,99 €
	<b>TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE</b>			<b>23 221 300,63 €</b>
c)	<b>TOTALE PROGETTO (A + B)</b>			<b>64 000 000,00 €</b>

Confronto dei Quadri Economici 2018-2023:

<b>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-</b>			
<b>A)</b>	<b>LAVORI</b>	<b>FATTIBILITA' 2018</b>	<b>PROGETTO ESECUTIVO 2023</b>
A1)	E.20 - DEMOLIZIONI E RIMOZIONI	5.060.910,70	2.926.423,54 €
	E.10 - OPERE EDILI	8.394.211,00	14 511 328,00 €
	S.03 - STRUTTURE	5.246.381,87	8 645 542,00 €
	IA.01 - IMPIANTI IDRICO-SANITARIO E ANTINCENDIO	1.049.276,38	2 368 913,65 €
	IA.02 - IMPIANTI TERMICO E DI CONDIZIONAMENTO	3.147.829,13	4 917 863,38 €
	IA.04 - IMPIANTI ELETTRICI	3.147.829,13	6 579 885,03 €
A2)	<b>TOTALE LAVORI A</b>	<b>26.046.438,20 €</b>	<b>39 949 955,60 €</b>
A3)	E.10 - ONERI DELLA SICUREZZA	<b>781.393,15</b>	<b>828 743,77 €</b>
A4)	<b>IMPORTO COMPLESSIVO LAVORI COMPRESA SICUREZZA</b>	<b>26.827.831,35 €</b>	<b>40 778 699,37 €</b>
<b>B)</b>	<b>SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE</b>		
B1)	IVA10% sui lavori (A4)	2.682.783,14	4 077 869,94 €
B2)	Spese Tecniche - Progettazione Definitiva, Esecutiva, CSP, DL, CSE (nette e comprensive di oneri previdenziali)	1.865.693,34	2 574 070,44 €
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	900 000,00 €
B5)	arredi e attrezzature	4.024.174,70	9 050 000,00 €
B6)	IVA (22% SU B2)+B3)+B4)+B5)	1.770.636,87	2 786 291,07 €
B7)	Imprevisti e arrotondamenti	670.399,24	2 695 606,24 €
B8)	Incentivi Art. 113 Dlgs 50/2016 (2%)		996 573,99 €
	<b>TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE</b>	<b>13.172.168,65 €</b>	<b>23 221 300,63 €</b>
<b>C)</b>	<b>TOTALE PROGETTO (A + B)</b>	<b>40.000.000,00 €</b>	<b>64.000.000,00 €</b>

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 prezzari del 2017 (prezzario 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

##### 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**
- DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 76 del 06.02.2023, N. 336 del 02/05/2024 – **Approvazione del progetto esecutivo**

- DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. del 06.02.2023, N. 525 del 28/06/2024 – **Approvazione del progetto esecutivo – Rev. D. Lgs 36/2023 ed indizione Gara Europea a procedura aperta**

#### **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 n.112 del 07.12.2023 - Pratica Edilizia n. 825/2023, con richiesta di proroga (24 mesi) sulla data di inizio lavori prevista il 07.12.2024 e posticipata al 07.12.2026 ai sensi del Decreto Milleproroghe, giusta nota protocollo SUE n.144386 del 05.11.2024 e ss.ii.

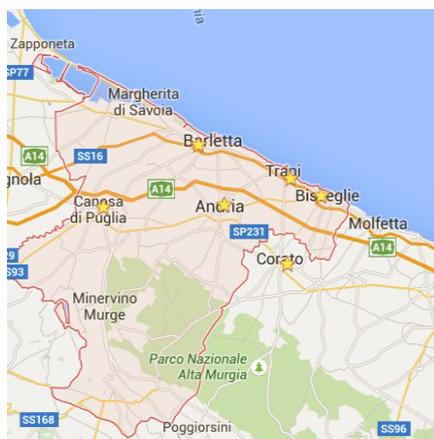
## **1.5 Gli interventi progettuali proposti dall'Azienda Sanitaria Locale di Barletta Andria Trani**

### **1.5.1 Intervento denominato "Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria"**

Il nuovo ospedale che si intende realizzare nella ASL BT ("Nuovo Ospedale di Andria") sarà allocato lungo la direttrice Andria - Corato (ex SS98) in prossimità dell'incrocio con la direttrice Andria - Canosa, e quindi al servizio dei Comuni dei distretti sociosanitari di Andria, di Canosa e, in parte, di Trani e Corato.

La realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria è coerente con il Regolamento Regionale 8/2024 "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020" (DGR n. 1384 del 03/10/2024), in particolare con la deliberazione di Giunta regionale n. 1384/2024 sono state fornite ulteriori indicazioni per il potenziamento della rete ospedaliera e la classificazione del nuovo nosocomio di Andria come Ospedale di II livello.

In **figura 6** è riportata l'attuale configurazione della rete ospedaliera della ASL BT.



*Figura 6. Rete Ospedaliera della ASL BT*

Il prospetto in **tabella 10** illustra, con riferimento ai principali comuni del bacino di popolazione di riferimento per il nuovo ospedale di Andria, l'analisi delle distanze dai comuni di riferimento.

	<b>DISTANZA (Km)</b>	<b>TEMPI (minuti)</b>
Andria	3,10	5
Barletta	15,90	19
Bisceglie	20,10	22
Canosa di P.	26,10	25
Margherita di Savoia	27,00	33
Minervino Murge	33,40	34
San Ferdinando di P.	33,30	34
Spinazzola	48,30	47
Trani	16,00	17
Trinitapoli	32,60	39
Corato	10,80	10
Ruvo di Puglia	19,50	18

*Tabella 1. Distanze degli attuali ospedali dalla localizzazione ipotizzata per il nuovo ospedale.*

Procedure di VAS e di verifica di assoggettabilità a VIA relativa alla approvazione del progetto in variante al PRG di Andria.

La realizzazione del nuovo ospedale interessa un'area tipizzata **zona E1 – Aree a conduzione agricola** (art. 4.12 NTA) nel vigente PRG del Comune di Andria, ragion per cui l'approvazione dell'accordo di programma, ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs 267/2000, dovrà prevedere anche la variazione urbanistica dell'area interessata.

Lo strumento urbanistico generale del Comune di Andria non ha svolto la VAS e trattandosi di una tipologia di opera pubblica avente "funzione sovralocale", ai sensi dell'art.4.3. lettera b) del Regolamento Regionale n.18/2013 ss.mm.ii., si è resa necessaria la sottoposizione anche alla procedura di VAS diretta, le cui relative fasi, gli elaborati tecnici richiesti e le modalità procedurali, sono disciplinate dal D.Lgs 152/2006 e dalla L.R.n.44/2012 ss.mm.ii.;

Con la D.G.R. n. 1215 del 22/07/2021 è stato deliberato:

- di approvare e promuovere il percorso amministrativo per l'approvazione e la successiva realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria mediante Accordo di Programma, ex art. 34 del D.Lgs 267/2000, fra Regione Puglia, Comune di Andria, Azienda Sanitaria Locale BT e Provincia BT;
- di incaricare il Dipartimento Sanità della Regione delle attività propedeutiche alla definizione ed approvazione dell'accordo di programma nonché dell'indizione della conferenza di servizi finalizzata alla approvazione del progetto in linea tecnica;
- di dare atto che l'ASL BT, in quanto soggetto attuatore dell'opera, continuerà a gestire gli aspetti tecnici e operativi dell'iter per l'attuazione del percorso ed in particolare le fasi di progettazione, appalto e realizzazione dell'opera pubblica;
- di incaricare l'Agenzia regionale per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) di fornire supporto tecnico ed amministrativo al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ed all'ASL BT, per la progettazione e la realizzazione del nuovo ospedale di Andria, nonché per il coordinamento degli aspetti procedurali e dell'iter approvativo dell'intervento;

- *di disporre che alla conferenza dei servizi siano invitati tutti gli Enti e le società interessate dal procedimento;*

Il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie della Regione ha assunto il ruolo di Autorità Procedente nella procedura di VAS, ragione per cui, ai sensi dell'art. 9 della L.R. 44/2012, ad esso è demandato il compito di dare avvio alla procedura di VAS con l'attivazione della fase di consultazione preliminare (cd. fase di scoping), previa formalizzazione della proposta di variante in questione.

Con determina n. AOO\_081\_166 del 06/08/2021 la Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie del Dipartimento promozione della salute e del benessere animale, competente per materia, ha avviato la fase di consultazione preliminare della procedura di VAS e contestualmente la procedura di Verifica di Assoggettabilità a VIA e che le stessa si è conclusa in data 06/09/2021.

In data 29.11.2021 è stata indetta dalla Regione Puglia – Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche con nota AOO\_081/PROT/29/11/2021/0005746, la Conferenza di Servizi di tipo decisorio, in forma simultanea e modalità sincrona ai sensi degli artt.14-bis comma 7 e 14-ter della L.241/90, finalizzata a:

- all'approvazione del progetto definitivo in linea tecnica e in variante allo strumento urbanistico, alla risoluzione delle interferenze delle opere con i servizi pubblici a rete, verificare l'eventuale necessità di opere mitigatrici e compensative dell'impatto, ai sensi dell'art. 27 c.3 D.Lgs 50/2016;
- ad apporre il vincolo preordinato all'esproprio sulle aree interessate, dichiarare la pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza della realizzazione delle opere, ai fini espropriativi delle aree, ai sensi dell'art. 34 c. 6 D.Lgs 267/2000 – art. 15 L.R. 1/2008 - art. 10 c.1 e art. 12 c.1 D.P.R. 327/2001 - art. 12 c.1 L.R. 3/2005;
- ad approvare l'accordo di programma ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs 267/2000, il quale sarà sottoscritto dal Presidente della Regione Puglia, dalla ASL BT, dal Comune di Andria e dalla Provincia BAT, così come previsto dalla D.G.R. n. 1215 del 22.07.2021.
- In data 15.12.2021 si è tenuta la prima riunione della Conferenza di Servizi. Con Determinazione Dirigenziale n.ro AOO089/457 del 30.12.2022 con la quale la Sezione Autorizzazioni Ambientale, dopo aver effettuato la consultazione pubblica ha espresso, ai sensi del art. 12 della L.R. 44/2012 e ss.mm.ii., il parere motivato di Valutazione Ambientale Strategica relativo al piano di Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria in variante al PRG comunale e al relativo Rapporto Ambientale;
- Con Determinazione Dirigenziale A0081\_158 del 10 agosto 2023 è stata dichiarata conclusa la Conferenza di Servizi di tipo decisorio, in forma simultanea e modalità sincrona ai sensi degli artt. 14-bis comma 7 e 14-ter della L.241/90.

#### **OSPEDALE DI ANDRIA**

L'attuale Ospedale di Andria (**figura 7**), nonostante le innumerevoli attività manutentive ordinarie e straordinarie effettuate negli anni, non è in grado oggi di soddisfare le esigenze imposte da un lato dalle norme di accreditamento - quindi adeguati spazi per le sale di degenza, dei connettivi e delle aree di servizio - e dall'altro dal Piano di riordino della rete ospedaliera che, per tale Ospedale, prevede un numero di posti letto pari a 218 (attualmente nell'Ospedale di Andria i posti letto sono 146).

Le strutture in c.a. presentano diffuso distacco del copriferro con conseguente ammaloramento delle armature e non sono adeguate dal punto di vista sismico.

Per quanto riguarda l'impiantistica, la rete di distribuzione dell'acqua è obsoleta; l'impianto di condizionamento in molti ambienti è ancora del tipo split-system e non è possibile realizzare impianti ad aria primaria a causa delle altezze nette di piano insufficienti (m. 3,00 – 3,20). Gli impianti elettrici sono adeguati alle relative norme di settore.

La struttura non è dotata di un certificato di prevenzione incendi complessivo, pur avendo ottenuto pareri di conformità sul progetto di adeguamento generale.

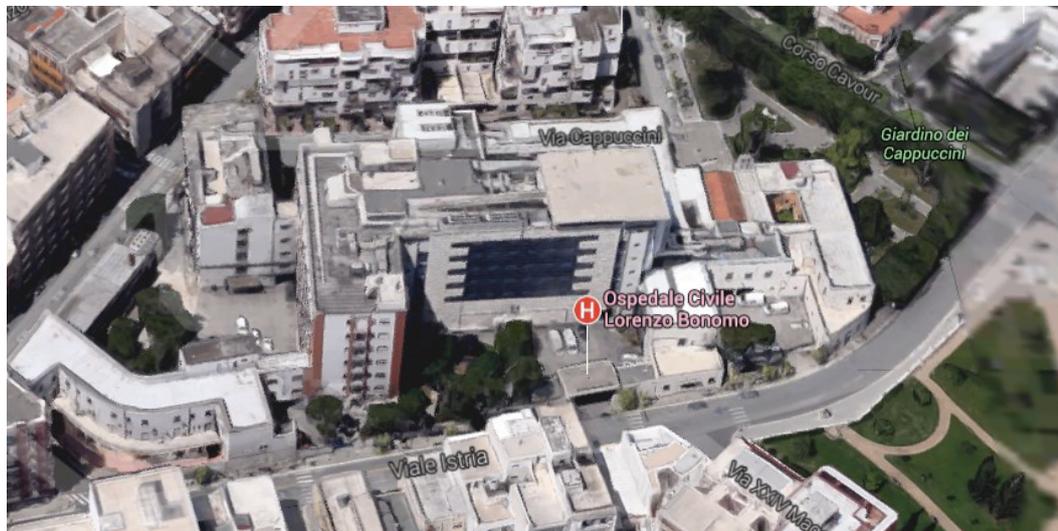


Figura 7. Ospedale di Andria

Gli arredi, ad eccezione dei reparti ristrutturati, necessitano di sostituzione, mentre le apparecchiature risultano idonee senza particolari criticità, sebbene soggette alla normale obsolescenza.

Con riferimento alla dimensione della "accessibilità e fruibilità", si segnala che il presidio si trova in pieno centro cittadino ed una delle principali vie di accesso è interdetta da barriere ferroviarie (**figura 8**). I collegamenti verticali interni non sono sufficienti in numero, e non risulta praticabile l'ipotesi di installarne altri ancorché esterni. I percorsi sono lunghi e tortuosi, dovuti alle costruzioni dei vari corpi di fabbrica succedutesi negli anni, che si sono dovuti raccordare in termini di sfalsamenti di piano e di zona.

L'area esterna ed i parcheggi differenziati sono assolutamente insufficienti.

I principali dati operativi del Presidio Ospedaliero sono di seguito riportati:

- *Costo annuo di manutenzione ordinaria (milioni di euro): 1,2*
- *Costo totale di funzionamento per posto letto (milioni di euro): 0,368*
- *costo totale del piano di manutenzione straordinaria (milioni di euro): 1,3*
- *Costo del Fabbisogno energetico (media triennio precedente) – TEP: 1300*
- *Sale operatorie: 6 (di cui 4 di alta specialità e 2 di bassa specialità)*

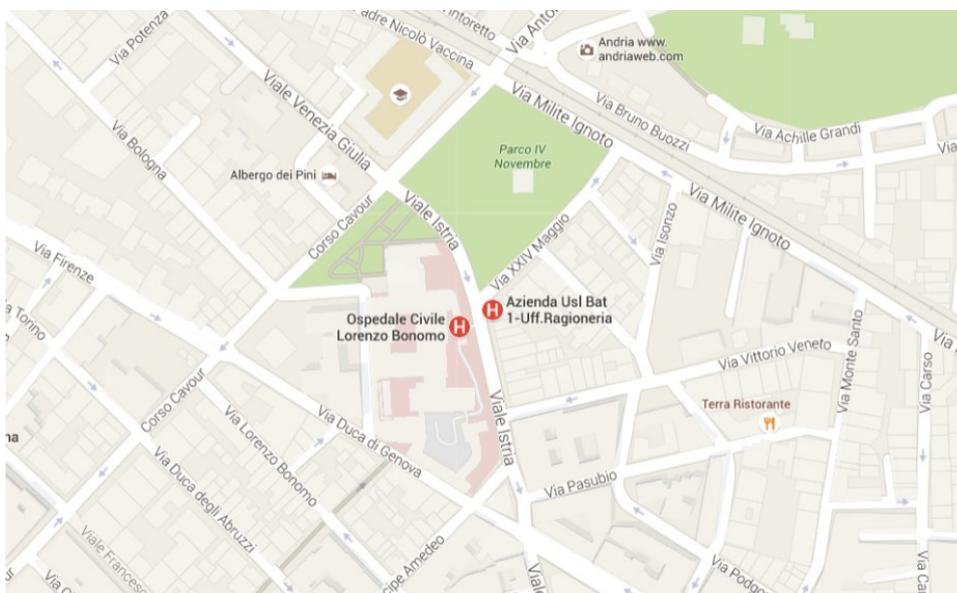


Figura 8. Localizzazione dell'attuale ospedale di Andria. Si noti la linea ferroviaria nelle vicinanze

Per maggiori dettagli sui costi dell'ospedale, in **tabella 12** è riportato il modello CP (costo dei presidi) dell'ospedale di Andria e dello stabilimento collegato di Canosa.

Voce	Totale (in migliaia di Euro)
B0010 B.1) Acquisti di beni	15876
B0020 B.1.a) Prodotti farmaceutici	2284
B0030 B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	182
B0040 B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	0
B0050 B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	4404
B0060 B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	545
B0070 B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	4600
B0080 B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	3500
B0110 B.1.j) Prodotti alimentari	5
B0120 B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	120
B0130 B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	41
B0140 B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	114
B0150 B.1.n) Materiale per la manutenzione	22
B0200 B.1.o) Altro	59
B0210 B.2) Acquisti di servizi	7671
B0240 B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	102
B0440 B.2.7) per altra assistenza	0
B0470 B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	877
B0510 B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	640
B0540 B.2.11) Altri servizi sanitari	84
B0580 B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	0
B0590 B.2.13) Servizi non sanitari	5968
B0671 B.2.13.a) Utenze	1564
B0691 B.2.13.b) Altro	4404
B0700 B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2285
B0750 B.4) Godimento di beni di terzi	406
B0800 B.5) Personale del ruolo sanitario	44419
B0810 B.6) Personale del ruolo professionale	69
B0820 B.7) Personale del ruolo tecnico	3784
B0830 B.8) Personale del ruolo amministrativo	1048
B0840 B.9) Oneri diversi di gestione	125
B0881 B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	0
B0940 B.14) Variazione delle rimanenze	0
B9999 Totale costi della produzione (B)	75683

Tabella 2. Modello CP – Anno 2014 – P.O. Andria-Canosa

Per quanto concerne il dimensionamento del nuovo ospedale, da un punto di vista del numero di posti letto, nello studio di prefattibilità si è proceduto a determinare il valore in modo consequenziale all'analisi della rete dei servizi sanitari e della domanda di salute del territorio e nel rispetto delle linee di indirizzo e degli obiettivi strategici definiti negli atti di programmazione sanitaria regionale. Il valore stabilito è di 400 p.l.

Per quanto riguarda il dimensionamento in termini di spazi, personale e dotazioni, nell'allegato studio di prefattibilità sono stati considerati parametri specifici per l'area delle degenze, per il Blocco Operatorio/Angiografico, per la Diagnostica per immagini, per l'area Ambulatoriale, per l'area Emergenza – Urgenza, per il Blocco Parto e per altre Unità funzionali sanitarie (centro prelievi, dialisi, anatomia patologica, ecc). I risultati sono sintetizzati nella tabella seguente:

Reparto	N. Risorse	Superficie (mq)	Livello Complessità costruttiva
Degenza	400 posti letto	20.000	Medio
Blocco Operatorio/Angiografico	12 sale operatorie	3.000	Alto
Diagnostica per Immagini	14 sale diagnostiche	2.240	Alto
Poliambulatorio	30 ambulatori	1.500	Medio
Area Emergenza/Urgenza	Sale visita + area diagnostica	3.500	Alto
Blocco Parto	3 sale travaglio/parto; 1 sala operatoria; 1 sala per parto in acqua	1.000	Alto
Endoscopia	5 sale	750	Alto
Laboratori (medicina di laboratorio, anatomia patologica, laboratori farmacia, trasfusionale, centro prelievi)		3.000	Medio
Dialisi	25 posti tecnici	750	Medio
Area Servizi (magazzini, spogliatoi, uffici, studi medici, ristorazione, accoglienza, area commerciale)		1.700	Medio/Basso
Centrali tecnologiche		8.000	Medio
Connettivi		15.200	Basso
<b>TOT</b>		<b>60.640</b>	

Tabella 3. Dimensionamento spazi

La superficie di 60.640 mq corrisponde a 150mq/ posto letto.

Per quanto attiene la specifica localizzazione del nuovo ospedale, l'area già approvata all'unanimità dal Consiglio Comunale del Comune di Andria con Deliberazione n.21 del 16 Maggio 2017 è stata posta a confronto con diverse alternative e definitivamente individuata in sede di Conferenza dei Servizi nella seduta del 15.02.2018. L'area prescelta, avente un'estensione di 19 ha, è sita in Contrada "Macchia di Rose", in prossimità della Strada Provinciale n. 2 (ex ss 98) e risulta pienamente rispondente alle caratteristiche della Deliberazione della Giunta regionale n. 2301/2014: presenta spazi sufficienti per assicurare uno sviluppo prevalentemente orizzontale della struttura ospedaliera, il che permetterà di ottimizzare i collegamenti tra le varie unità operative presenti, ampie aree a verde, elisuperficie per elisoccorso, ampie possibilità di sfruttare l'orientamento della struttura per ottimizzare lo sfruttamento delle fonti di energia. L'area risulta compatibile con tutte le condizioni fisiche del territorio interessato: geomorfologiche, litologiche, sismiche, idrogeologiche e geotecniche.

La realizzazione dell'ospedale a partire dalla ammissione a finanziamento richiede un periodo di circa 4 anni.

### 1.5.2 Sintesi degli elementi di fatto e di diritto per la ripresentazione del nuovo PFTE

- Con deliberazione n. 658 del 16/4/2019, l'ASL BT approvava il PFTE redatto dall'Area gestione tecnica dell'ASL BT, per la realizzazione del *Nuovo Ospedale di Andria*, quale Ospedale di II livello dotato di n.400 posti letto, recante un quadro economico generale di spesa per complessivi € 138.000.000,00.
- Con deliberazione di Giunta Regionale n.1512 del 02/08/2019 veniva recepito il parere favorevole del Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute, n.3 del 02/07/2019, trasmesso alla medesima Regione in data 15/07/2019, e veniva al contempo autorizzato *"il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, in qualità di responsabile regionale per gli accordi di programma ex art. 20 della l.n. 67/1988, ad impegnare le risorse del capitolo 734030 in favore della ASL Lecce, della ASL BT e degli OO.RR. di Foggia quale quota parte del 5% del contributo regionale al fine di consentire le attività propedeutiche di progettazione nelle more della stipula dell'Accordo di Programma"*. Il contributo regionale stanziato per l'ASL BT è pari a € 6.900.000,00 - cioè il 5% dell'importo di 138.000.000,00 di cui al punto precedente -.
- Con deliberazione n.1666 del 23/09/2019 l'ASL BT prendeva atto della deliberazione di G.R. n. 1512 del 02/08/2019, e con successiva deliberazione n.2347 del 20/12/2019 indicava una gara d'appalto (procedura aperta da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa), per l'affidamento dei servizi tecnici di architettura ed ingegneria propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria.
- In particolare, la *lex specialis* di gara prevedeva l'affidamento dei seguenti servizi:
  - progettazione definitiva, coordinamento della sicurezza nelle due fasi (progettazione ed esecuzione), direzione dei lavori, relazione archeologica, indagini geotecniche, relazione agronomica, relazione geologica;
  - in via opzionale, ad insindacabile giudizio della Stazione appaltante (art. 19 schema di contratto), anche la progettazione esecutiva dell'opera.
- A seguito dell'espletamento del procedimento di evidenza pubblica, con deliberazione n.1892 del 26/10/2020, l'ASL BT aggiudicava la gara al raggruppamento temporaneo di professionisti - in seguito per semplicità anche solo "RTP" - costituito da: Binini Partners s.r.l. (capogruppo) – Cino Zucchi Architetti s.r.l. – BMS Progetti s.r.l. – BMZ Impianti s.r.l. – ing. Damiano Tinelli s.r.l. – Paisa' Architettura del Paesaggio Stignani Associati s.r.l. - Systematica s.r.l. – T.E.S.I. Engineering srl – AR/S Archeosistemi Soc. Coop. – SIL Engineering s.r.l. (mandanti).
- In data 05/03/2021 veniva pertanto sottoscritto il contratto di appalto, rep.n.1671 del 05/03/2021 (registrato all'Agenzia delle Entrate di Bari al progressivo 2115 serie III in data 25/03/2021), ai sensi del quale il corrispettivo complessivo per le prestazioni di cui al precedente p.to 4.a), è pari ad € 3.946.277,63, al netto del ribasso d'asta offerto del 52,60%, oltre C.n.p.a.i.a. al 4% e I.V.A. al 22%, mentre il corrispettivo previsto per l'eventuale affidamento della progettazione esecutiva di cui al precedente p.to 4.b), è pari a € 1.482.218,90, oltre IVA e C.n.p.a.i.a., da eseguirsi alle condizioni tecniche, negoziali ed

economiche (applicazione del medesimo ribasso del 52,60%) previste nel medesimo contratto.

- La Stazione appaltante ha affidato all’Organismo di controllo Area tecnica CAB di Asset Puglia, la verifica preventiva per la validazione da parte del RUP (art. 26 del D.Lgs.n.50/2016); a seguito di suddetta verifica preventiva, in data 30/12/2022 l’Area tecnica CAB di Asset emetteva il primo rapporto di ispezione (“asset.cab-P21.019-001.01-RI01-00”) con il quale formulava rilievi di non conformità; successivamente, con un secondo rapporto di ispezione, in data 12/04/2023 (“asset.cab-P21.019-001.01-RI03-00”), tra gli aspetti critici veniva evidenziato anche l’utilizzo di prezzi non aggiornati.
- In relazione a quest’ultimo rilievo, infatti, occorre considerare che il progetto definitivo è stato redatto dal RTP incaricato nell’anno 2021, e pertanto non ha potuto tener conto del notevole incremento dei costi che, a causa dello squilibrio economico post pandemico, delle politiche nazionali che hanno generato un aumento della domanda rispetto all’offerta, e della crisi economica ed energetica connessa al noto conflitto in Ucraina, ha innescato in Italia e in Europa un costante aumento dell’inflazione. Il considerevole e generalizzato aumento dei prezzi dei materiali ha notoriamente portato i diversi attori del settore delle costruzioni, nell’intero Paese, a rinegoziare i contratti al fine di poter affrontare le variazioni dei costi e garantire la sostenibilità finanziaria dei progetti;
- Difatti la Regione Puglia, con deliberazione giunta n.1090 del 28/07/2022, ha approvato dapprima l’aggiornamento infrannuale del prezzario regionale delle opere pubbliche della Puglia (luglio 2022), in attuazione dell’articolo 26, comma 2, del decreto-legge 17 maggio 2022, n.50, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2022, n. 91; e, successivamente, con deliberazione n. 413 del 28 marzo 2023 ha approvato, in accordo con il Provveditorato Interregionale territorialmente competente del MIMS, l’aggiornamento del Prezzario Regionale delle Opere Pubbliche della Puglia – edizione 2023, che tiene in conto i rilevanti incrementi dei suddetti costi. Infine, a far data dal 1° luglio 2024, è vigente il nuovo Prezzario Regione Puglia per l’anno 2024, in attuazione dell’articolo 41, comma 13, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 e dell’Allegato I.14 allo stesso decreto;
- In data 20/03/2023 con deliberazione di Giunta Regionale n.335, veniva costituita una Cabina di regia per il monitoraggio dell’avanzamento dei lavori dei nuovi cinque ospedali regionali, e quindi anche del *Nuovo Ospedale di Andria* così composta:
  - Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale;
  - Direttore Dipartimento Promozione della Salute; Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche; Dirigente della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo; Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell’Offerta;
  - Direttore Generale Agenzia regionale ASSET;
  - Direttore Dipartimento Bilancio, Affari Generali e Infrastrutture;
  - Direttore Dipartimento Mobilità;
  - Direttore Dipartimento Ambiente;
  - Direttore Programmazione Unitaria.
- La suddetta Cabina di regia comunicava che avrebbe dovuto rivedere il Piano clinico gestionale del nuovo ospedale di Andria, sicché l’attività di verifica e modifica del progetto definitivo, a seguito dei rilievi di cui al precedente punto 7. veniva di fatto sospesa.

- Successivamente, a seguito di decisioni assunte durante diversi incontri con la suddetta Cabina di regia, con nota prot.n.0189760/2024 del 17/04/2024, la Direzione del Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia approvava il nuovo Piano clinico gestionale, confermando il livello (Il livello), la dotazione di posti letto (400 posti letto), e l'estensione dell'opera (60.000 mq.), e dunque i tratti essenziali dell'originario Piano clinico gestionale;
- Come detto in premessa tutte le considerazioni svolte e che seguono sono riferite al D.Lgs.n.50/2016 in quanto ai sensi del comma 9 dell'art.225 del D.Lgs.n.36/2023, essendo stato formalizzato l'incarico di progettazione definitiva in data precedente a quella di entrata in vigore del citato D.Lgs.n.36/2023 - cfr. precedente p.to 6. - vale quanto segue: *"[...] le disposizioni di cui all'articolo 23 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 continuano ad applicarsi ai procedimenti in corso. A tal fine, per procedimenti in corso si intendono le procedure per le quali è stato formalizzato l'incarico di progettazione alla data in cui il codice acquista efficacia [...]"*. Pertanto si ribadisce che tutte le considerazioni del presente atto fanno riferimento al vecchio codice dei contratti pubblici e quindi al d.Lgs.n.50/2016, almeno per quel che riguarda la progettazione definitiva.
- Per tutto quanto sin qui esposto, la stazione appaltante ha disposto l'adeguamento dei prezzi dei computi metrici estimativi al Prezzario regionale del 2024, ed al contempo riportare il progetto definitivo alle previsioni contenute nel nuovo *Piano clinico gestionale*.
- Il necessario aggiornamento dei prezzi comporta il correlativo adeguamento dei corrispettivi spettanti al RTP, in applicazione dell'art.13, commi 3 e 4, del contratto d'appalto, ovvero delle previsioni negoziali con cui, in conformità all'art.106 co.1 lett .a) del D.Lgs.n.50/2016, è stato previsto l'adeguamento del corrispettivo in ragione della variazione dell'importo dei lavori, detratta una franchigia del 10%, e ferma restando l'applicazione del ribasso offerto in sede di gara.
- Al fine di stimare l'importo corretto per la realizzazione del nuovo ospedale di Andria e quindi un parametro economico unitario adeguato da considerare in sede di progettazione di fattibilità, parametro che necessariamente incide anche sul corrispettivo spettante al RTP, si è provveduto ad analizzare i quadri economici di alcuni dei più importanti ospedali in fase di progettazione ed esecuzione nell'ultimo triennio sul territorio nazionale (es.: l'Ospedale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari e altri), tenendo conto altresì della conoscenza diretta dell'attuale fase di sviluppo del progetto del nuovo Ospedale del Nord Barese (opera per la quale la stessa ASL BT è Stazione appaltante).
- In considerazione di tali analisi comparative si può ritenere che la stima unitaria dei costi per la struttura edilizia e le relative centrali tecnologiche possa ad oggi essere determinata moltiplicando l'area della struttura edilizia, per un **parametro pari a €/mq 2.800**.
- Ulteriore conferma della congruità di tale parametro emerge da un contributo di ricerca dal titolo: *"OSPEDALI Costi teorici di costruzione e di manutenzione"* - IRES Piemonte - del 2017 dal quale si estrae la tabella di seguito riportata, che evidenzia i costi unitari per la realizzazione della struttura edilizia ospedaliera, sommati a quelli delle centrali tecnologiche di un ospedale ad *alta intensità*; inoltre la suddetta tabella contempla un margine di

variabilità del 10% per tenere conto delle differenze determinate dall'impianto tipologico, dalla tipologia costruttiva e dai materiali di costruzione effettivamente utilizzati. Il costo unitario di riferimento, minimo e massimo per ogni livello di complessità considerato per l'ospedale viene determinato, con opportune approssimazioni, come di seguito:

**TABELLA 9 – COSTO UNITARIO MINIMO E MASSIMO PER LA REALIZZAZIONE OSPEDALIERA (SCATOLA EDILIZIA E NODI TECNOLOGICI)**

Complessità dell'ospedale	Costi unitari a metro quadro [€/m <sup>2</sup> ]			Costi unitari a posto letto [€/pl]		
	MINIMO	RIFERIMENTO	MASSIMO	MINIMO	RIFERIMENTO	MASSIMO
Alta	2.000	2.200	<b>2.500</b>	240.000	264.000	<b>300.000</b>
Media	1.900	2.100	2.400	228.000	252.000	288.000
Bassa	<b>1.800</b>	2.000	2.300	<b>216.000</b>	240.000	276.000

Il costo unitario della "scatola edilizia" e delle centrali tecnologiche risulta pertanto compreso fra 1.800 €/m<sup>2</sup> e 2.500 €/m<sup>2</sup>. Le specifiche organizzative, funzionali e del contesto di riferimento, anche rispetto ai tempi ed alla logistica della costruzione, permetteranno poi la puntuale definizione delle esigenze e dei requisiti da riscontrare con la realizzazione, incidendo sui costi delle opere.

Muovendo dal parametro di riferimento pari a 2.200 €/mq, riferito all'anno 2017, ed incrementandolo del 20% - ovvero l'incremento mediamente registrato nei nuovi prezzi dell'ultimo Bollettino regionale Puglia -, e considerato altresì l'aumento del costo dell'energia e delle materie prime, si ottiene l'importo di 2.640 €/mq. Considerato inoltre che successivamente all'affidamento dell'incarico in esame sono intervenute anche talune variazioni in materia di normativa energetica (Decreto Legislativo 199/2021 del 15/12/2021: disposizioni in materia di energia da fonti rinnovabili; normativa CAM: aggiornamento al Decreto del MITE 23/06/2022), variazioni che incidono per una percentuale compresa tra il 4% e l'8% sull'importo dei lavori, e quindi considerando un valore medio pari al 6%, si ottiene un parametro **P<sub>RIF</sub> = €/mq 2.800 €/mq**. Va infine considerato che il Piano clinico gestionale da ultimo approvato dalla Cabina di regia conferma una superficie della struttura edilizia ospedaliera e delle relative centrali tecnologiche pari a circa mq 60.000, così come indicato nel PFTE a suo tempo redatto e posto a base di gara. Quanto, invece, alle superfici esterne (parcheggi, strade, elisuperficie e aree a verde) il parametro unitario può ragionevolmente essere assunto pari a **P<sub>EST</sub> = €/mq 165**; la superficie complessiva delle aree esterne è pari a **S<sub>EST</sub> = mq 81.514**. Considerando, infine, anche gli oneri per la sicurezza, così come da contratto, risulta la seguente tabella:

Superficie Ospedale	A	60.000,00 mq
Costo unitario (P <sub>RIF</sub> )	B	2.800,00 €/mq
Costo realizzazione Ospedale	C	168.000.000,00 €
Superficie aree esterne	D	81.514 mq
Costo aree esterne (P <sub>EST</sub> )	E	165,00 €/mq
Costo realizzazione aree esterne	F	13.449.810,00 €
Totale lavori (C+F)	G	181.449.810,00 €
Costi per la sicurezza (3% su importo lavori – cfr. contratto) di cui € 5.008.014,76 per lavori involucro edilizio (92%) e € 435.479,54 per lavori aree esterne (8%)	H	5.443.494,30 €
Costo realizzazione Ospedale comprensivo della sicurezza	L	173.008.014,76 €

Costo realizzazione aree esterne comprensivo della sicurezza	M	13.885.289,54 €
<b>Totale importo lavori</b>		<b>186.893.304,30</b> €

➤ È stato infine redatto, e si riporta di seguito, il quadro economico generale di spesa che include anche gli importi relativi alle apparecchiature e agli arredi sanitari che valgono rispettivamente:

-Apparecchiature € 81.500.000,00.

-Arredi sanitari € 25.000.000,00.

➤ In considerazione dei calcoli sin qui svolti si riporta di seguito il quadro economico generale di spesa comprensivo, come già detto, anche dei costi relativi al dimensionamento tecnologico e agli arredi sanitari per il nuovo ospedale di Andria. L'importo complessivo dei lavori e delle somme a disposizione della stazione appaltante, necessari alla realizzazione del nuovo ospedale di Andria, è dunque pari a **€ 360.000.000,00**.

### 1.5.3 Quadro Economico

<b>A Lavori e oneri per la sicurezza (A)</b>			
A.1	Opere edili, strutture, impianti elettrici, meccanici, trasporti e aree esterne	181.449.810,00 €	
A.2	Oneri per la sicurezza su A1 (3%)	5.443.494,30 €	
A.3	Importo manodopera (art. 95, c. 10 e art. 23, c. 16 del d.lgs. 50/2016 - pari al 20% dell'importo lavori)	36.289.962,00 €	
<b>Totale Lavori e oneri per la sicurezza (A1+A2)</b>		<b>186.893.304,30 €</b>	<b>186.893.304,30 €</b>
<b>B.1 Spese tecniche</b>			
B.1.1	Spese tecniche per progettazione definitiva + coord. sicurezza progettazione definitiva (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	3.393.447,35 €	
B.1.2	Spese tecniche per progettazione esecutiva + coord. sicurezza progettazione esecutiva (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	1.275.742,50 €	
B.1.3	Spese tecniche per direzione lavori + coord. sicurezza in fase di esecuzione (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	3.550.160,19 €	
B.1.4	Collaudo tecnico amministrativo in corso d'opera (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	2.678.365,97 €	
B.1.5	Spese amministrative per gare (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	104.000,00 €	
B.1.6	Verifica finalizzata alla validazione del progetto definitivo e esecutivo (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	520.000,00 €	
<b>Totale Spese tecniche</b>		<b>11.521.716,01 €</b>	<b>11.521.716,01 €</b>
<b>B.2 Somme a disposizione</b>			
B.2.1	Spese generali amministrazione (gara, copie, pubblicità)	10.000,00 €	
B.2.2	Accantonamento per imprevisti, lavori in economia e adeguamenti dei prezzi	1.687.944,27 €	
B.2.3	Oneri di allacciamento ai pubblici servizi	1.000.000,00 €	
B.2.4	Spese per accertamenti e verifiche tecniche	50.000,00 €	
B.2.5	Acquisizione aree e immobili e pertinenti indennizzi (iva inclusa)	2.000.000,00 €	
B.2.6	Costi connessi con il procedimento di esproprio comprese imposte e contributi	50.000,00 €	
B.2.7	Incentivi art.113 D.Lgs 50/2016	1.868.933,04 €	
B.2.8	Spese per assicurazioni dei dipendenti e di carattere strumentale	6.500,00 €	
B.2.9	Spese per assicurazioni dei dipendenti	4.500,00 €	
B.2.10	Spese per opere artistiche	100.000,00 €	
B.2.11	Accantonamento per transazioni e accordi bonari (iva inclusa)	100.000,00 €	
B.2.12	Contributi ANAC	10.000,00 €	
B.2.13	Supporto al Rup (ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 50/2016)	130.000,00 €	
<b>Totale Somme a disposizione</b>		<b>7.017.877,31 €</b>	<b>7.017.877,31 €</b>
<b>B.3 Indagini</b>			
B.3.1	Spese per monitoraggi ambientali	50.000,00 €	
B.3.2	Spese per sorveglianza archeologica	0,00 €	
B.3.3	Spese per studio naturalistico, floro-faunistico ante operam (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	10.000,00 €	
B.3.4	Spese per l'aggiornamento dello studio del traffico ante operam (comprendente delle quote Inarcassa 4%)	10.000,00 €	
B.3.5	Opere correlate alle alberature esistenti	2.600.000,00 €	
B.3.6	Interferenze (IVA inclusa)	50.000,00 €	
<b>Totale Indagini</b>		<b>2.720.000,00 €</b>	<b>2.720.000,00 €</b>
<b>C Allestimento (C)</b>			
C.1	Apparecchiature e arredi sanitari	81.500.000,00 €	
C.2	Arredi non sanitari e segnaletica	25.000.000,00 €	
<b>Totale Allestimenti</b>		<b>106.500.000,00 €</b>	<b>106.500.000,00 €</b>
IVA 10% (A1+A2+B.2.2+B.2.10+B.3.4+B.3.5)		19.133.724,86 €	
IVA 22% (B.1.1+B.1.2+B.1.3+B.1.4+B.1.5+B.1.6+B.2.1+B.2.3+B.2.4+B.3.1+B.3.3+B.3.4+C.1+C.2)		26.213.377,52 €	
<b>Totale IVA</b>		<b>45.347.102,38 €</b>	<b>45.347.102,38 €</b>
<b>TO TALE Q E G</b>		<b>360.000.000,00 €</b>	<b>360.000.000,00 €</b>

### 1.5.4 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

## 1.6 Coerenza interna della strategia

### 1.6.1. Relazione e complementarità tra le priorità

Il presente programma di investimenti si compone di n. 2 interventi, n.1 di demolizione e Ricostruzione e l'altro di nuova realizzazione.

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. Tra 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.

### 1.6.2. 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 sensitività che saranno successivamente sviluppate in sede di valutazione della fattibilità e sostenibilità degli investimenti

Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
<p><b>S (Punti di Forza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Presenza di progetti già validati (PFTE nel caso dell'Ospedale di Andria, esecutivo nel caso del Monoblocco del Policlinico Riuniti di Foggia)</li> <li>✓ Autorizzazioni degli enti terzi già ottenuti</li> </ul>	<p><b>W (Punti di Debolezza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle aziende sanitarie già impegnata nella realizzazione di un nuovo Ospedale in Bisceglie</li> <li>▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.)</li> </ul>
<p><b>O (Opportunità)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> </ul>	<p><b>T (Rischi/Minacce)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vincoli di finanza pubblica che, anche attraverso reiterati blocchi del turn over, dovessero impedire un adeguamento delle piante organiche (non solo in termini quantitativi, ma soprattutto di distribuzione dei profili professionali) nei tempi richiesti dalle nuove attivazioni.</li> <li>▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</li> </ul>

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.

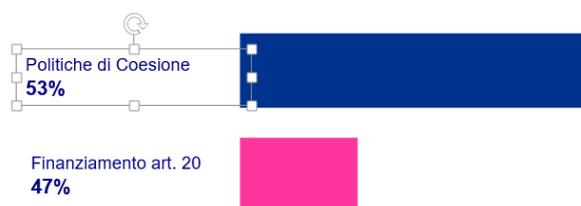
### 2.1.3. Coerenza con la programmazione regionale in tema di fondi strutturali

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.

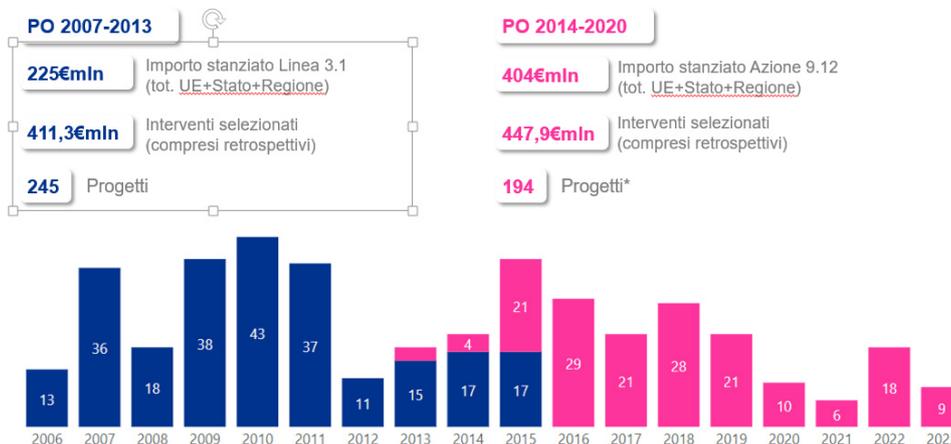
Oggi la Regione puglia utilizza per il finanziamento degli investimenti del SSR, il 53% delle risorse comunitarie e il 47% delle risorse derivante da art. 20 L. 67/88

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



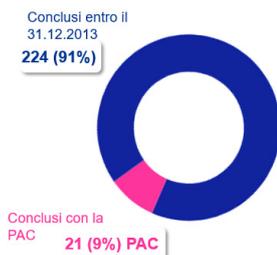
Le percentuali di realizzazione sono molto alte

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

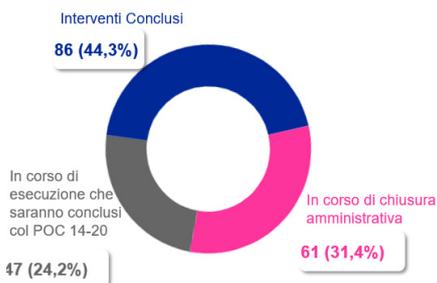


### Stato attuativo della programmazione 2007-2013

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 diseguaglianze 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 il piano di definizione del fabbisogno del personale di cui al citato comma 541, lettera b) dell'art 1 della legge 28/12/2015 n. 208 e trasmesso dalla Regione Puglia alle Amministrazioni centrali competenti.

### 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	<b>67,85</b>	<b>61,66</b>	<b>79,83</b>
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 inapproprietezza)  
*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.

È 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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia	
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Policlinico Riuniti di Foggia	
<b>1- Titolo Intervento</b>	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"	
<b>2 - Codice Intervento</b>	1	
<b>3 - Localizzazione</b>	Comune di Foggia	
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	64.000.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>		
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	60.800.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	3.200.000,00
c) Altro finanziamento		-
Totale (a+b+c)	€	64.000.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>		
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
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Demolizione e ricostruzione	
<b>8- Progetto esecutivo</b>	disponibile	

**Scheda di Sintesi Intervento 1**

art. 20 legge n. 67/1988  
Proposta di Accordo di Programma

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria		
<b>2 - Codice Intervento</b>	1		
<b>3 - Localizzazione</b>	Comune di Andria		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	360.000.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	342.000.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	18.000.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	360.000.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori in mesi	48		
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi	8		
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Demolizione e ricostruzione		
<b>8- Progetto disponibile</b>	PFTE validato		

## **Schede di Riferimento**

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica
<b>Obiettivi Generali</b>	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)
<b>Obiettivi Specifici</b>	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
<b>Obiettivi operativi</b>	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	
<b>Fattori Interni</b>	<b>S (Punti di Forza)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Presenza di progetti esecutivi già validati.</li> <li>✓ Autorizzazioni degli enti terzi già ottenuti</li> </ul>	<p><b>W (Punti di Debolezza)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi</li> <li>▪ Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.)</li> </ul>
	<b>O (Opportunità)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> </ul>	
	<b>Fattori Esterni</b>		<p><b>T (Rischi/Minacce)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vincoli di finanza pubblica che, anche attraverso reiterati blocchi del turn over, dovessero impedire un adeguamento delle piante organiche (non solo in termini quantitativi, ma soprattutto di distribuzione dei profili professionali) nei tempi richiesti dalle nuove attivazioni.</li> <li>▪ Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</li> </ul>

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"> <li>REGOLAMENTO REGIONALE 16 dicembre 2010, n. 18 e smi - "Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010.", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) n. 188 suppl. del 17-12-2010</li> <li>REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 36 - "Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.", pubblicato sul BURP n. 189 suppl. del 31-12-2012</li> <li>REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 38 - "Abrogazione Art. 1 del R.R. n. 15/2006 - Rideterminazione, rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata", pubblicato n. 189 suppl. del 31-12-2012</li> <li>REGOLAMENTO REGIONALE 4 giugno 2015, n. 14 - "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014/2016.", pubblicato sul BURP n. 78 del 05-06-2015</li> <li>DGR n. 161/2015 recante "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifiche e integrazione del R.R. n.14/2015"</li> <li>DGR n. 265/2016 recante "Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 "Regolamento Regionale:"Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015,n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015". Rettifica".</li> <li>DGR n. 1933/2016 recante "DM n. 70/2015 e legge di</li> </ul>	<p>Il Piano di Rientro prevede il riordino della rete ospedaliera regionale, con conseguenti ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.</p> <p>Il Piano Operativo, oltre a necessari accorpamenti di unità operative ed alla chiusura di stabilimenti ospedalieri sotto un determinato numero di posti letto, prevede la definizione di un piano pluriennale di investimenti a valere sui fondi comunitari (PO FESR), sui fondi nazionali (FSC e art. 20 l.n. 67/1988), integrati da fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area ionica (ospedale San Cataldo di Taranto) e di quattro nuovi ospedali in sostituzione di altri vetusti e poco accessibili al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli</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"> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 10 marzo 2017, n. 7 – “Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, pubblicato sul BURP n. 32 del 14-03-2017</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 19 febbraio 2018, n. 3 – “Approvazione - Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017”, pubblicato sul BURP n. 29 del 23-02-2018</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 23/2019 “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, approvato con DGR 1726 del 23/09/2019;</li> <li>• DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 ottobre 2019, n. 1854: Adozione del R. R.: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1726 del 23/09/2019. Rettifica errore materiale</li> <li>• 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</li> <li>• Regolamento Regionale 8/2024 “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020” (DGR n. 1384 del 03/10/2024). (Deliberazione di Giunta regionale n. 1384/2024)</li> </ul>	<p>ospedali.</p> <p>Con la deliberazione di Giunta regionale n. 1384/2024 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. Il numero dei posti letto per acuti tiene conto anche dei nuovi ospedali in corso di realizzazione. Resta inteso che i nuovi ospedali assorbiranno anche quota parte degli attuali posti letto attivi</p>
Piano di riordino della rete dell'emergenza-urgenza	<p>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</p>	<p>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.</p>
	<p>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”</p>	<p>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)</p>
	<p>DGR 583/2018 "studio preliminare relativo al riordino dei</p>	

	punti di primo intervento"	
	DGR 2130/2019 (postazioni transitorie invernali della BAT)	
	DGR 1083 del 27/07/2022 (riorganizzazione transitoria)	
Approvazione PNRR Regione Puglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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”;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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:</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> <li>• 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;</li> <li>• 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</li> </ul>	

	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	1	1	==	==	==	1
Demolizione e Ricostruzione	1	D	ND	ND	ND	1
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	0	ND	ND	ND	ND	0
<b>TOTALE (**)</b>	<b>2</b>	<b>ND</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Note:

(\*) con la lettera D si indicano i livelli di progettazione disponibili. Con ND si indicano i livelli 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
O1 Miglioramento della qualità e della Miglioramento della resistenza sismica	1	60.800.000,00	3.200.000,00	-	64.000.000,00	15,09%
O1 Verifica della conformità normativa	1	342.000.000,00	18.000.000,00	-	360.000.000,00	84,9
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>402.800.000,00</b>	<b>21.200.000,00</b>	<b>-</b>	<b>424.000.000,00</b>	<b>100,00%</b>

*Tabella B- 6. Fabbisogno Finanziario per obiettivi*

Categoria	Numero di interventi per categoria	Finanziamento statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul progr.
Ospedali (*)	2	402.800.000,00	21.200.000,00	-	<b>424.000.000,00</b>	100,00%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	0	==	==	==	==	==
Altro	0	==	==	==	==	==
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	<b>402.800.000,00</b>	<b>21.200.000,00</b>	<b>-</b>	<b>424.000.000,00</b>	<b>100,00%</b>

(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature e tecnologie per un totale di	€ 81.500.000,00	
(**) Sono ricompresi acquisti di arredi sanitari per un totale di	€ 9.050.000,00	-
		% di incidenza sul programma
<b>TOTALE TECNOLOGIE</b>	<b>€ 90.550.000,00</b>	<b>21,35%</b>

Tabella B- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio Finanziario	TOTALE	Stato (95%)	Regione (5%)	Note	Interventi interessati
A0	€ 21.200.000,00		€ 21.200.000,00	La Regione eroga il 5% per intervento 1+2	2
A0 +1	€ 20.140.000,00	€ 20.140.000,00		Ad avvio lavori la Regione eroga il 5%	2
A0 +2	€ 120.840.000,00	€ 120.840.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	2
A0 +3	€ 120.840.000,00	€ 120.840.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	2
A0 +4	€ 60.840.000,00	€ 60.840.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	2
A0 +5	€ 80.140.000,00	€ 80.140.000,00		Erogazioni statali sulla base dei SAL	2
	<b>424.000.000</b>	<b>€ 402.800.000,00</b>	<b>€ 21.200.000,00</b>		

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

Programma	Percentuale di avanzamento finanziario	Note
Accordo di programma 2004	87%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2007	76%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2020	0%	Decreto interministeriale di revoca del 6 giugno 2024 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 164 del 15 luglio 2024
Accordo di programma 2023	80%	Nessuna criticità particolare
Accordo di Programma 2024	0%	Accordo sottoscritto da agosto, decreto di

		ammissione a finanziamento ottenuto in data 23.12.2024
--	--	--

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	
<b>Obiettivi Generali</b>	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)
<b>Obiettivi Specifici</b>	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
<b>Obiettivi operativi</b>	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	1					
b) Ristrutturazione	1	60.800.000,00	3.200.000,00		64.000.000,00	100%
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	0			-	-	-
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>67.450.000,00</b>	<b>3.550.000,00</b>		<b>71.000.000,00</b>	<b>100,00%</b>

Tabella B- 11. Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento

	<i>Dato Regionale</i>	<i>Dato Nazionale (o standard di riferimento)</i>	<i>Note</i>
<i>Numero di posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	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*