



*Ministero della Salute*

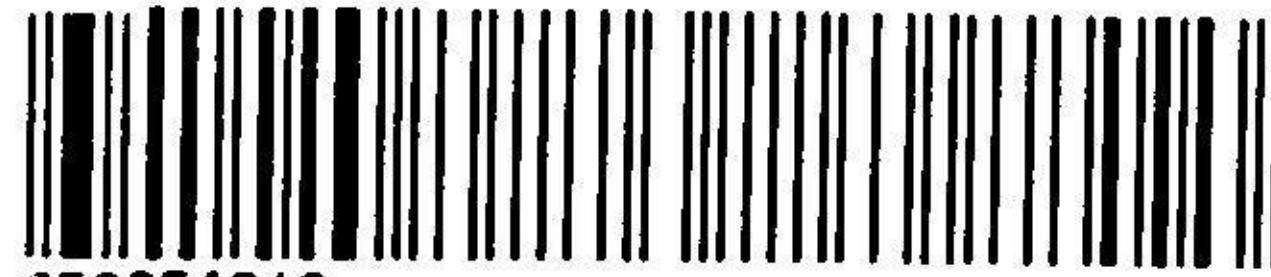
UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0008594-P-14/06/2024

I.6.a.h/2023/0



658954016

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento  
della Segreteria della Conferenza  
permanente per i rapporti tra lo Stato, le  
Regioni e le Province autonome di Trento e  
Bolzano

*e, p.c.*

Al Direttore della ex Direzione generale  
della programmazione sanitaria

**OGGETTO: Programma investimenti ex art. 20 della legge n. 67 del 1988 – Proposta  
Accordo di programma II stralcio per n. 16 interventi con la Regione Puglia,  
ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. n. 502/92, come introdotto dal d.lgs. n.  
229/1999**

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto per l'inserimento all'ordine del  
giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Si rappresenta che sul provvedimento è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero  
dell'economia e delle finanze in data 30 maggio 2024.

IL CAPO DI GABINETTO  
*Dott. Marco Mattei*



*Ministero della Salute*

**EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**MINISTERO DELLA SALUTE  
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE  
E  
REGIONE PUGLIA**

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988**

**ARTICOLATO CONTRATTUALE**

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

**PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88**

**VISTO** l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 34 miliardi di euro;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

**VISTO** l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

**VISTA** la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto-legge del 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti;

**VISTI** con riferimento agli stanziamenti di risorse nel bilancio statale, la tabella F delle leggi finanziarie n. 488/1999, n. 388/2000, n. 448/2001, n. 289/2002, n. 350/2003, n. 311/2004, n. 266/2005, n. 296/2006, n. 244/2007, n. 203/2008, n. 191/2009; la tabella E della legge n. 220 del 2010 (stabilità 2011); la tabella E della legge n. 183 del 2011 (stabilità 2012); la legge n. 228 del 2012 (stabilità 2013); la legge n. 147 del 2013; la legge n. 190 del 2014; la legge n. 208 del 2015; la legge n. 232 del 2016; la legge n. 205 del 2017 (bilancio 2018); la legge n. 145 del 2018 (bilancio 2019); la legge n. 160 del 2019 (bilancio 2020); la legge n. 178 del 2020 (bilancio 2021); la legge n. 234 del 2021 (bilancio 2022); la legge n. 197 del 2022 (bilancio 2023) la legge 30 dicembre 2023 n. 213;

**VISTA** la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

**VISTO** il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

**VISTA** legge 23 dicembre 1996, n. 662;

**VISTA** la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

**VISTA** la legge 15 maggio 1997, n. 127;

**VISTO** il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

**VISTO** il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78 recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;

**VISTA** la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 “Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio”, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale n.169 del 22 luglio 1998;

**VISTA** la circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

**VISTA** la legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

**VISTO** 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” a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

**VISTA** la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell’8 febbraio 2006, avente per oggetto “Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)”;

**VISTO** l’articolo 1, comma 436, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020”, che modifica l’articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

**VISTO** l’Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 27 maggio 2004 dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTO** l’Accordo di programma stralcio per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 26 luglio 2007 dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTO** l’Accordo di programma stralcio per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 18 novembre 2020 dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTO** l’Accordo di programma stralcio per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 22 giugno 2023 dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

**VISTA** la delibera CIPE del 18 dicembre 2008 n. 98 (legge finanziaria 2007) di riparto delle risorse finanziarie per il programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Puglia € 186.749.661,09;

**VISTA** la delibera CIPE del 18 dicembre 2008 n. 97 (legge finanziaria 2008) di riparto delle risorse finanziarie per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Puglia € 221.063.542,96;

**VISTA** la delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145 e delle risorse residue della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Puglia € 270.259.132,05;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2010-2012;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2014-2016;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2019-2021;

**VISTO** il Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70 recante “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*”;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta Regionale n. 762 del 26/5/2022 recante “*Accordo di programma ex art. 20 l.n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR. Approvazione proposta regionale di programma di investimenti aggiornata*”;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta Regionale n. 987 del 17/07/2023 recante “*Modifica DGR 762/2022. Accordo di programma ex art. 20 della l.n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR. Approvazione proposta regionale di programma di investimenti aggiornata*”;

**PRESO ATTO** che nel presente Accordo una quota pari al 33% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall’art. 10 dell’Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all’attuazione dell’art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

**VISTO** lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

**ACQUISITO** il parere tecnico favorevole parere tecnico con prescrizioni e raccomandazioni n. 22 del 28 novembre 2023 del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute, sulla proposta di Accordo di programma stralcio;

**VISTO** l'articolo 1, comma 13 del decreto-legge 2 marzo 2024 n. 19 avente ad oggetto “*Ulteriori disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*” che prevede che le risorse riguardanti gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato “*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*” già finanziati a carico del Fondo complementare al PNRR, sono posti a carico del finanziamento di cui all’articolo 20 legge n. 67/1988 per una spesa pari a € 114.211.325,39;

**DATO ATTO** che il Documento programmatico formulato di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Puglia definisce gli interventi da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

**ACQUISITA** l’Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data \_\_\_\_\_ (Rep. Atti n. xx/CSR);

**Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, e la Regione Puglia**

## **STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO**

### **Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)**

1. Il presente Accordo di programma è finalizzato alla realizzazione di 16 interventi al fine di migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero.  
Gli obiettivi sono:
  - Completamento e riqualificazione di ospedali di I e II livello tecnologicamente all’avanguardia
  - Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti
  - Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015
  - Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri.
2. L’Accordo è costituito da n. 16 interventi facenti parte del programma della Regione Puglia per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
  - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell’intervento;
  - b) i contenuti progettuali;
  - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all’avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell’impegno finanziario di ciascun soggetto;
  - d) le procedure e i tempi di attuazione dell’intervento;
  - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
  - f) il responsabile dell’intervento.

### **Articolo 2 (Impegno dei soggetti sottoscrittori dell’Accordo di programma)**

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:
  - per il Ministero della Salute: *Prof. Americo Cicchetti*, Direttore Generale della ex Direzione generale della programmazione sanitaria,
  - per il Ministero della Economia e delle Finanze: *dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce*, Ispettore Generale Capo dell’Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.
  - per la Regione Puglia: *dott. Vito Montanaro*, Direttore Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale
2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

### **Articolo 3** **(Copertura finanziaria degli interventi)**

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 205.612.455,64 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 195.331.832,86 a carico dello Stato, € 10.280.622,78 a carico della Regione. Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

<i>PIANO FINANZIARIO</i>		
Importo a carico dello Stato 95%	Importo a carico della Regione 5%	Totale
195.331.832,86	10.280.622,78	205.612.455,64

2. L'importo complessivo a carico dello Stato pari a € 195.331.832,86, deriva dalle seguenti risorse:
  - € 39.023.674,61 quota residua delle risorse di cui alla delibera CIPE n. 97/2008;
  - € 80.180.046,55 quota residua delle risorse di cui alla delibera CIPE n. 51/2019;
  - € 76.128.111,70 quota parte delle risorse di cui all'art. 1 comma 442 e 443 L. n. 178 del 30/12/2020 (Legge di bilancio 2021)
3. Le risorse residue assegnate dall'art. 1, commi 442 e 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, al netto delle risorse ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 19 dicembre 2022 (Riparto PANFLU), in attuazione dell'articolo 1, comma 266, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e assegnate dall'art. 1, comma 263 della legge 30.12.2021, n. 234, successivamente ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 20 luglio 2022, saranno utilizzate dalla Regione Puglia per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma integrativi, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, iscriverà a bilancio, nel rispetto dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

### **Articolo 4** **(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)**

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

**Articolo 5**  
***(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)***

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra il 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" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma la Regione Puglia inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

**Articolo 6**  
***(Procedure per l'istruttoria)***

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione Puglia, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
  - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
  - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Puglia o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

**Articolo 7**  
***(Indicatori)***

1. La Regione Puglia ha richiamato nell'allegato documento programmatico un sistema di indicatori finalizzato a rappresentare il Programma nella sua complessiva compiutezza: dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, alla fase realizzativa degli interventi stessi, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.
2. La Regione Puglia ha individuato come strumenti di valutazione degli interventi previsti nel presente Accordo, indicatori per il monitoraggio ed indicatori di efficacia ed efficienza.

**Articolo 8**  
***(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)***

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Puglia.



2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della Salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione Puglia al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

**Articolo 9**  
***(Soggetto responsabile dell'Accordo)***

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il Direttore pro tempore del Dipartimento della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
  - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
  - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
  - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
  - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
  - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

**Articolo 10**  
***(Soggetto responsabile dell'intervento)***

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:
  - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
  - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
  - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

**Articolo 11**

***(Disposizioni generali)***

1. Il presente Accordo di programma è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: *Prof. Americo Cicchetti*

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: *Angela Stefania Lorella Adduce*

La Regione Puglia: *Vito Montanaro*



ANNA  
LOBOSCO  
18.07.2023  
10:55:41  
UTC



MICHELE  
EMILIANO  
18.07.2023  
13:59:02  
UTC



# R E G I O N E P U G L I A

Deliberazione della Giunta Regionale

N. **987** del 17/07/2023 del Registro delle Deliberazioni

**Codice CIFRA: SIS/DEL/2023/00013**

**OGGETTO: Modifica DGR n. 762/2022. “Accordo di Programma ex art. 20 della l.n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR”. Approvazione proposta regionale di programma di investimenti aggiornata.**

**L'anno 2023 addì 17 del mese di Luglio, si è tenuta la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:**

<b>Sono presenti:</b>	<b>Sono assenti:</b>
<b>Presidente Michele Emiliano</b>	<b>Assessore Gianfranco Lopane</b>
<b>V.Presidente Raffaele Piemontese</b>	
<b>Assessore Rosa Barone</b>	
<b>Assessore Alessandro Delli Noci</b>	
<b>Assessore Sebastiano G. Leo</b>	
<b>Assessore Anna G. Maraschio</b>	
<b>Assessore Anna Maurodinoia</b>	
<b>Assessore Rocco Palese</b>	
<b>Assessore Donato Pentassuglia</b>	
<b>Assessore Giovanni F. Stea</b>	

**Assiste alla seduta: la Segretaria Generale Dott.ssa Anna Lobosco**



# REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL  
BENESSERE ANIMALE

SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE  
SANITARIE

---

## PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

---

**Codice CIFRA: SIS/DEL/2023/00013**

**OGGETTO: Modifica DGR n. 762/2022. "Accordo di Programma ex art. 20 della l.n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR". Approvazione proposta regionale di programma di investimenti aggiornata.**

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19 e al Benessere Animale, sulla base dell'istruttoria espletata dalla PO "Investimenti in conto capitale del SSR" della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie così come confermata dalla Dirigente di Sezione e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, riferisce quanto segue.

**Premesso che:**

- con l'art. 20 della legge 67 del 1988 è stato avviato un piano pluriennale di investimenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria mediante l'attivazione di vari programmi finalizzati all'edilizia sanitaria ed all'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie;
- le risorse assegnate alla Puglia per accordi di programma a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988 hanno consentito alla Regione di sottoscrivere fino ad oggi 4 Accordi di Programma con il Ministero della Salute:
  - Accordo sottoscritto in data 27/05/2004, con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 238.918.739,91 (successivamente ridotti a € 224.006.614,91 a seguito di revoca parziale) – "l'accordo di programma, stralcio 2004"
  - Accordo integrativo sottoscritto in data 26/07/2007 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 416.223.310,00 - "l'accordo integrativo di programma, stralcio 2007"
  - Accordo integrativo sottoscritto in data 18/11/2020 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 318.440.000,00 – "Il Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020"
  - Accordo integrativo sottoscritto in data 22/06/2023 con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 282.625.000,00 – "Il Accordo integrativo di Programma, 3° stralcio, 2022" (relativo agli interventi: "Nuovo Ospedale del Nord Barese" e "Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo")
- le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli Accordi di programma ex art. 5 bis del d.lgs. 502/1992, sono disciplinate nell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, a cui si rimanda per una trattazione più completa della materia;
- detto Accordo è stato successivamente integrato con l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la *"Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità"*;
- secondo quanto previsto dal paragrafo 1.3 dell'Allegato "A" al suddetto Accordo Stato-Regioni del 28/2/2008 *"per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Le schede tecniche vengono, inoltre, trasmesse anche utilizzando il sistema "Osservatorio". Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine*

*di acquisire la prevista intesa. (...) A completamento dell'iter e dopo l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della salute e il soggetto interessato sottoscrivono il Protocollo di intesa";*

**Dato atto che:**

- con DGR n. 762 del 26/05/2022 è stato approvato il Documento programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia "Interventi per il II Accordo Integrativo 2° stralcio ex art. 20 L. n. 67/1988" versione maggio 2022,
- in particolare sono stati approvati:
  - un documento programmatico complessivo riguardante 18 interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale;
  - l'elenco dei 17 interventi prioritari che avevano raggiunto un idoneo livello di progettazione (2 relativi al completamento del nuovo ospedale Monopoli - Fasano, 15 relativi al potenziamento di ospedali esistenti di I e II livello), per i quali si proponeva la sottoscrizione del secondo accordo stralcio (dopo il primo del 2020), rimandando ad un successivo terzo stralcio il diciottesimo intervento (realizzazione del Nuovo Ospedale del Nord Barese), la cui documentazione progettuale era, alla data di approvazione della citata deliberazione, in fase di predisposizione;
- la suddetta proposta di accordo di programma stralcio, relativa ai 17 interventi, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a € 153.235.000,00, è stata trasmessa al Ministero unitamente agli studi di fattibilità con nota prot. AOO\_081/PROT/24/06/2022/0001348 per essere sottoposta all'esame del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti, che ad oggi non ha ancora espresso parere;
- successivamente, con DGR n. 1243 del 06/09/2022, è stata approvata una ulteriore proposta di programma di investimenti (3° stralcio) da finanziarsi con le risorse residue art. 20 l.67/88, per un importo a carico dello Stato pari a euro 282.625.000,00, che prevede due interventi: "Completamento Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto" e "Nuovo Ospedale del Nord Barese";
- quest'ultima proposta, unitamente agli studi di fattibilità dei due interventi, è stata inviata al Ministero con nota prot. AOO\_005/PROT/07/09/2022/0005946 ed è stata già valutata positivamente dal Nucleo con parere n. 7 del 23/02/2023. Il relativo Accordo di Programma (3° stralcio, 2022) è stato sottoscritto in data 22/06/2023 ed è attualmente in corso di registrazione;

**Considerato che:**

- tra i n. 17 interventi previsti nel documento approvato con DGR n. 762/2022 rientrano n. 2 progetti per completare la realizzazione del Nuovo Ospedale Monopoli Fasano;
- per la realizzazione del nuovo ospedale di Monopoli – Fasano sono state stanziare le seguenti risorse

FONTE	IMPORTO
Accordo Programma Quadro - APQ Benessere e Salute CIPE 92/2012 FSC 2007/2013	€ 80.000.000,00
FESR 2014-2020	€ 16.000.000,00
Fondo sanitario Regionale (FSR)	€ 18.300.000,00

- sono esclusi da tali finanziamenti (e dall'appalto principale) gli oneri per arredi ed attrezzature, segnaletica, allestimento e finitura di aree e locali da completare in

funzione della fornitura e installazione delle attrezzature; per tali forniture e lavorazioni sono stati presentati dalla ASL Bari studi di fattibilità per l'ammontare complessivo di € 30.000.000,00, rientranti nella proposta di accordo di programma ex art. 20 approvata con DGR 762 del 26/05/2022 così articolati:

- € 5.000.000,00 per l'intervento 1: *Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari*
  - € 25.000.000,00 per l'intervento 2: *Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature*
- a causa di variazioni *medio tempore* intercorse sui prezzi e sul quadro esigenziale, la ASL BA, stazione appaltante, ha rappresentato la necessità di incrementare il finanziamento per il progetto di completamento ad € 84.500,000,00, come da Quadro Economico dello Studio di Fattibilità approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 886 del 4/5/2023 e trasmesso con nota prot. n° 60945 del 04/05/2023;
  - analogamente sono stati trasmessi dalla ASL BA, con nota prot. 73309 del 01/06/2023 gli studi di fattibilità degli interventi 3 (S. Paolo) e 4 (Di Venere) della proposta di accordo di programma ex art. 20 approvata con DGR 762 del 26/05/2022 aggiornati con variazione (in diminuzione) dei rispettivi Quadri Economici, così come approvati con Deliberazione del Direttore Generale n. 1121 del 30/05/2023;

#### **Rilevato che:**

- il Nucleo di Verifica e Valutazione degli Investimenti del Ministero non ha ancora espresso parere sulla proposta di accordo di programma approvata con DGR 762 del 26/05/2022, che pertanto può essere ripresentata con modifiche previa riapprovazione con atto regionale;
- i lavori per la realizzazione del nuovo ospedale Monopoli – Fasano sono in fase avanzata di esecuzione e si rende improcrastinabile garantire le risorse per il completamento e la successiva attivazione del presidio ospedaliero;
- è interesse strategico assicurare la copertura finanziaria per garantirne il completamento e il funzionamento;
- sino 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, è pari a € 1.241.294.925,00, pertanto risultano ancora utilizzabili € 588.862.090,14;
- il Documento Programmatico relativo alla proposta di programma di investimenti approvata con DGR n. 762 del 26/05/2022 è stato aggiornato alla luce di quanto sopra e prevede un importo a carico dello Stato pari a € 195.331.832,86 (corrispondente al 95% dell'importo complessivo) e un importo a carico della Regione di € 10.280.622,78 (corrispondente al 5% dell'importo complessivo);
- la quota del cofinanziamento regionale del 5% sarà assicurata dopo l'acquisizione del parere positivo ministeriale sulla proposta di programma aggiornata;

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

- approvare la "Proposta di programma di investimenti contenente gli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988", "Allegato A"

alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, modificata rispetto a quella approvata con DGR 762/2022;

- approvare il *Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo – MODIFICA 2° STRALCIO*, “Allegato B” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, modificato (versione giugno 2023) rispetto al “*Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo –2° STRALCIO*” approvato con DGR n.762/2022.

#### Garanzie di riservatezza

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

VALUTAZIONE DI IMPATTO DI GENERE
La presente deliberazione è stata sottoposta alla valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR 302/22. L’impatto di genere stimato è: <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/> indiretto <input checked="" type="checkbox"/> neutro

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

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

L’Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19 e al Benessere Animale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale ai sensi dell’art.4, comma 4, lett. d) della Legge regionale n.7/1997:

1. di **approvare** le modifiche alla proposta di programma di investimenti approvata con DGR n.762/2022.
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, modificata rispetto a quella approvata con DGR 762/2022.
3. Di **approvare** il “*Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo – MODIFICA 2° STRALCIO*”, “Allegato B” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, modificato (versione giugno 2023) rispetto al “*Documento Programmatico degli investimenti in*



sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo –2° STRALCIO” approvato con DGR n.762/2022.

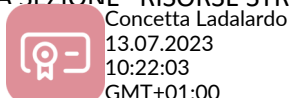
4. Di **notificare** il presente provvedimento a cura della Direzione del Dipartimento Salute alla Direzione del Dipartimento Bilancio, Affari Generali ed Infrastrutture ed alla Sezione Bilancio e Ragioneria per la verifica delle somme destinabili ad assicurare il 5% del cofinanziamento regionale.
5. 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 di detto 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 e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell’adozione dell’atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

LA RESPONSABILE P  
Giuditta D’Amico



LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE “RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE”:  
Concetta Ladalardo



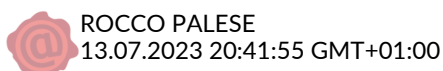
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO “PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE”:

Vito Montanaro



L’ASSESSORE ALLA SANITÀ, BENESSERE ANIMALE, CONTROLLI INTERNI, CONTROLLI CONNESSI ALLA GESTIONE EMERGENZA COVID-19:

Rocco Palese



**Parere di Regolarità Contabile della Sezione Bilancio e Ragioneria**

## LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore alla sanità, benessere animale, controlli interni, controlli connessi alla gestione emergenza covid-19;
- viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

## DELIBERA

1. Di **approvare** le modifiche alla proposta di programma di investimenti approvata con DGR n.762/2022.
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, modificata rispetto a quella approvata con DGR 762/2022.
3. Di **approvare** il "Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo – MODIFICA 2° STRALCIO", "Allegato B" al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, modificato (versione giugno 2023) rispetto al "Documento Programmatico degli investimenti in sanità per la Puglia - Interventi per il II accordo integrativo –2° STRALCIO" approvato con DGR n.762/2022.
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 di detto 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	Il Presidente della Giunta
-------------------------------------	----------------------------

**Codice CIFRA: SIS/DEL/2023/000013**

**Allegato "A"**

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

<b>Codice</b>	<b>Intervento</b>	<b>Importo complessivo €</b>	<b>Quota Stato (95%) €</b>	<b>Quota Regione (min. 5%) €</b>
1+2	Completamento del Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	84.500.000,00	80.275.000,00	4.225.000,00
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	6.178.637,84	5.869.705,95	308.931,89
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	6.833.817,80	6.492.126,91	341.690,89
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00
7	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00
8	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00
9	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00
13	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00
14	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>205.612.455,64</b>	<b>195.331.832,86</b>	<b>10.280.622,78</b>



**Allegato B**

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

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

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

**VERSIONE  
GIUGNO 2023**

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

<b>Versione</b>	<b>Data</b>	<b>Note</b>
1.0	Maggio 2022	Versione iniziale
2.0	Giugno 2023	Versione aggiornata (modificati interventi 1-2-3-4)

## **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)

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

# Sommario

<b>0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA</b>	<b>7</b>
<b>0.1 PREMESSA</b>	<b>7</b>
<b>0.2 LO STATO DI ATTUAZIONE DEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L.N. 67/1988</b>	<b>7</b>
<b>0.3 SINTESI DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI</b>	<b>8</b>
<b>0.4 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI</b>	<b>11</b>
<b>1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO</b>	<b>11</b>
1.1.1. PROFILO DEMOGRAFICO E SOCIOECONOMICO	11
1.1.2. STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	20
1.1.2.1. Mortalità ed ospedalizzazione	20
1.1.2.2. Malattie Croniche	26
1.1.2.3. Tumori	29
1.1.3. QUADRO NORMATIVO	30
1.1.4. ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	31
1.1.5. QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	33
<b>1.2 LA STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI</b>	<b>34</b>
1.2.1. CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	34
1.2.2. OFFERTA ANTE OPERAM	34
<b>2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA</b>	<b>39</b>
<b>2.1 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI</b>	<b>39</b>
2.1.1. ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ	40
2.1.2. LA CATENA DEGLI OBIETTIVI	40
<b>2.2 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI</b>	<b>42</b>
2.2.1. GLI INTERVENTI COMPLEMENTARI DEL NUOVO OSPEDALE DI MONOPOLI – FASANO (CODICE INTERVENTO: 1+2)	43
2.2.2. GLI INTERVENTI PRIORITARI DI ADEGUAMENTO ED AMPLIAMENTO FUNZIONALE E TECNOLOGICO DEGLI OSPEDALI ESISTENTI DI I E II LIVELLO	50
2.2.2.1. Ospedale San Paolo di Bari (Codice intervento: 3)	52
2.2.2.2. Ospedale “Di Venere” di Bari (Codice intervento: 4)	54
2.2.2.3. Ospedale “Perrino” di Brindisi (Codice intervento: 5)	57
2.2.2.4. Ospedale di Francavilla Fontana (Codice intervento: 6)	59
2.2.2.5. Ospedale “Dimiccoli” di Barletta (Codice intervento: 7)	61
2.2.2.6. Ospedale di Castellaneta (Codice intervento: 8)	62
2.2.2.7. Azienda Ospedaliero Universitaria “Policlinico di Bari – Giovanni XXIII” (Codici intervento: 9 – 10 – 11 – 12 – 13 - 14)	63
2.2.2.8. Ospedale di Cerignola (Codice intervento: 15)	68
2.2.2.9. Ospedale di San Severo (Codice intervento: 16)	70
2.2.1.1 Ospedale di Gallipoli (Codice intervento: 17)	72
2.2.3. L’OFFERTA POST-OPERAM	74
<b>2.3 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA</b>	<b>75</b>
2.3.1. RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ	75
2.3.2. ANALISI DEI RISCHI	75



<b>3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE</b>	<b>78</b>
<b>3.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE</b>	<b>78</b>
3.1.1. COERENZA CON IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	78
3.1.2. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (PIANO DI RIENTRO E PIANO OPERATIVO)	79
3.1.3. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI	82
<b>3.2 SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI</b>	<b>83</b>
3.2.1. FATTIBILITÀ TECNICA	84
3.2.2. SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	84
3.2.3. SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE	84
3.2.4. SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE	84
3.2.5. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	85
<b>4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI</b>	<b>89</b>
<b>4.1 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI</b>	<b>89</b>
4.1.1. INDICATORI DI CONTESTO	89
4.1.2. INDICATORI DI PROGRAMMA	91
4.1.3. INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	92
<b>4.2 VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI</b>	<b>93</b>
4.2.1. ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA	93
4.2.2. VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	93
<b>5. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO</b>	<b>95</b>
<b>5.1 PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA</b>	<b>95</b>
5.1.1. VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	97
<b>5.2 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA</b>	<b>97</b>
Bibliografia e link utili	98
<b>SCHEDE DI SINTESI DEGLI INTERVENTI</b>	<b>99</b>
<b>SCHEDE DI RIFERIMENTO</b>	<b>116</b>

### Allegati

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

## 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 3 accordi di programma con il Ministero della Salute:

- Accordo sottoscritto in data 27/05/2004, con finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 238.918.739,91 – “I accordo di programma, stralcio 2004”
- 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.”
- 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”
- 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' stata inoltre presentata al Ministero un'ulteriore proposta di accordo stralcio, approvata con DGR n. 762 del 26/05/2022, che comprende 17 interventi per un importo complessivo a carico dello Stato pari a € 153.235.000,00, trasmessa al Ministero unitamente agli studi di fattibilità con nota prot. AOO\_081/PROT/24/06/2022/0001348 e ad oggi non ancora valutata dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti.

Il presente *Documento Programmatico* (DP) ha lo scopo di aggiornare, alla luce delle mutate esigenze, tale proposta approvata con DGR n. 762 del 26/05/2022. Nello specifico rispetto al precedente documento si accorpano gli interventi 1 e 2 in un unico intervento (1+2) di importo maggiore e si aggiornano gli interventi 3 e 4, mentre i restanti interventi da 5 a 17 si ripropongono tal quali, anche con riferimento alla numerazione.

Si riporta di seguito un quadro di raffronto degli interventi interessati dalla modifica:

Proposta di programma stralcio DGR 762/2022					Proposta di programma del presente documento programmatico				
Codice	Intervento	Importo complessivo €	Quota Stato (95%) €	Quota Regione (min. 5%) €	Codice	Intervento	Importo complessivo €	Quota Stato (95%) €	Quota Regione (min. 5%) €
1	Completamento dell'ospedale di “Monopoli-Fasano” - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	1+2	Completamento del Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	84.500.000,00	80.275.000,00	4.225.000,00
2	Completamento dell'ospedale di “Monopoli-Fasano” - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00					
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	6.178.637,84	5.869.705,95	308.931,89
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	6.833.817,80	6.492.126,91	341.690,89

### 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 (punti a e b del paragrafo 0.1).

Per quanto riguarda l'Accordo di Programma stralcio sottoscritto nel 2020 (punto c del paragrafo 0.1), esso si articola nei seguenti interventi per un ammontare complessivo di € 335.200.000,00 (di cui € 318.440.000,00 a carico dello Stato):

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

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

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

Per i suddetti quattro interventi non è ancora stata presentata istanza di ammissione a finanziamento; alla luce delle mutate esigenze anche in termini di risorse economiche necessarie, emerse in corso di redazione dei progetti, si prevede di proporre una modifica all'Accordo stesso.

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.

E' imminente la presentazione di istanza per l'ammissione a finanziamento dell'intervento a) "Completamento del Nuovo Ospedale di San Cataldo".

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

### **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.

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

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

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

### **COERENZA INTERNA ED ESTERNA**

Il suddetto piano di investimenti trova la sua **coerenza interna** quale naturale completamento della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e della rete della emergenza-urgenza nel quadro più ampio del Piano Operativo 2016/2018 per la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale adottato in continuità con il precedente Piano di Rientro 2010/2012 ed il Piano Operativo 2013/2015.

La nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, definita dal RR 7/2017 così come modificato dal RR 3/2018, confermata con il RR 23/2019 e il RR 14/2020, prevede in prima applicazione 5 ospedali di II livello (tra cui due Aziende Ospedaliere Universitarie), 17 ospedali di I livello e 10 ospedali di base, oltre a due IRCCS pubblici, due IRCCS privati accreditati e 25 case di cura private accreditate.

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

Il nuovo Ospedale di Andria e quello del Sud Salento, come già evidenziato, sono ricompresi nel "II Accordo integrativo di Programma, stralcio 2020" sottoscritto il 18/11/2020. Il nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto, i cui lavori sono finanziati con risorse FSC 2007-2013 e risorse regionali, sarà attrezzato dal punto di vista tecnologico con le risorse ex art. 20 di cui all'Accordo di programma stralcio 2022 in fase di sottoscrizione, di cui si è detto; il nuovo ospedale del Sud-est Barese (Monopoli – Fasano, anch'esso realizzato con risorse 2007-2013, risorse FESR 2014-2020 e risorse del fondo sanitario regionale, sarà completato con le risorse di cui al presente Documento Programmatico.

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

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

**Tabella 0.1 Quadro finanziario aggregato del documento programmatico**

<b>Codice</b>	<b>Intervento</b>	<b>Importo complessivo €</b>	<b>Quota Stato (95%) €</b>	<b>Quota Regione (min. 5%) €</b>
1+2	Completamento del Nuovo Ospedale Monopoli-Fasano	84.500.000,00	80.275.000,00	4.225.000,00
3	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	6.178.637,84	5.869.705,95	308.931,89
4	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	6.833.817,80	6.492.126,91	341.690,89
5	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00
6	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00
7	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00

8	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00
9	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00
10	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari	7.400.000,00	7.030.000,00	370.000,00
11	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00
12	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari	6.500.000,00	6.175.000,00	325.000,00
13	Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00
14	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00
15	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00
16	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>205.612.455,64</b>	<b>195.331.832,86</b>	<b>10.280.622,78</b>

## 0.4 Struttura del documento e metodologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.1.1. Profilo demografico e socioeconomico

Nel 2020 sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 42% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,2% della popolazione vive in piccoli Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; sono, infatti, molto estese in termini di superficie ma poco in termini demografici le zone rurali, concentrate prevalentemente in provincia di Foggia (con il sub-appennino Dauno e il Gargano) e in provincia di Lecce con l'entroterra salentino. Infine, il 39 % della popolazione pugliese, cioè circa 1.542.734 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

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

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

**Tabella 1.1 Popolazione e suddivisione amministrativa (2020)**

Territorio	Numero di Comuni	Totale popolazione	Superficie (Km <sup>2</sup> )
Bari	41	1.230.205	3.862

Bat	10	384.801	1.542
Brindisi	20	385.235	1.861
Foggia	61	606.904	7.007
Lecce	96	782.165	2.798
Taranto	29	563.995	2.467
<b>Totale Regione</b>	<b>257</b>	<b>3.953.305</b>	<b>19.540</b>

Fonte: Istat

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

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

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

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

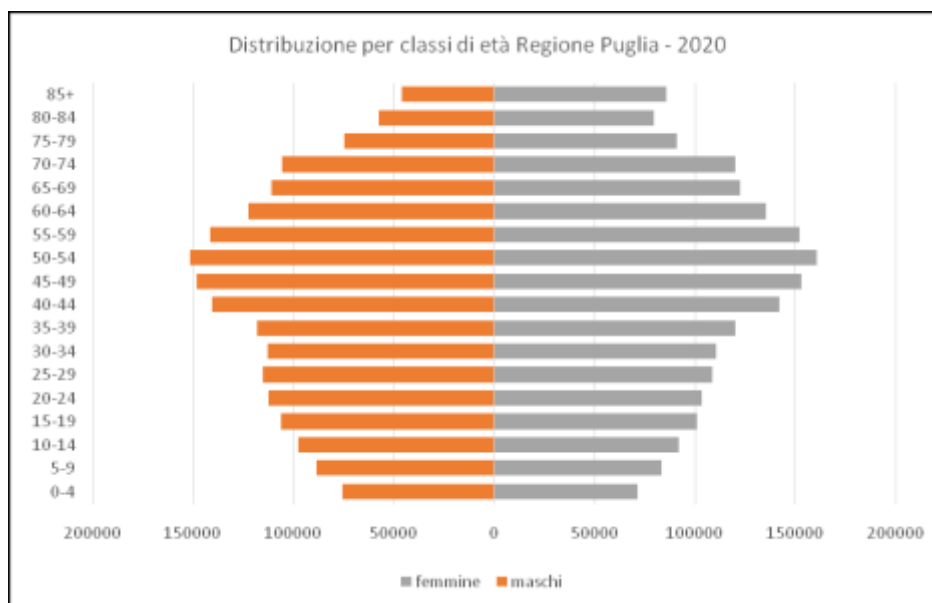
Classi di età (valori assoluti)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	27.678	196.754	762.965	270.486	79.964	1.230.205
Bat	8.909	66.065	242.453	76.283	21.270	384.801
Brindisi	7.639	58.331	236.967	89.937	26.935	385.235
Foggia	13.548	101.438	373.057	132.409	41.066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

<b>Totale Regione</b>	85.189	629.459	2.432.004	891.842	268.126	<b>3.953.305</b>
-----------------------	--------	---------	-----------	---------	---------	------------------

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

Fonte: Istat

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



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



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

Con maggior dettaglio, la proporzione di persone nelle fasce di età 65-74, 75-84 e 85+ anni, sul totale della popolazione residente, è pari rispettivamente all'11,6%, 7,6% e 3,3%, in linea con il dato nazionale (**tabella 1.3**). In Puglia, come anche per l'Italia, è evidente l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, in particolare nel sottogruppo di popolazione dei "grandi anziani" (85+ anni).

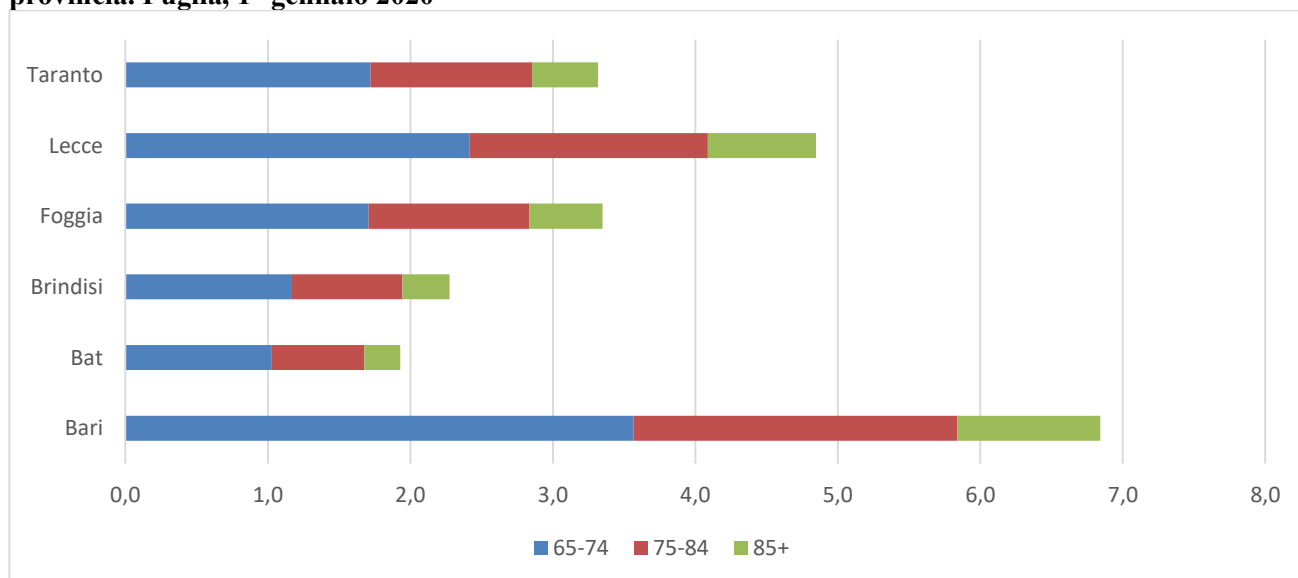
**Tabella 1.3 - Distribuzione assoluta e percentuale della popolazione per le seguenti fasce di età: 65-74, 75-84, 85+ (Puglia vs Italia)**

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

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

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

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



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

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

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

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

La speranza di vita alla nascita in Puglia (82,2 anni) e la speranza di vita a 65 anni (20,2 anni) (**tabella 1.4**), mostrano un trend in crescita per entrambi i generi e, secondo il dato più recente del 2020, superano di poco la media nazionale (speranza vita alla nascita 82 anni; speranza di vita a 65 anni pari a 19,9 anni). Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini. La speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2018 è pari 57,5 anni, più basso rispetto al valore nazionale (58,5 anni), (fonte ISTAT). La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a 9,0 anni, anche questo valore più basso rispetto al dato nazionale (9,9 anni).

**Tabella 1.4 - Indicatori demografici 2020, Puglia vs Italia**

Indicatore	Puglia			Italia
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2020	3.953.305	1.923.532 (48,7%)	2.029.773 (51,3%)	59.641.488
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,8%	-	-	
15-64	64,6%			13%
65+	22,6%			63,8%
				23,2%
% cittadini stranieri	3,4%	3,5%	3,3%	8,5%
Età media della popolazione	45,1			45,7
Indice di vecchiaia	175,6%	-	-	179,4%
Indice dipendenza anziani	34,9%	-	-	36,4%
Indice dipendenza strutturale	54,8%	-	-	56,7%
Tasso di mortalità x 1.000*	11,3	-	-	12,6
Speranza di vita alla nascita**	82,2	80,0	84,5	82
Speranza di vita a 65 anni **	20,2	18,6	21,8	19,9
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,8
Età media della madre al parto**	32,1	-	-	32,2
Mortalità infantile x 1.000 (2018)	3,28	3,4	3,17	2,88

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

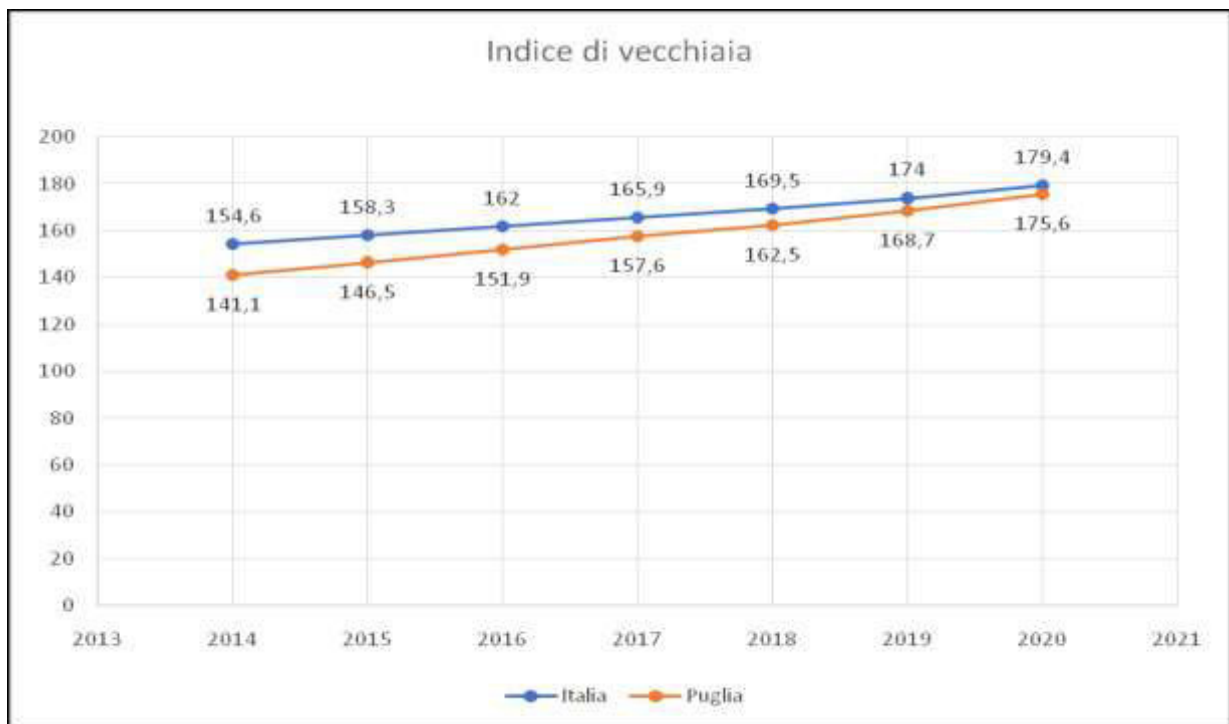
\*\* Stimato 2020

\* Provvisorio 2020

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

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

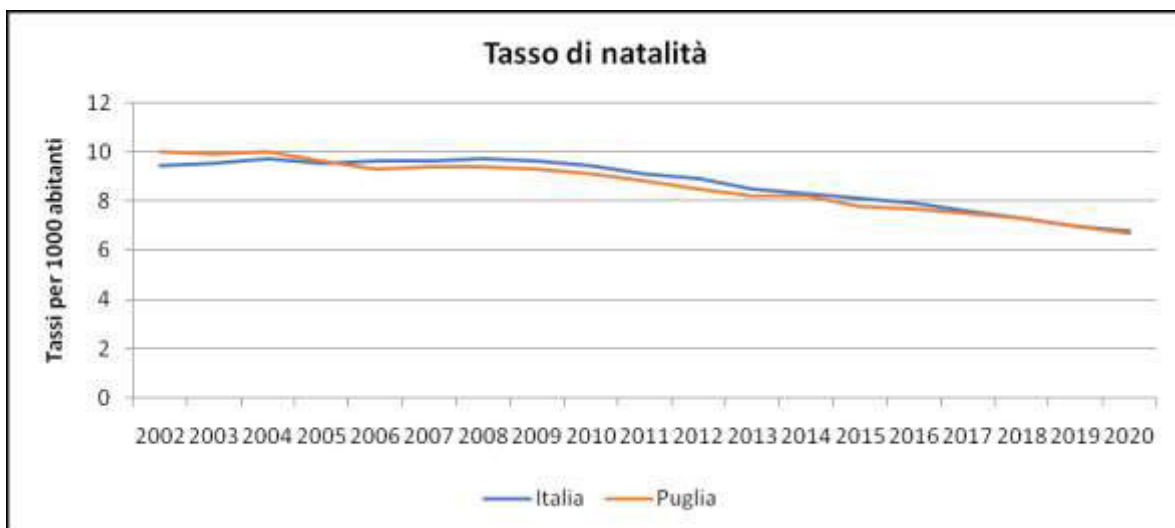
**Figura 1.3 Indice vecchiaia Puglia vs Italia**



Fonte: Istat

Il tasso di natalità in Puglia (**figura 1.4**) è diminuito costantemente, passando da un valore di 8,8 nuovi nati ogni 1.000 abitanti nel 2011 (9,1 in Italia) a 6,7 nuovi nati ogni 1.000 abitanti nel 2020 (6,8 in Italia).

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



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

2019	7	7
2020	6,8	6,7

Fonte: Istat

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

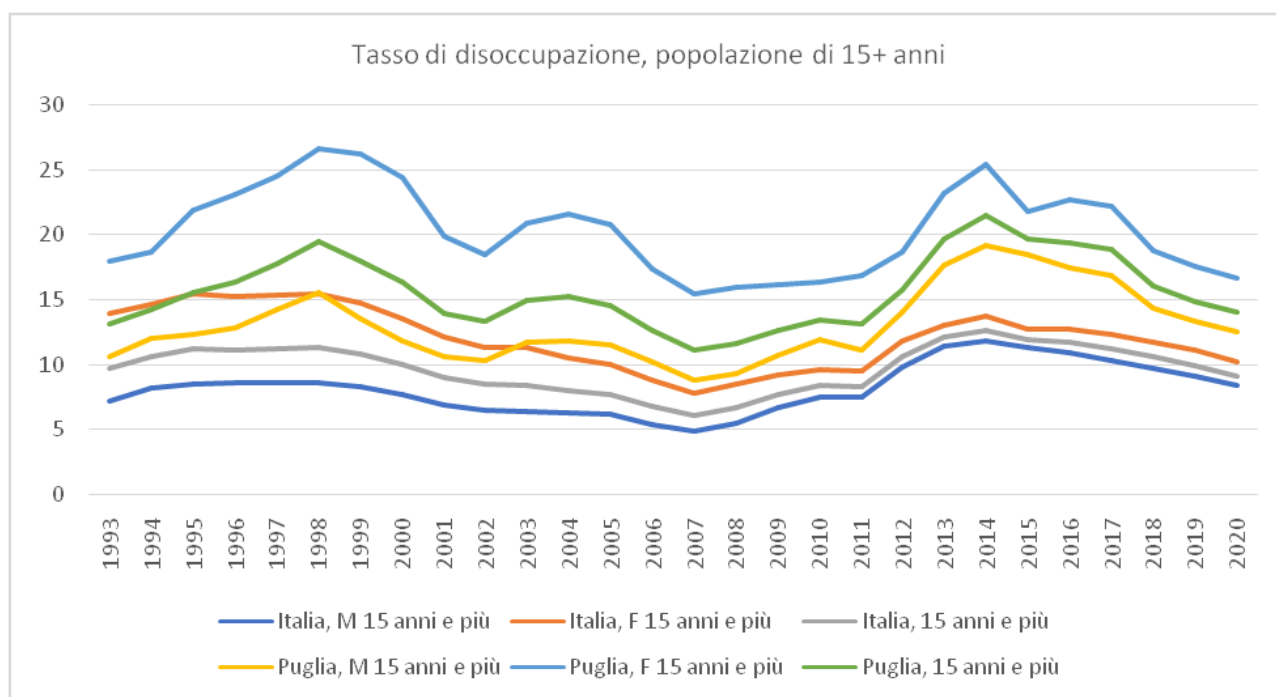
Rispetto alla media nazionale (8,5%) la proporzione di cittadini stranieri sul totale dei residenti in Puglia (3,4%) è più bassa di 5,1 punti percentuali (pp).

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

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

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

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



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

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

<b>Indicatore</b>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
Percentuale di popolazione 25-64 anni con istruzione (2020)	48	37
Senza diploma		
Con diploma	36	42
Con laurea	15	20
Percentuale di popolazione di 18-24 anni che abbandona prematuramente gli studi (2020)	15,6	13,1
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2018)	0,33	0,335
Reddito mediano familiare (€) (2018)	23.087	25.716
Distribuzione per quintili di reddito (2018)		
	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
Q1	31,8	20,0
Q2	25,0	20,0
Q3	17,6	20,0
Q4	15,6	20,0
Q5	10,0	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2020)		
Ottime	0,8	1,5
Adeguate	62,3	64,5
Scarse	31,8	30,7
Assolutamente insufficienti	5,1	3,3

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

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

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

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

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

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

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

Nella **tabella 1.6** sono riportati gli indicatori BES edizione 2020 relativi agli anni 2017 e 2018. Confrontandoli con i rispettivi indicatori a livello nazionale si notano per la Puglia valori superiori, in particolar modo per il "Rischio di povertà" (Puglia 26,8% vs Italia 20,3%), per la percentuale di persone in "Grande difficoltà economica" (Puglia 11,7% vs Italia 9,7%), per la percentuale di persone in "Grave deprivazione materiale" (Puglia 12,8% vs Italia 8,5%). Inoltre il "Reddito medio disponibile pro-capite" nel 2018 è pari a € 14.338,5 rispetto a € 18.902,2 a livello nazionale.

**Tabella 1.6 Indice BES (Benessere Equo Sostenibile) edizione 2020 -Puglia vs Italia**

BES 2020 – Puglia



**DOMINIO: Benessere economico**

Ultimo aggiornamento

INDICATORE DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs Mezzogiorno	Puglia vs Italia	Anno	Polarità	Unità di misura
Bassa intensità lavorativa	13,4	19	11,3	-5,6	2,1	2018	-	valori percentuali
Disuguaglianza del reddito disponibile	5,6	7	6,1	-1,4	-0,5	2017	-	numero puro - rapporto tra redditi
Grande difficoltà economica	11,7	15,8	9,7	-4,1	2	2018	-	valori percentuali
Grave deprivazione abitativa	5,9	6,5	5	-0,6	0,9	2018	-	valori percentuali
Grave deprivazione materiale	12,8	16,7	8,5	-3,9	4,3	2018	-	valori percentuali
Indice composito Condizioni economiche minime	98,4	90,8	103,3	7,6	-4,9	2018		
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,3	99,7	6,3	-9,1	2017		
Reddito medio disponibile pro capite	14338,5	13995,4	18902,2	343,1	-4563,7	2018	+	euro
Rischio di povertà	26,8	34,4	20,3	-7,6	6,5	2017	-	valori percentuali

Anno precedente

INDICATORI DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs anno prec	Mezzogiorno vs anno prec	Italia vs anno prec	Anno	Polarità	Unità di misura
Bassa intensità lavorativa	12,6	20,2	11,8	0,8	-1,2	-0,5	2017	-	valori percentuali
Disuguaglianza del reddito disponibile	5,4	6,7	5,9	0,2	0,3	0,2	2016	-	numero puro - rapporto tra redditi
Grande difficoltà economica	12,9	13,7	8,6	-1,2	2,1	1,1	2017	-	valori percentuali
Grave deprivazione abitativa	7,3	6,8	5,5	-1,4	-0,3	-0,5	2017	-	valori percentuali
Grave deprivazione materiale	15,1	16,5	10,1	-2,3	0,2	-1,8	2017	-	valori percentuali
Indice composito Condizioni economiche minime	96,1	90,2	102,1	2,3	0,6	1,2	2017		
Indice composito Reddito e disuguaglianza	90,6	84,9	99,9	0	-0,6	-0,2	2016		
Reddito medio disponibile pro capite	13976,7	13685,7	18511,8	361,8	309,7	390,4	2017	+	euro
Rischio di povertà	26,2	33,1	20,3	0,6	1,3	0	2016	-	valori percentuali

A cura dell'Ufficio Statistico Regione Puglia

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

## 1.1.2. Stato di salute della popolazione

### 1.1.2.1. Mortalità ed ospedalizzazione

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

## partoe del puerperio)

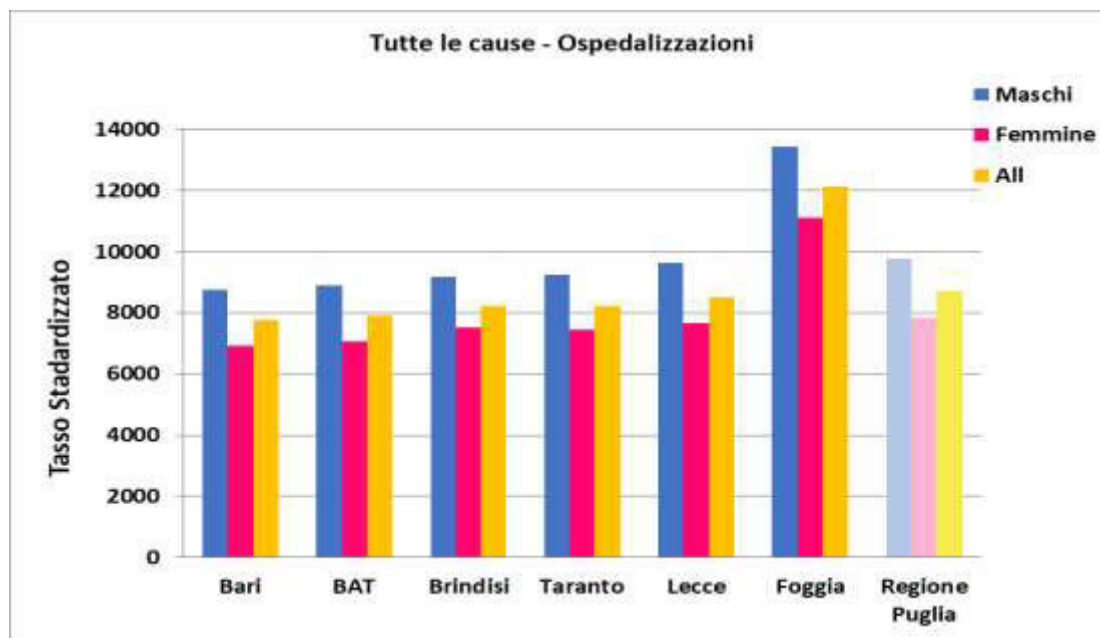
Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 1.102.803 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 8699 x 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (9767 vs 7845 per 100.000 abitanti). (Tabella 1.7, Figura 1.6).

**Tabella 1.7 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

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

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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

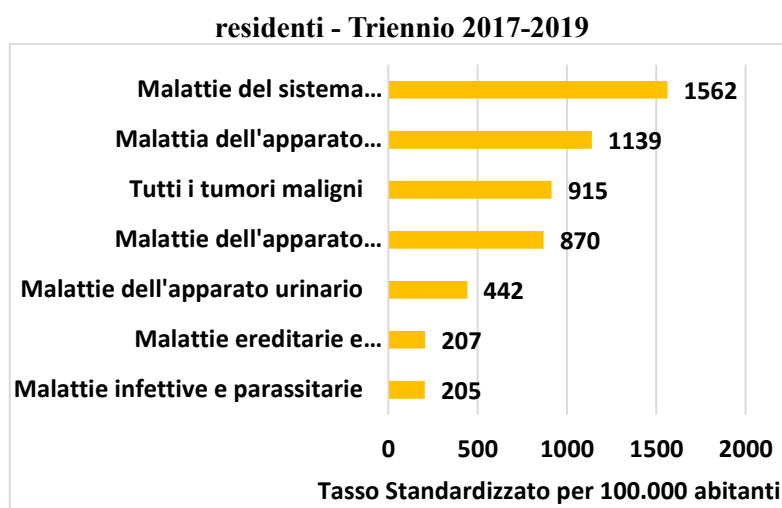


Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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

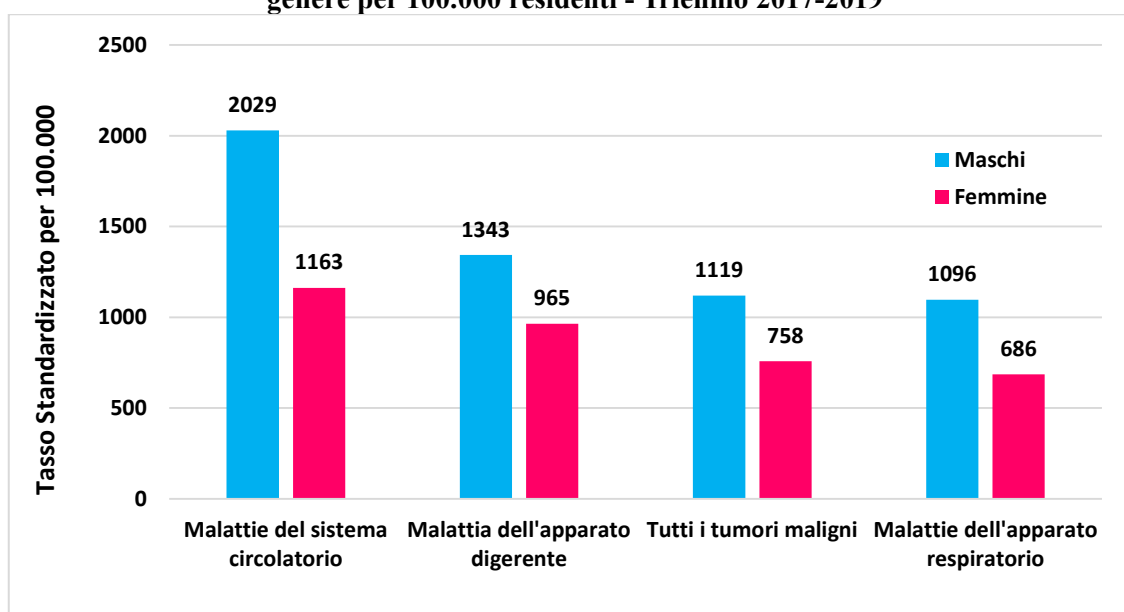
**Figura 1.7a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000**





*Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari*

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

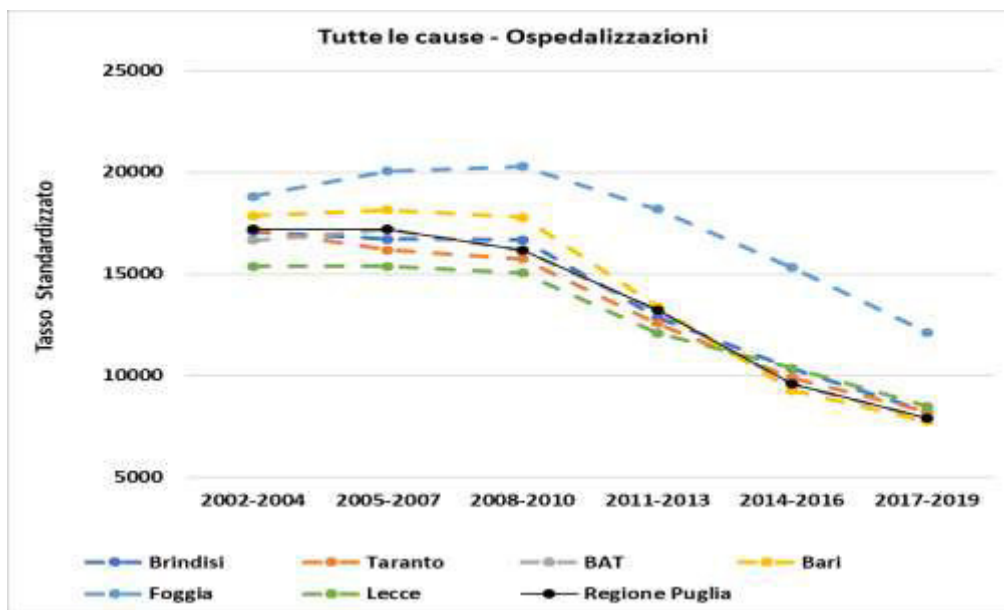


*Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari*

Sempre nel triennio 2017-2019, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari - 7757 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia - 12130 per 100.000 abitanti. La **figura 1.8** mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL e, a partire dal triennio 2011-2013, con un dato per ASL totalmente allineato con quello regionale. Unica eccezione è rappresentata dall'ASL di Foggia che traccia, per il periodo in analisi (2002-2019), una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia.

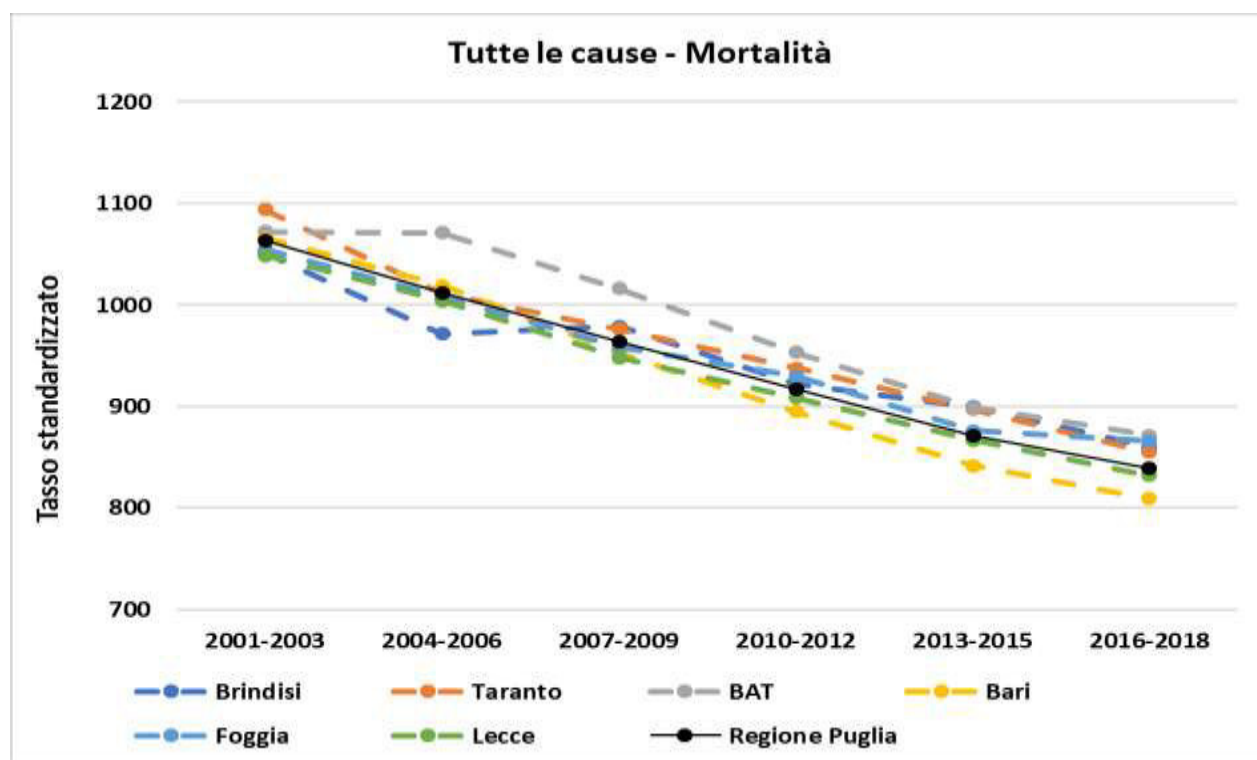
Nel triennio 2016-2018 si sono verificati 117.077 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 839 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1007 vs 705 per 100.000 abitanti) e presenta una variabilità geografica con valori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

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



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

### Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati 120.608 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 915 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (1119 vs 758 per 100.000 abitanti). (Tabella 1.8, Figura 1.10). Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Foggia (841 vs 1118 per 100.000 abitanti). La figura 1.11 mostra un

incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2002-2010 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2011-2019 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Complessivamente, per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Foggia presenta una curva nettamente al di sopra all'andamento complessivo mentre l'ASL di Brindisi presenta tassi inferiori ai valori regionali.

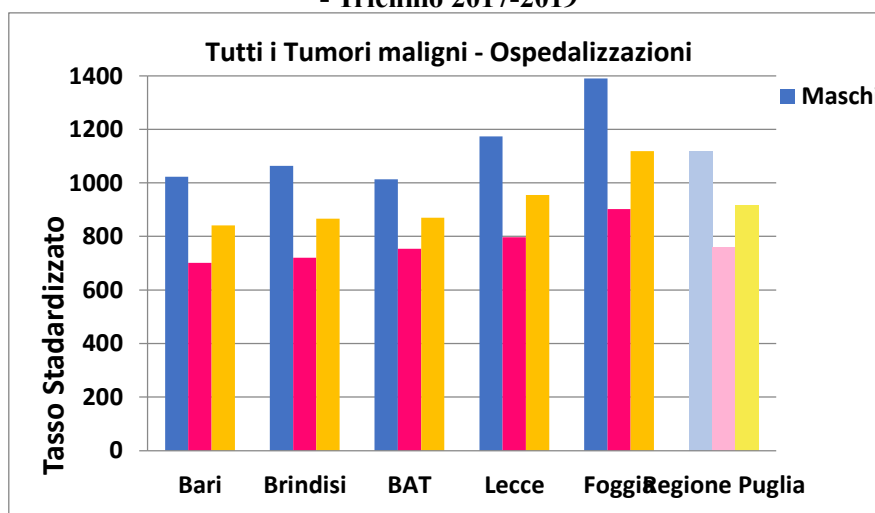
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 31.223 decessi con un TS pari a 232 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (310 decessi tra gli uomini vs 175 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 271 decessi a 232 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL di Foggia che presenta la mortalità più bassa. (Figura 1.12)

**Tabella 1.8 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2017-2019**

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

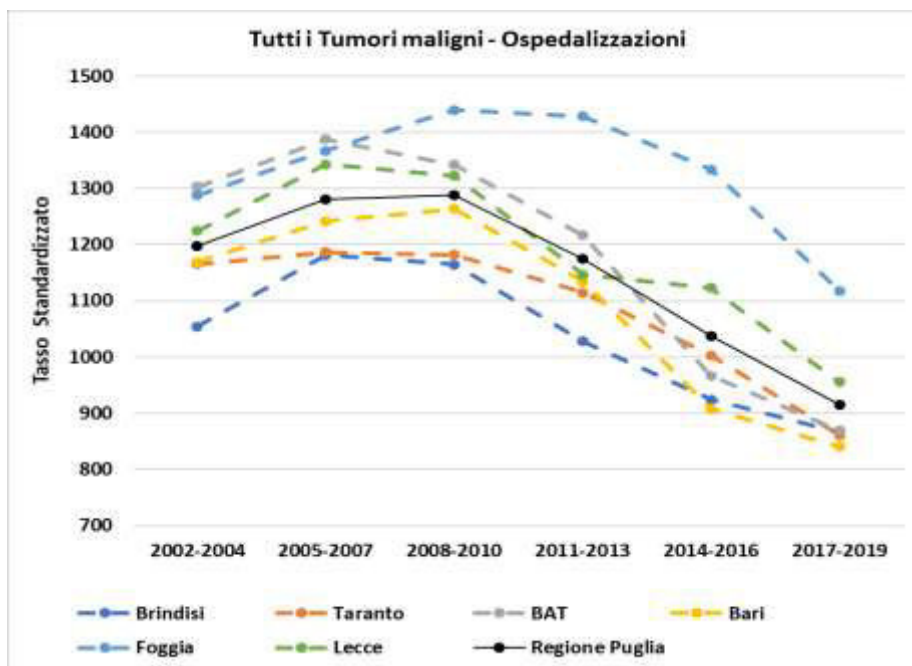
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



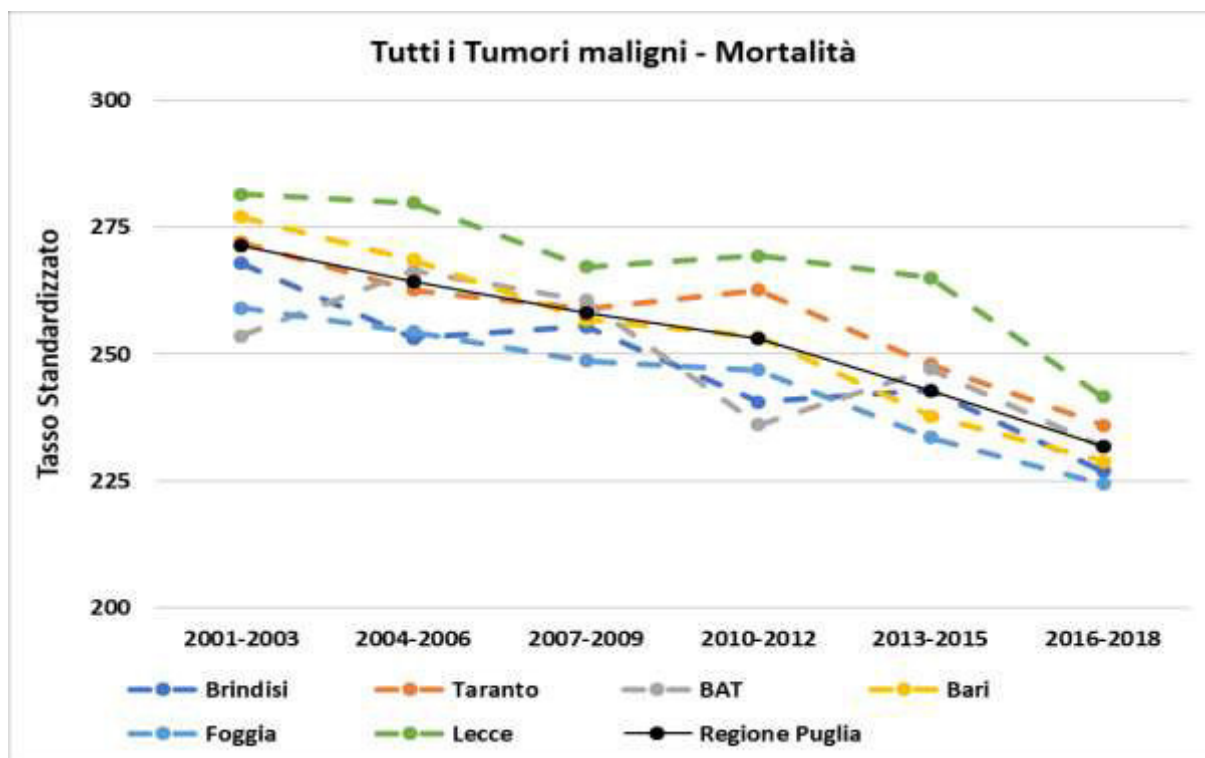
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

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



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Nel triennio 2017-2019 si sono verificati in tutta la regione Puglia:

- circa 12.171 ricoveri per tumore del colon retto, pari a un TS di 91 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (113 vs 73 per 100.000 abitanti);
- 9103 ricoveri per tumore del polmone, pari a un TS di 69 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (114 vs 31 per 100.000 abitanti)
- 12.523 ricoveri per tumore della mammella, pari a un TS di 181 x 100.000 donne;

- 3868 ricoveri per tumore del fegato, pari a un TS di 29 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (49 vs 12 per 100.000 abitanti).

### 1.1.2.2. Malattie Croniche

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

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

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

In Italia la prevalenza di patologie croniche ammonta a oltre 95.551 casi per 100.000 residenti per entrambi i generi e per tutte le fasce d'età, con valori più elevati tra le donne rispetto agli uomini (97.448 vs 93.550) e per fasce d'età più elevate.

In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è confrontabile con quella del dato nazionale (14.5%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta più alta nella fascia degli ultra64enni (66.3%) (**Tabella 1.9**). Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono il diabete (4%), le malattie respiratorie croniche (3%) e le cardiopatie (3%). Tra gli ultra 64enni, le patologie croniche più frequentemente riferite sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le malattie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%), e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%) (**Figura 1.13**).

La condizione di comorbidità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (18.8% nella fascia 65-74 anni vs 38.0 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (30.8% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 16.9% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (18.6% tra i soggetti senza difficoltà vs 42.8% tra quelli con molte difficoltà economiche) (**Tabella 1.10**).

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

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

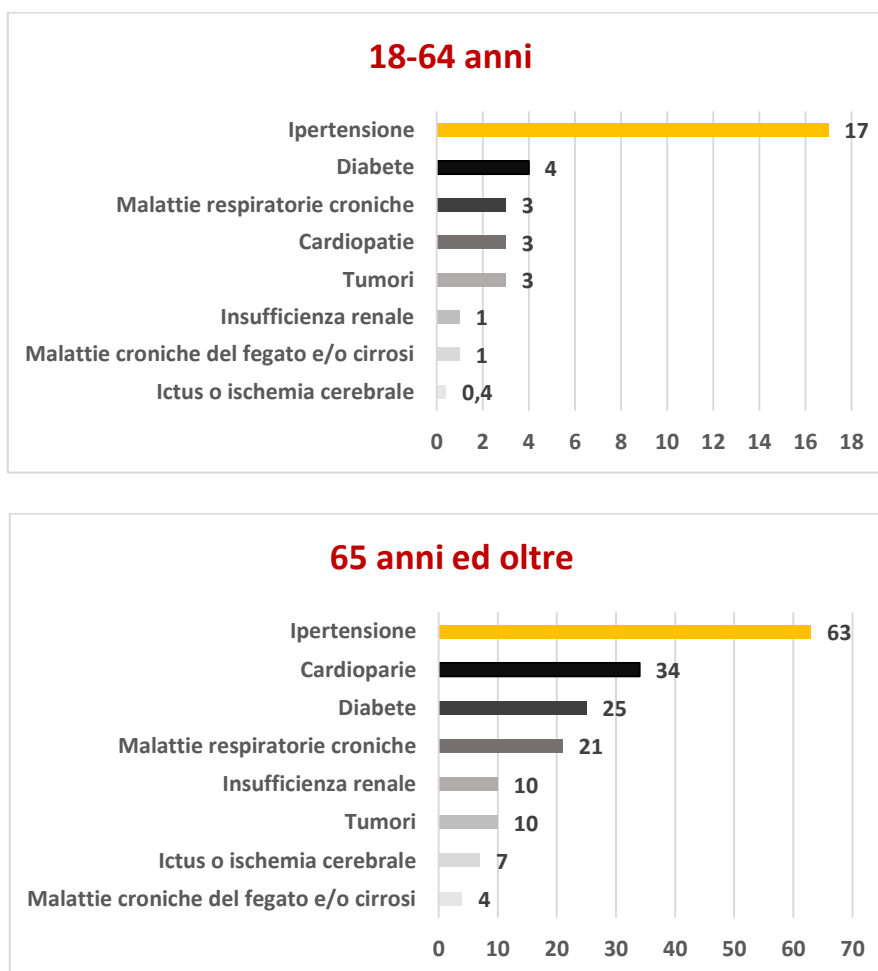
PASSI d'Argento	≥ 65 anni					
	Italia			Puglia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	39.1	38.4	39.8	33.7	30.8	36.7
Persone con almeno 1 patologie	60.9	60.2	61.6	66.3	63.3	69.2

cronica*						
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	25.7	25.1	26.3	30.0	27.0	33.1

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

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

**Figura 1.13 – Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: regione Puglia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%).**



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

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

		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
<b>Età</b>	65-74	18.8	18	19.6
	75-84	30.2	29.2	31.3
	85 o più	38	36.1	39.8
<b>Sesso</b>	uomini	27.5	26.6	28.5

	donne	24.3	23.5	25.2
<b>Istruzione</b>	nessuna / elementare	30.8	29.8	31.8
	media inferiore	22.5	21.4	23.7
	media superiore	18.7	17.6	20
	laurea	16.9	14.8	19.1
<b>Difficoltà economiche</b>	molte	42.8	40.8	44.9
	qualche	28.9	27.8	30
	nessuna	18.6	17.8	19.4
<b>Vivere soli</b>	no	26.2	25.5	26.9
	sì	23.3	22	24.6
<b>Macro area di residenza</b>	nord	20.9	19.9	21.8
	centro	24.7	23.4	26
	sud e isole	30.5	29.5	31.5

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

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

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

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

### Diabete

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

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

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

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

### Ipertensione

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

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

L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (4480/00) mentre l'asl di BAT quella più bassa (3990/00). 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 prevalenza di ipertensione nella regione Puglia aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 180 e 210 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 814 e 764 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

## BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

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

Nel 2018, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 66 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (75 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (58 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età. 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.

## Cardiopatía ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)

Nel 2018, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 98 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (95 tra le donne e 100 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 20 e 28 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 319 e 289 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nel tempo l'ASL di Taranto registra sempre la prevalenza più alta mentre l'ASL di Bari quella più bassa (L'incremento della prevalenza si registra per tutto il periodo di osservazione (dal 2006 al 2018)).

### 1.1.2.3. Tumori

I tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 per tutti i tumori risultano più alti negli uomini rispetto alle donne. Nella regione Puglia per entrambi i generi l'incidenza di tumori maligni è più bassa tra i residenti della provincia di Bari ed è significativamente al di sotto della media regionale. Nel sesso maschile l'incidenza più alta si registra a Lecce, con un tasso molto simile a quello della provincia di Taranto, mentre nel sesso femminile a Taranto (**Tabella 1.11 e Figura 1.14**). In entrambi i casi le differenze sono statisticamente significative.

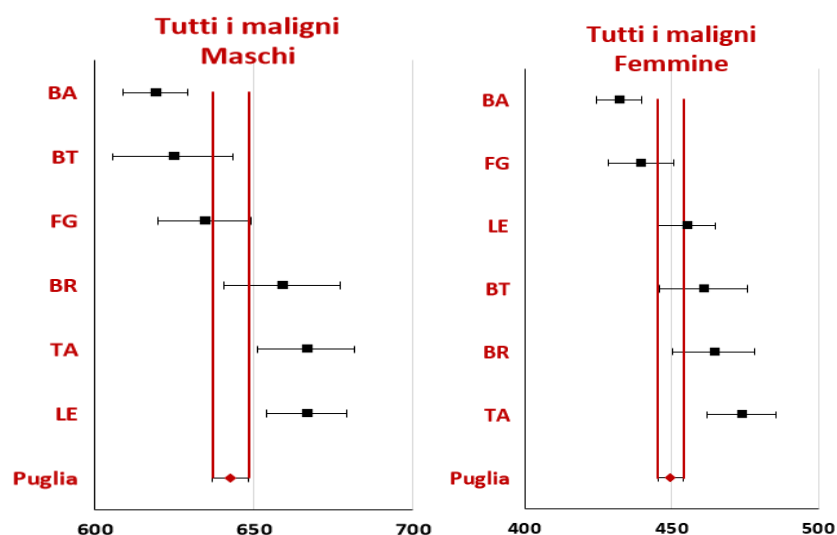
**Tabella 1.11 – Tassi standardizzati di incidenza per tutti i tumori maligni per provincia e genere. Differenze geografiche: 2014-2017**

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

Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

**Figura 1.14- Tassi standardizzati di incidenza 2014-2017 (x 100.000 residenti) con IC 95%. Tutti i tumori maligni**





Fonte dei dati: Registro Tumori Puglia

In estrema sintesi la mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne e si è ridotta negli anni.

La prevalenza di patologie croniche aumenta con l'età.

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

### 1.1.3. Quadro normativo

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

Con il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015). Come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille ab., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie”.

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

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

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

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

Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1215/2020, n. 1415/2021 e n. 528/2022 sono state fornite ulteriori

indicazioni per il potenziamento della rete ospedaliera, prevedendo l'incremento dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, fino al raggiungimento dello standard massimo previsto dal D.M. n. 70/2015. Si intende raggiungere lo standard massimo ministeriale, incrementando ulteriormente i posti letto già programmati con il Regolamento regionale n. 23/2019, così come di seguito riportato:

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

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

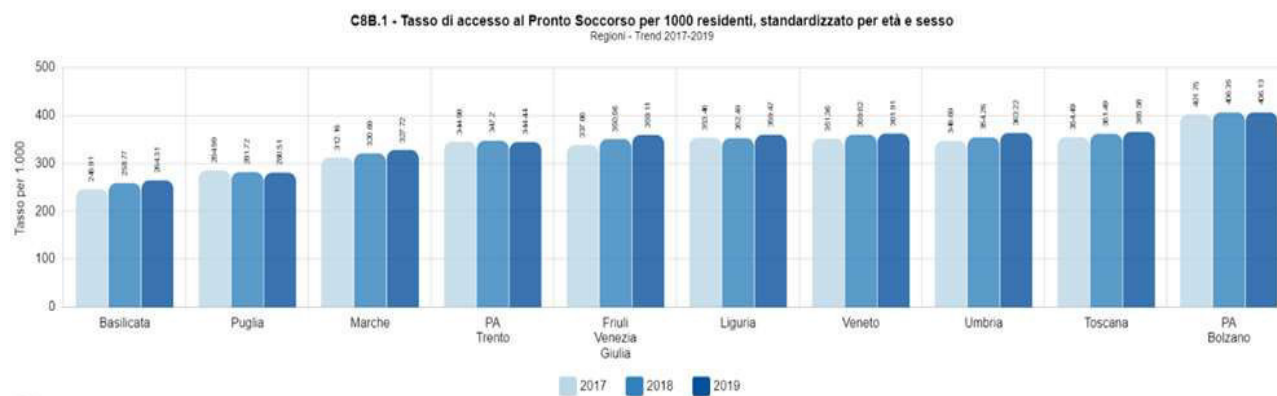
### 1.1.4. Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

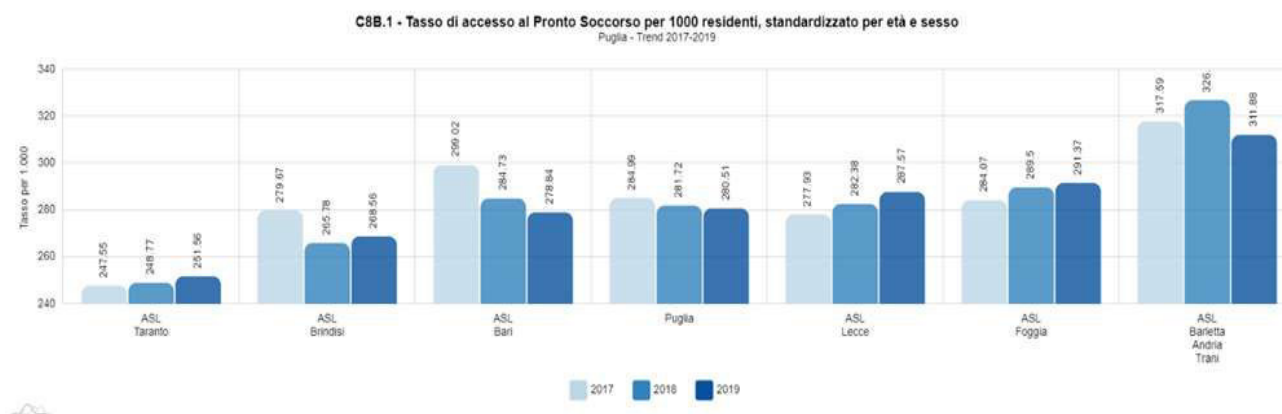
Al fine di rappresentare le performance delle strutture assistenziali pugliesi, di seguito si presentano i risultati di un'analisi dei volumi delle prestazioni erogate degli indicatori elaborati nell'ambito del Network delle Regioni - Laboratorio MES Sant'Anna e nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia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

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

L'indicatore Mes "C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso" non monitora l'attività del PS ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio(Figura 1.15).

**Figura 1.15 - C8B.1 - Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso**





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

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

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

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

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

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

### 1.1.5. Quadro della mobilità attiva e passiva

In **tabella 1.12** sono riportati i volumi dei ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi (Dati AReSS Puglia, 2011-2019): il numero dei ricoveri fuori regione si è ridotto nel tempo passando da 63.135 nel 2011 a 56.738 nel 2019 con una riduzione del 10.1%.

**Tabella 1.12 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2012-2019)**

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

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

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

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

Per quanto riguarda i ricoveri effettuati in regione Puglia, il 36.6% sono ricoveri chirurgici mentre il 63.4% sono di tipo medico. Questa proporzione cambia quando si guarda ai ricoveri fuori regione: la proporzione di ricoveri chirurgici è ben più alta e raggiunge il 57.3%.

Se si guarda ai gruppi diagnostici principali, in proporzione al totale dei ricoveri di ciascuna categoria, i ricoveri fuori regione avvengono più frequentemente per i disturbi muscolari, ossei e del tessuto connettivo

(23.4%), per i disturbi del metabolismo (20.7%) e per i disturbi dell'occhio (19.8%).

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

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

## **1.2 La strategia adottata rispetto ai bisogni identificati**

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

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

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

Dal punto di vista della programmazione ciò 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>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, ai sensi della DGR n. 1215/2020, 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.

## 2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

### 2.1 La strategia del programma: gli obiettivi

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

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

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

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

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

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

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

Tra i risultati attesi di maggiore impatto di efficienza complessiva del SSR, in generale, e della rete

ospedaliera, in particolare, occorre considerare i seguenti:

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

### 2.1.1. Analisi dei problemi e priorità

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

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

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

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

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

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

Tali interventi guardano in due direzioni prevalenti: da un lato, l'ammodernamento e l'ottimizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento degli ospedali di riferimento regionale e provinciale e con la creazione di nuovi poli che concentrino le dotazioni dei vecchi presidi esistenti in strutture dotate di un'offerta assistenziale adeguata ai bisogni di salute espressi dai territori; dall'altro la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse verso una vocazione di assistenza territoriale in grado di accogliere in maniera efficace ed appropriata il carico assistenziale crescente derivante dalle cronicità con le caratteristiche di sicurezza dei percorsi all'altezza degli standard ministeriali vigenti.

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

### 2.1.2. La catena degli obiettivi

La catena degli obiettivi prevede l'identificazione di:

- ***obiettivi generali***, che sono riferibili a finalità di natura strategica e che attengono al sistema sanitario regionale nel suo complesso, quali principi ispiratori e di governo del programma;

- **obiettivi specifici**, più circoscritti e maggiormente delineati ai fini della loro attuazione, che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale;
- **interventi operativi**, rappresentati dagli specifici interventi progettuali o aggregazioni di singoli interventi.

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

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

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

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

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

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali devono operare secondo i principi della efficacia, della qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri (nell'ottica delle reti) e, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

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

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

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

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

In particolare, gli obiettivi generali del piano hanno previsto un consistente ridimensionamento

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

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

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

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

**Tabella 2.1 – Catena degli obiettivi**

Obiettivi Generali (G)		Obiettivi Specifici (S)		Obiettivi Operativi (O) - Interventi o aggregazione di interventi -	
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I e II livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano
				O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano		

## 2.2 Gli interventi progettuali proposti

In questa sezione sono descritti gli interventi progettuali che si intende proporre con il presente documento.

Ulteriori dettagli sono riportati nella sezione 3 relativa alla sostenibilità degli interventi.

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

La Regione Puglia ha finanziato il progetto del nuovo ospedale di Monopoli – Fasano con le risorse FSC 2007-2013 (Accordo di Programma Quadro “Benessere e Salute”), integrate con risorse FERS 2014-2020 e con risorse del fondo sanitario regionale.

L’erigendouno nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA – BR), i cui lavori sono stati avviati in data 11 dicembre 2018, è allocato in un’area al confine tra le province di Bari e Brindisi (**Figura 2.1**), a ridosso della SS 16, tra Monopoli e Fasano, e in posizione baricentrica rispetto ai principali comuni del sud-est barese, dell’area nord-brindisina e della Valle d’Itria.

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



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



Il nuovo ospedale è ubicato in un lotto di circa 18 ettari per servire un bacino di circa 260.000 abitanti, come meglio dettagliato in **Tabella 2.2** e prevede una dotazione di:

- 299 posti letto di cui 289 ordinari e 10 di daysurgery;
- 14 letti tecnici di cui 8 di OBI e 6 di recovery room;

- 32 postazioni di cui 10 poltrone di day service medico, 10 poltrone di day service oncologico e 12 posti rene. .

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

COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE (01-01-2015) Fonte dati: demo.istat	POTENZIALE ATTRATTIVA NUOVO OSPEDALE (variazione rispetto a SdF)	BACINO CORRISPONDENTE
<b>TOT Popolazione Residente</b>	<b>336.904</b>	<b>TOT Bacino Corrispondente</b>	<b>264.339</b>

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

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

In questa direzione è stato sviluppato e concettualizzato il dimensionamento dei processi e sono state definite le relazioni tra di essi, garantendo la rispondenza del progetto alle esigenze clinico-sanitarie di funzionamento della struttura sia a livello di singolo processo che a livello integrato di sistema ospedale, con l'obiettivo di:

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

La progettazione tecnica è stata preceduta da una progettazione clinico-gestionale che ha determinato il modello organizzativo e di processo come riportato nella **Figura 2.3**.

La scelta della soluzione architettuale è stata correlata alla progettazione clinico-gestionale. Il dimensionamento nasce dal disegno dei processi clinico-gestionali e ciò rappresenta una grande innovazione rispetto al passato. Lo Studio di Fattibilità del progetto di completamento di cui al presente documentato programmatico riprende e aggiorna lo studio clinico-gestionale del Progetto Esecutivo attualmente in fase di realizzazione. Nelle seguenti tabelle si riportano i volumi di attività attesi, le relative dotazioni ed il numero di posti letto scaturiti dalla progettazione clinico-gestionale (**tabelle 2.3, 2.4 e 2.5**).

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



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

<b>PRODUTTIVITÀ ATTESA</b>	
Parti	≈ 1.500
Interventi Chirurgici (esclusi interventi DaySurgery)	≈ 6.000
Accessi al Pronto Soccorso	≈ 45.000
Prestazioni Endoscopiche	≈ 12.000
Interventi di Chirurgia Ambulatoriale e DaySurgery	≈ 9.000
Esami Diagnostica per Immagini – TAC	≈ 19.000
Esami Diagnostica per Immagini – RX	≈ 24.500
Esami Diagnostica per Immagini – RMN	≈ 10.500
Esami Diagnostica per Immagini – MAMMOGRAFIA	≈ 17.000
Esami Diagnostica per Immagini – ECOGRAFIA	≈ 35.000
Esami Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica	≈ 4.000.000
Prestazioni Cardiologia Invasiva e Radiologia Interventistica	≈ 1000
Prestazioni Specialistica Ambulatoriale	≈ 170.000
Prestazione di Day Service Medico	≈ 2.500
Prestazione di Day Service Oncologico	≈ 2.500
Prestazioni Terapia Emodialitica	≈ 8.000



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

NOME DEL PROCESSO	SAFARI (M2)	DESCRIZIONE	pl	pl postazioni
<b>PROCESSI CLINICO SANITARI</b>				
AREA MATERNO INFANILE - BLOCCO PARTO	698	3 SALE TRAGUOCIPARTO/POSTPARTO + 1 SALA PARTO IN ACQUA + 1 SALA TRAGUOCO CON 3 POSTAZIONI + 1 SALA OPERATORIA SIBRIGIDE DEDICATA		
AREA MATERNO INFANILE - DEGENZA OSTETRICA	1.340	24 PL (12 SINGOLE + 1 ISOLATO + 1 MB + 3 DOPPIE)	24	
AREA MATERNO INFANILE - NEONATOLOGIA	447	8 DOPPIE (7 + 1 ISOLATO)	8	
AREA MATERNO INFANILE - DEGENZA PEDIATRICA	714	18 PL (8 SINGOLE + 1 ISOLATO + 2 DOPPIE)	10	
DEGENZE CHIRURGICHE	2.754	98 PL (58 SINGOLE + 30 DOPPIE)	88	
DAY SURGERY	626	10 PL (8 SINGOLE + 1 ISOLATO + 3 DOPPIE)	10	
DEGENZE MEDICHE	4.067	99 PL (58 SINGOLE + 4 ISOLATI + 34 DOPPIE)	99	
DEGENZA - SPDC	715	15 PL (8 SINGOLE + 4 DOPPIE)	15	
DEGENZA - RIABILITAZIONE	627	15 PL (8 SINGOLE + 4 DOPPIE)	15	
DEGENZE INTENSIVE E SEMIINTENSIVE - TERAPIA INTENSIVA	639	8 POSTAZIONI (7 IN OPEN SPACE + 1 ISOLATO)	8	
DEGENZE INTENSIVE E SEMIINTENSIVE - UTIC	442	5 POSTAZIONI (4 BOX SINGOLE + 1 BOX SINGOLO ISOLATO)	5	
DEGENZE INTENSIVE E SEMIINTENSIVE - UTIC	167	4 POSTAZIONI (3 UTI BOX SINGOLE + 1 BOX SINGOLO)	4	
AREA EMERGENZA URGENZA - PRONTO SOCCORSO + DIAGNOSTICA DEDICATA	2.003	2 SHOW ROOM + 1 TC + 5 EX + 1 ECO		
AREA EMERGENZA URGENZA - MEDICINA AD ALTO TURN-OVER / OBI	725	11 PL (1 ISOLATO + 5 DOPPIE + 5 PL TECNICI IN OPEN SPACE)	11	8
<b>PROCESSI SANITARI DI SUPPORTO</b>				
BLOCCO OPERATORIO / RECOVERY ROOM	1.081	5 (2H+1) SALE OPERATORIE + 4 POSTI LETTO TECNICI DI RECUPERO ROOM IN OPEN SPACE		4
CARDIOLOGIA INVASIVA - RADIODIAGNOSI	557	3 SALE		
ENDOSCOPIA	555	4 SALE		
CHIRURGIA AMBULATORIALE	931	5 (2H) AMBULAT CHIRURGICI + 3 LAB		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINE	1.657	2 TC + 2 BOX + 8 ECO + 1 TIRAGGIO + 2 EX		
AREA AMBULATORIALE - POLIAMBULATORIO	704	18 AMBULATORI SPECIALISTICI		
AREA AMBULATORIALE - PRE-OSPEDALIZZAZIONE E AFTER CARE	299	4 AMBULATORI		
AREA AMBULATORIALE - DAY SERVICE E DIMISSIONE PROTETTA	307	10 POLTRONE		10
AREA AMBULATORIALE - ALPI	187	8 AMBULATORI		
CENTRO PRELEVI	302	4 BOX PRELEVO		
DIALISI	690	12 (12H) POSTAZIONI		12
DAY SERVICE ONCOLOGICO	373	10 POSTAZIONI TERAPIA + 2 AMBULATORI		10
CENTRO TRASFUSIONALE	427	8 POSTAZIONI DONAZIONE + 4 POSTAZI TERAPIA		
MEDICINA DI LABORATORIO e ANATOMIA PATOLOGICA	839			
SERVIZIO MORTUARO	683	3 CAMBIE MORTUARI		
CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	491	3 AUTOCCLAVI + 4 LAVABRUCIANDI		
CENTRALE DI DISINFESTAZIONE	209			
GESTIONE FARMACI E DM - PUNTO DISTRIBUTIVO	27			
GESTIONE FARMACI E DM - FARMACIA OSPEDALIERA	610	MAGAZZINO + AREA PREPARAZIONE FARMACI + FARMACIA STRUTTURA DOSE UNITARIA + 20 ARMARI ONCOSCO + 10 ARMARI CONTAINERI (chemio) + 8 ARMARI CONTAINERI (chemio) + 5 GATEVARCO		
			<b>TOTALE 299</b>	<b>14</b>
<b>PROCESSI AMMINISTRATIVI E DI ACCOGLIENZA</b>				
HALL ACCOGLIENZA CUP ACCETTAZIONE	1.378			
SERVIZI RELIGIOSI	128			
AULE PER DIDATTICA	175	1 SALA DA 30 POSTAZIONI + 4 BANCHE		
BIBLIOTECA	69			
SALE CONFERENZA / RIUNIONI	492	1 SALA DA 100 POSTI + 2 SALE AREA AMMINISTRATIVA + 4 SALE DA 20 PL		
STUDIO MEDICI	515	25 UFFICI SINGOLI + 30 CANTIERA		
UFFICI AMMINISTRATIVI E AREA TECNICA	1.044	30 UFFICI + 3 LABORATORI + 2 SALE RIUNIONI + GESTIONE EMERGENZE		
ARCHIVI SANITARI	68			
AREA REC. ITC E DATA CENTER	235			
<b>PROCESSI NON SANITARI DI SUPPORTO</b>				
MAGAZZINI GENERALI	1.737	CANTIERI/SCARICO/NERO/SPRINT/INGEGNERIA CLINICA/UTILI/TECNICHE/BOX ECONOMICI		
PULIZIA E SANIFICAZIONE	440			
SPOGLIATOI GUARDAROBA E LAVABANDI	1.085	SPOGLIATOI CENTRALIZZATI PERSONALE SANITARIO + GUARDAROBA + 30 MAGAZZINI LAVABANDI		
RISORSE PER DEGENZE E MENSA	1.155	STRUTTA PASTI PRONTE AL CONSUMO SANITARI IN LOCO/ 100 POSTI MENSA CON SELF		
<b>AREE ESTERNE</b>				
PARCHEGGI A RASO		80 STRALI		
SMALTIMENTO RIFIUTI		ISOLA ECOLOGICA		

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

<b>SPECIALITÀ</b>	<b>N° POSTI LETTO PREVISTI</b>	<b>N° LETTI TECNICI PREVISTI</b>	<b>N° POSTAZIONI PREVISTE</b>
Medicina Generale	37		
Lungodegenza	14		
Pneumologia	10		
Nefrologia	10		
Neurologia	12		
Stroke Unit	4		
Cardiologia	12		
Recupero e Riabilitazione	15		
Medicina ad Alto Turn Over	11		
<b><i>SUB TOTALE DIPARTIMENTO MEDICO</i></b>	<b>125</b>		
Psichiatria	15		
<b><i>SUB TOTALE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</i></b>	<b>15</b>		
Chirurgia Generale	28		
Ortopedia e Traumatologia	32		
Ginecologia	10		
Urologia	10		
Oculistica	4		
Otorinolaringoiatria	4		
<b><i>SUB TOTALE DIPARTIMENTO CHIRURGICO</i></b>	<b>88</b>		
Ostetricia	24		
Pediatria	10		
Neonatologia	8		
<b><i>SUB TOTALE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</i></b>	<b>42</b>		
Terapia Intensiva	8		
UTIC	6		
UTIR	5		
<b><i>SUB TOTALE DEGENZE INTENSIVE E SEMI-INTENSIVE</i></b>	<b>19</b>		
<b><i>SUB TOTALE DAY SURGERY</i></b>	<b>10</b>		
<b><i>SUB TOTALE OBI</i></b>		<b>8</b>	
<b><i>SUB TOTALE RECOVERY ROOM</i></b>		<b>6</b>	
<b><i>SUB TOTALE DAY SERVICE MEDICO</i></b>			<b>10</b>
<b><i>SUB TOTALE DAY SERVICE ONCOLOGICO</i></b>			<b>10</b>
<b><i>SUB TOTALE DIALISI</i></b>			<b>12</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>299</b>		
<b>TOTALE LETTI TECNICI</b>		<b>14</b>	
<b>TOTALE POSTAZIONI</b>			<b>32</b>

### **Stato di realizzazione**

Nel mese di aprile 2023 l'avanzamento dei lavori è pari al 85% dell'importo contrattuale. L'avanzamento è relativo ai lavori nei quattro livelli dell'edificio, più il piano copertura, sia per quanto riguarda le opere edili

interne ed esterne, sia con riferimento alla realizzazione di impianti elettrici e impianti meccanici, in particolare idrico sanitario, impianto aeraulico, rete fluidi, scarichi e reti meteoriche.

Più in dettaglio, si sta procedendo nei diversi blocchi, all'infilaggio dei cavi elettrici, la posa in opera dei canali di ventilazione e delle controsoffittature in cartongesso. È stata ultimata la realizzazione delle murature interne in cartongesso, la pavimentazione dei locali tecnici, la posa di soglie, nonché il completamento dei pavimenti flottanti e l'installazione dei frangisole. Al piano terra sono state altresì ultimate n.133 degenze, e l'area di ingresso allo stabilimento ospedaliero con la hall principale di accoglienza. Sono in fase di completamento i lavori di finitura delle degenze poste al piano primo e degli uffici amministrativi-sanitari posti al piano secondo. Sono praticamente terminati i rivestimenti esterni, con l'utilizzo di circa 12mila metri quadri di pietra locale.

Sono in corso di realizzazione le aree esterne sia nella parte edile che impiantistica, il reimpianto degli ulivi inizialmente spostati per la realizzazione del fabbricato e sono praticamente ultimati i muretti a secco posti di fronte alle degenze.

L'appalto principale non ricomprende:

- Oneri per arredi ed attrezzature;
- Oneri per la segnaletica;
- Oneri correlati all'allestimento ed alla finitura di aree e locali che sono stati lasciati al grezzo e il cui completamento deve essere contestuale alle fasi di fornitura e installazione delle attrezzature e/o di accertamento della tipologia gestionale dei servizi e in tempi compatibili con l'attivazione della struttura sanitaria ed in particolare:
  - Locali di diagnostica (RX, Mammografie, TAC, RM);
  - N. 2 Sale di Angiografia Interventistica;
  - Area ristorazione/mensa;
  - Area di Medicina di laboratorio;
  - N. 5 Sale operatorie di chirurgia, N. 3 Sale operatorie di daysurgery e chirurgia ambulatoriale; N. 1 Sala per i parti cesarei di emergenza; N. 2 Sale rosse in pronto soccorso; N. 1 Sala autoptica;
  - Completamento della rete informatica interna al presidio;
  - Completamento delle aree esterne;
  - Strutture di deflusso delle acque meteoriche;
  - Realizzazione di superficie diurna per elisoccorso.

Inoltre, al fine di coordinare le opere di appalto principale al più recente progetto degli arredi e attrezzature, si rendono necessari degli interventi puntuali di adeguamento delle predisposizioni impiantistiche a servizio delle attrezzature che saranno installate.

Di seguito (**Tabella 2.6**) si riporta pertanto il Quadro Economico tratto dallo studio di fattibilità del progetto di completamento. Il valore economico del fabbisogno per arredi, attrezzature e apparecchiature elettromedicali, lavori di completamento e di adeguamento, è stato determinato al fine di rendere funzionale l'intero nosocomio allestendo i reparti, i servizi e le aree interessate.

**Tabella 2.6 – QE intervento 1+2**

	QUADRO ECONOMICO	IMPORTO
<b>A</b>	<b>Lavori e oneri per la sicurezza</b>	
A1	Opere edili, strutture, impianti elettrici, meccanici, trasporti e aree esterne	10 461 082,43 €
A2	Forniture di arredi, segnaletica, attrezzature ed arredi sanitarie	46 828 492,77 €
A3	Oneri per la sicurezza su A1 e A2	1 008 000,00 €
A4	Totale Lavori e oneri per la sicurezza (A1 + A2 + A3)	58 297 575,20 €
<b>B</b>	<b>Somme a disposizione dell'Amministrazione</b>	
B1	Interferenze (IVA inclusa 10%)	- €
B2	<b>Spese tecniche</b>	
B2.1	Spese tecniche progetto preliminare (comprehensive delle quote Inarcassa 4%)	174 000,00 €
B2.2	Spese tecniche progetto definitivo + CSP (comprehensive delle quote Inarcassa 4%)	793 000,00 €
B2.3	Spese tecniche progetto esecutivo (comprehensive delle quote Inarcassa 4%)	546 000,00 €
B2.4	Spese tecniche direzione lavori, misura e contabilità, CSE compreso Inarcassa 4%)	2 000 000,00 €
B2.5	Spese tecniche per ulteriori servizi tecnici (compreso Inarcassa 4%)	500 000,00 €
B3	<b>Spese per collaudi</b>	
B3.1	Collaudo tecnico amministrativo in corso d'opera (calcolato su A1+A2+A6+A7) (compreso quote Inarcassa 4%)	300 000,00 €
B4	Commissioni aggiudicatrici (comprehensive delle quote Inarcassa 4%)	80 000,00 €
B5	Verifica finalizzata alla validazione del progetto preliminare, del progetto definitivo e del progetto esecutivo (comprehensive delle quote Inarcassa 4%)	300 000,00 €
B6	Spese generali amministrazione (gara, copie, pubblicità, diritti amm.vi, bolli, ecc.)	30 000,00 €
B7	Accantonamento per lavori in economia	466 380,60 €
B8	Oneri di allacciamento ai pubblici servizi	- €
B9	Spese per accertamenti e verifiche tecniche	100 000,00 €
B10	Incentivi art.113 D.Lgs 50/2016 (calcolato su A1+A2)	291 487,88 €
B11	<b>Spese per assicurazioni dei dipendenti e di carattere strumentale</b>	
B11.1	Spese per assicurazioni dei dipendenti	- €
B12	Accantonamento per transazioni e accordi bonari (calcolato su A4)	5 818 876,57 €
B13	Contributi ANAC	25 000,00 €
B14	IRAP Calcolato sulla voce B10	- €
B15	Imprevisti su A4	2 914 878,76 €
B16	Arrotondamenti	- €
C1	I.V.A. 10% (A1+A1)	2 720 485,11 €
C2	I.V.A. RESIDUA 22% (A1+A1_1+A2+B2+B3+B4+B5+B6+B7+B8+B9+B12+B15)	9 142 315,89 €
	<b>Totale Somme a disposizione (B)</b>	<b>26 202 424,80 €</b>
	<b>Sommano (A+B): IMPORTO DA FINANZIARE</b>	<b>84 500 000,00 €</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normative 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).

**Tabella 2.7 - Interventi antincendio finanziati con risorse delibera CIPE 16/2013**

Azienda beneficiaria	Titolo intervento	ID	Importo a carico dello Stato	Importo a carico della Regione	Atri finanziamenti	Importo tot.
AOU Policlinico di Bari	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio della rete idrica antincendio AOU Policlinico di Bari Padiglioni Ospedalieri Policlinico	20	€ 790.000,00	€ 41.578,95	€ 168.421,05	€ 1.000.000,00
AOU Policlinico di Bari	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio del padiglione servizi generali (Farmacia) AOU Policlinico di Bari	21	€ 2.528.000,00	€ 133.052,63	€ 538.947,37	€ 3.200.000,00
ASL BR	Lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi P.O. "Perrino" Brindisi (Compartimentazione, porte tagliafuoco, apparecchiature	44	€ 790.000,00	€ 41.578,95	€ 168.421,05	€ 1.000.000,00

	illuminazione emergenza e sicurezza)					
AOU Ospedali Riuniti Foggia	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Palazzina Ambulatori, Palazzina Laboratori, Palazzina Malattie Infettivi	51	€ 584.600,00	€ 30.768,42	€ 124.631,58	€ 740.000,00
AOU Ospedali Riuniti Foggia	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - terzo lotto ala destra e corpo centrale - Adeguamento gas Medicali	52	€ 316.000,00	€ 16.631,58	€ 67.368,42	€ 400.000,00
AOU Ospedali Riuniti Foggia	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Impianto spegnimento Deposito farmacia	54	€ 126.400,00	€ 6.652,63	€ 26.947,37	€ 160.000,00
ASL FG	Adeguamento Impianti Antincendio Ospedale DI CERIGNOLA "G. TATARELLA"	58	€ 835.195,83	€ 43.957,69	€ 135.846,48	€ 1.015.000,00

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

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

- DEA di I livello;
- "Presidio di Pronto Soccorso per Traumi", nell'alveo delle "Rete Trauma";
- di un Centro di Cardiologia con UTIC ed emodinamica H24, nell'alveo della "Rete Cardiologica".

**Figura 2.4 - Ospedale San Paolo di Bari**



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

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

Policlinico di Bari e l'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II".

Il Presidio Ospedaliero "SAN PAOLO" è costituito principalmente da tre corpi di fabbrica multipiano (ALA EST, ALA OVEST e CORPO CENTRALE) destinati a degenze e da un corpo basso destinato ad attività dedicate di emergenza e servizi, Blocco Operatorio, Rianimazione, Pronto soccorso. Sono dislocati in edifici distinti e separati le centrali termica, frigorifera, gas medicali, il locale gruppo elettrogeno, il Centro Unico di Prenotazione (CUP) e la più recente palazzina uffici.

Il P.O. "San Paolo" ha beneficiato dei finanziamenti a valere sul "Patto per la Puglia" (FSC 2014-2020) – ID4 – per complessivi € 7.500.000,00 finalizzati al conseguimento dei requisiti per il totale adeguamento e l'ottenimento del Certificato di Prevenzione Incendi (CPI), ottenuto con pratica n. 17112 il 10/9/2019 con Prot. N. 24168 e validità al 10/9/2024.

Rispetto ai diversi interventi di rifunionalizzazione ed adeguamenti normativi eseguiti nel corso degli anni, l'intervento proposto ha valenza di integrazione ed adeguamento normativo di alcune unità operative, ivi comprese le opere impiantistiche. Vengono di seguito elencati gli interventi la cui realizzazione renderebbe le strutture e le attrezzature rispondenti alle attuali normative vigenti con particolare riferimento ai requisiti strutturali ed impiantistici in materia di accreditamenti delle strutture sanitarie:

Realizzazione di nuovo collegamento (blindo sbarre) tra la stazione di produzione di energia elettrica e di emergenza (gruppi elettrogeni) e quadro generale di edificio in bassa tensione (Nuovo Power Center) situato in cabina elettrica con installazione di nuovo gruppo elettrogeno	€ 500.000,00
Realizzazione di servizi igienici utenti, accessibili ai disabili, in corrispondenza delle aree di attesa a ciascun piano (disimpegno/filtro) e riqualificazione delle aree stesse	€ 300.000,00
Sostituzione degli infissi nei piani degli edifici bassi, rianimazione, pronto soccorso, servizio di senologia, Unità Operativa Iperbarica e nelle aree centrali di collegamento tra le ali EST, CENTRALE ed OVEST a tutti i piani (denominati rostri)	€ 700.000,00
Rifunionalizzazione del nuovo reparto Chirurgia da ubicare al settimo piano ala OVEST, con la formazione di ambienti per degenza	€ 1.000.000,00
Riqualificazione dell'area dedicata al servizio portineria (piano rialzato del corpo centrale)	€ 700.000,00
Revisione aree esterne (videosorveglianza, accessi, viabilità, parcheggi)	€ 800.000,00
Attrezzature sanitarie e arredi	€ 1.000.000,00

Il quadro economico di massima è il seguente:

**Tabella 2.8 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "San Paolo"**

QUADRO ECONOMICO GENERALE DELL'INTERVENTO				
<b>A IMPORTO LAVORI E FORNITURE</b>				
A 1	Importo lavori a base d'asta soggetto a ribasso		4.000.000,00 €	
A 2	Di cui costo della manodopera	26,00%	1.040.000,00 €	
A 3	Oneri per la sicurezza diretti non soggetti a ribasso		80.000,00 €	
A 4	Attrezzature sanitarie/Arredi		1.000.000,00 €	
A 5	<b>Totale lavori a base d'appalto</b>	<b>A1+A3+A4</b>	<b>5.080.000,00 €</b>	<b>5.080.000,00 €</b>



<b>B SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE</b>			
B 1	Lavori in economia		
B 2	Rilievi, accertamenti, indagini		
B 3	Allacciamenti ai pubblici servizi e OO.UU.		- €
B 4	Imprevisti		100.000,00 €
B 5	Acquisizione aree o immobili		
B 6	Accantonamento di cui all'art. 133 c. 3 D.Lgs 163/2006		
B 7	Spese tecniche generali per progettazione e Direzione Lavori		250.000,00 €
B 8	Spese tecniche ex art. 113 c. 5 D.Lgs 50/2016 al netto	2%	101.600,00 €
B 9	Spese tecniche coordinamento progett. ed exec. ex D.Lgs 81/2008		
B 10	Spese per attività di consulenza e supporto		
B 11	Spese per commissioni giudicatrici		
B 12	Spese per pubblicità		4.741,84 €
B 13	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche		
B 14	Collaudi		45.000,00 €
B 15	C.N.P.A.I.A. su (B7 - B9 - B14)	4%	11.800,00 €
B 16	IVA sui lavori	10%	508.000,00 €
B 17	IVA sui imprevisti	10%	10.000,00 €
B 18	IVA su (B7 - B9 - B14 - B15)	22%	67.946,00 €
B 19	IRAP su B8		
	<b>Totale somme a disposizione</b>		<b>1.098.637,84 €</b>
	<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>6.178.637,84 €</b>

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

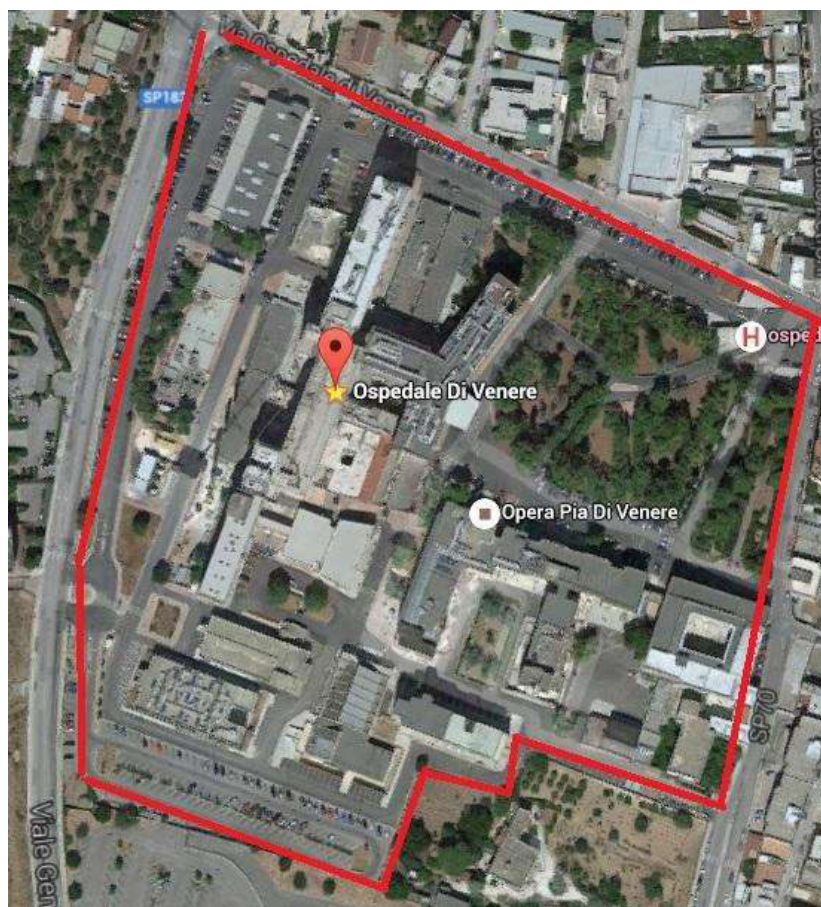
L’Ospedale “Di Venere” di Bari nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 23/2019 come aggiornato con R.R. 14/2020, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

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

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

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

**Figura 2.5 - Ospedale “Di Venere” di Bari**



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

In riferimento allo stato di attuazione dell'adeguamento antincendio di cui al D.M.19.03.2015, il P.O. Di Venere ha beneficiato del finanziamento a valere sul Patto per la Puglia (FSC 2014-2020) per complessivi € 4.500.000,00, finalizzati al conseguimento dei requisiti per il totale adeguamento e l'ottenimento del Certificato di Prevenzione Incendi. Al termine dei lavori è ottenuta la conformità antincendio per Medicina Nucleare in data 16/11/2021. Per i restanti è in fase di deposito di SCIA.

Ad integrazione dei diversi interventi di ristrutturazione eseguiti nel corso degli anni, si rendono necessari ulteriori interventi finalizzati a rendere le strutture e le attrezzature del presidio ospedaliero rispondenti alle normative vigenti con particolare riferimento ai requisiti strutturali ed impiantistici in materia di accreditamenti delle strutture sanitarie:

Revisione aree esterne: differenziazione accessi, parcheggi, viabilità, spostamento isola ecologica	€ 300.000,00
Padiglione ACQ (articolato su quattro livelli, destinato in parte a degenze e in parte a servizi sanitari): ampliamento medicina nucleare	€ 500.000,00
Padiglione ACQ: ristrutturazione centro trasfusionale	€ 200.000,00
Padiglione D (Cappella e Morgue articolata su due livelli): Ristrutturazione dell'intero padiglione con rifacimento delle facciate e riqualificazione dei locali.	€ 400.000,00
Padiglione E (Uffici articolato su sei livelli): efficientamento energetico involucro edilizio, redistribuzione partizioni interne, adeguamento normativo	€ 400.000,00

impiantistico

Padiglione F (Centrale termica articolata su un unico livello piano seminterrato): sostituzione di tutte le apparecchiature nella centrale termica e nelle sottocentrali per passaggio da vapore ad acqua surriscaldata € 500.000,00

Padiglione H (articolato su 7 livelli: Ambulatori, uffici amministrativi e Scuola Infermieri): Rifacimento delle facciate esterne. Riquilificazione e adeguamento degli ambienti interni per riorganizzazione delle destinazioni € 400.000,00

Padiglione I (Centrali antincendio ed elettrica, su due livelli): Riquilificazione della cabina elettrica, adeguamento impianto di ventilazione forzata, installazione di nuova stazione di produzione di emergenza elettrica con n. 1 gruppo elettrogeno aggiuntivo, installazione di nuovi gruppi di continuità € 500.000,00

Padiglione N (Cucina, articolata su due livelli): A seguito dell'aggiudicazione della gara regionale del Servizio ristorazione, si renderanno disponibili i locali attualmente destinati al servizio cucina. Si prevede di realizzare la nuova sala convegni (con capienza inferiore a 100posti). I locali al piano seminterrato saranno utilizzati per distribuzione pasti, con adeguamento impiantistico, riorganizzazione interna e realizzazione di idonei locali da destinare a mensa aziendale con annessi servizi. € 400.000,00

Realizzazione di una centrale di sterilizzazione a servizio del blocco operatorio ed el pronto soccorso al piano seminterrato nei locali ex laboratorio analisi € 800.000,00

Attrezzature sanitarie e arredi (sistemi pensili per chirurgia e anestesia, tavoli operatori per chirurgia, tavolo spinale per neurochirurgia, lampada scialitica, RMN da 1,5T) € 1.200.000,00

**Tabella 2.9 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Di Venere"**

**QUADRO ECONOMICO GENERALE DELL'INTERVENTO**

<b>A IMPORTO LAVORI E FORNITURE</b>				
A 1	Importo lavori a base d'asta soggetto a ribasso		4.400.000,00 €	
A 2	Di cui costo della manodopera	26,00%	1.144.000,00 €	
A 3	Oneri per la sicurezza diretti non soggetti a ribasso		88.000,00 €	
A 4	Attrezzature sanitarie/Arredi		1.200.000,00 €	
A 5	<b>Totale lavori a base d'appalto</b>	<b>A1+A3+A4</b>	<b>5.688.000,00 €</b>	<b>5.688.000,00 €</b>
<b>B SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE</b>				
B 1	Lavori in economia			
B 2	Rilievi, accertamenti, indagini			
B 3	Allacciamenti ai pubblici servizi e OO.UU.		- €	
B 4	Imprevisti		100.000,00 €	
B 5	Acquisizione aree o immobili			
B 6	Accantonamento di cui all'art. 133 c. 3 D.Lgs 163/2006			

B 7	Spese tecniche generali per progettazione e Direzione Lavori		250.000,00 €	
B 8	Spese tecniche ex art. 113 c. 5 D.Lgs 50/2016 al netto	2%	113.760,00 €	
B 9	Spese tecniche coordinamento progett. ed esec. ex D.Lgs 81/2008			
B 10	Spese per attività di consulenza e supporto			
B 11	Spese per commissioni giudicatrici			
B 12	Spese per pubblicità		4.337,80 €	
B 13	Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche			
B 14	Collaudi		25.000,00 €	
B 15	C.N.P.A.I.A. su (B7 - B9 - B14)	4%	11.000,00 €	
B 16	IVA sui lavori	10%	568.800,00 €	
B 17	IVA sui imprevisti	10%	10.000,00 €	
B 18	IVA su (B7 - B9 - B14 - B15)	22%	62.920,00 €	
B 19	IRAP su B8			
	<b>Totale somme a disposizione</b>			<b>1.145.817,80€</b>
	<b>TOTALE GENERALE</b>			<b>6.833.817,80 €</b>

### 2.2.2.3. Ospedale “Perrino” di Brindisi (Codice intervento: 5)

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

- DEA di 2° livello;
- “Stroke Unit” di 2° livello, nell’alveo della “Rete ICTUS”;
- “Centro Traumi di Zona”, nell’alveo della “Rete Trauma”;
- “HUB”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”.

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

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

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

**Figura 2.6 - Ospedale Perrino di Brindisi**



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

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

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

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

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

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

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

**Tabella 2.10 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Perrino di Brindisi"**

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

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

**Tabella 2.11 - Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013**

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

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

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

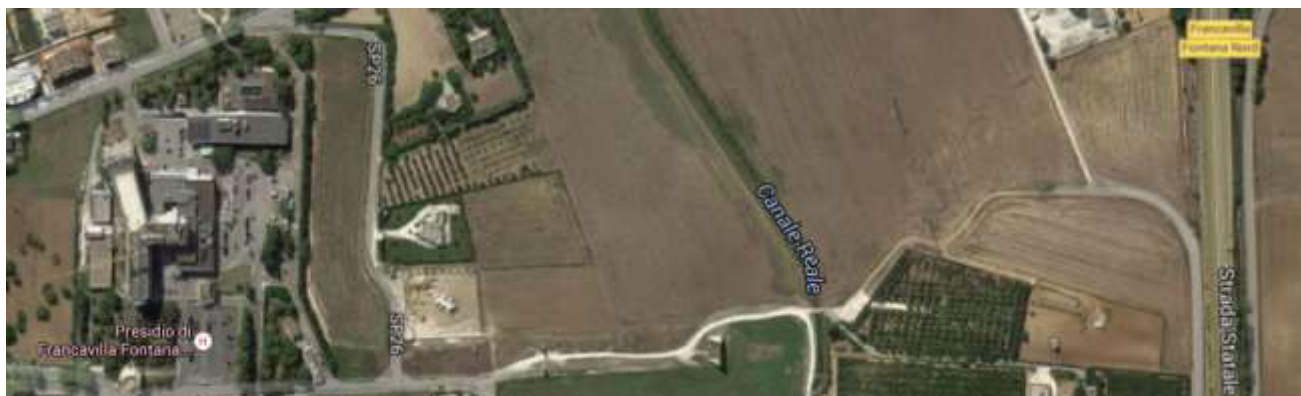
- DEA di 1° livello;
- "Presidio di Pronto Soccorso per Traumi", nell'alveo della "Rete Trauma";
- "Centro di Cardiologia con UTIC H24 senza emodinamica H24", nell'alveo della "Rete Cardiologica".

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

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

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

**Figura 2.7 - Ospedale "Camberlingo" di Francavilla Fontana**



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

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

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

**Tabella 2.12 - Quadro economico lavori presso l'ospedale "Francavilla Fontana"**

QUADRO ECONOMICO			
A.1	Per lavori edili ed impiantistici	€ 4.730.000,00	
A.2	Per Oneri di Sicurezza	€ 141.900,00	
<b>A</b>	<b>Sommano lavori</b>		<b>€ 4.871.900,00</b>
<b>B</b>	<b>Somme a disposizione dell'Amministrazione</b>		<b>€ 2.328.100,00</b>
B.1	Spese Tecniche	€ 535.000,00	
B.2	Imprevisti	€ 341.810,00	
B.3.1	IVA su lavori	€ 487.190,00	
B.3.2	IVA su spese tecniche	€ 139.100,00	
B.4	Spese per forniture/attrezzature/altre spese	€ 825.000,00	
	<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>€ 7.200.000,00</b>

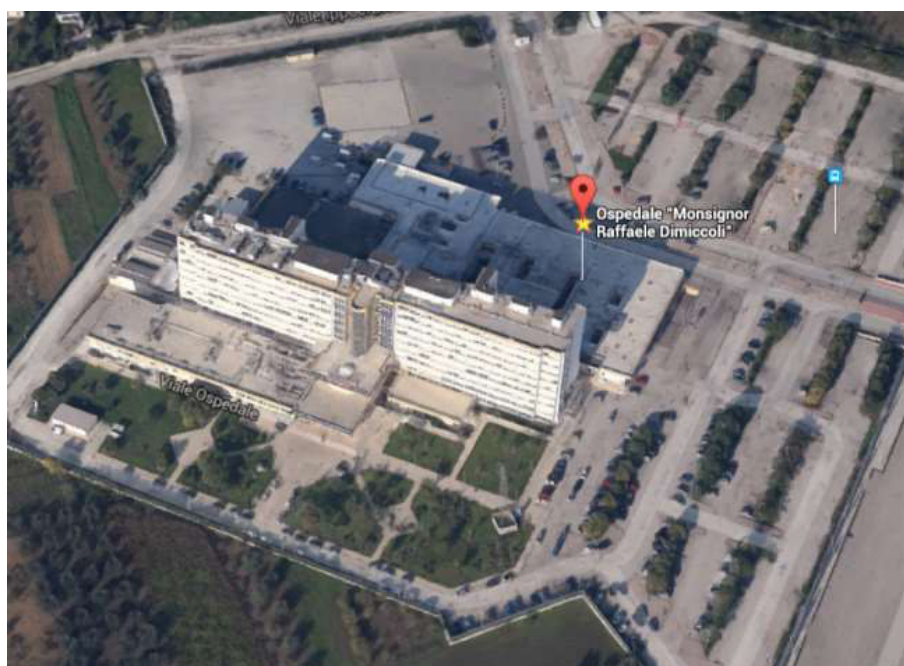
### 2.2.2.5. Ospedale “Dimiccoli” di Barletta (Codice intervento: 7)

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

- DEA di 1° livello;
- “Presidio di Pronto Soccorso per Traumi”, nell’alveo della “Rete Trauma”;
- “Cardiologia con UTIC H24”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”
- “Stroke Unit” di I livello, nell’alveo della “Rete ICTUS”

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

**Figura 2.8 – Ospedale di Barletta**



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

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

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

Gli interventi pianificati sono:

- realizzazione di un tunnel di collegamento fra la Torre chirurgica e le sale operatorie e adeguamento dei reparti chirurgici (spesa prevista € 1.200.000,00)
- lavori di realizzazione criobanca e adeguamento impianti gas (spesa prevista € 1.000.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione sale operatorie (spesa prevista € 1.200.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione degli spazi comuni della U.O. Radiologia e della Senologia e ammodernamento dei collegamenti verticali (spesa prevista € 1.500.000,00);
- lavori e fornitura di risonanza magnetica aperta (spesa prevista € 1.500.000,00);
- forniture di apparecchiature sanitarie (spesa prevista € 2.500.000,00)

Di seguito il quadro economico di massima dell’intervento.



**Tabella 2.13 - Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Barletta**

<b>IMPORTO DEI LAVORI</b>		
a) Importo per lavori e attrezzature	€	5.915.000,00
b) Costi per la sicurezza indiretti	€	420.000,00
c) Costi per incidenza manodopera inclusi in [a]	€	1.470.000,00
Totale importo lavori a base d'asta [a]	€	<u>5.915.000,00</u>
Importo totale	€	<u>6.335.000,00</u> <b>6.335.000,000</b>
<b>SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE</b>		
1) Lavori in economia, previsti in progetto ed esclusi dall'appalto	€	248.500,00
2) Rilievi accertamenti e indagini	€	75.000,00
3) Allacciamenti ai pubblici servizi	€	0,00
4) Imprevisti	€	0,00
5) Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€	0,00
6) Incentivi ai sensi dell'art.113 del Codice appalti	€	126.700,00
7) Spese tecniche per Progettazione, sicurezza in fase di progettazione e esecuzione, attività tecnico amministrative connesse alla progettazione	€	413.500,00
8) Spese per eventuali commissioni giudicatrici	€	55.000,00
9) Spese per pubblicità e, ove previsto, per opere artistiche	€	0,00
10) Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal CSA, di supporto al RUP per verifica progettazione	€	45.000,00
11) IRAP 8,50% su 6)	€	10.769,50
12) I.V.A. al 22% sul totale importo lavori	€	1.393.700,00
13) CNPAIA 4% su 7) e 10)	€	18.340,00
14) I.V.A. al 22% su 1) +2) + 7) + 9) + 10) +13)	€	176.074,80
15) arrotondamenti	€	<u>2.415,70</u>
In uno somme a disp. Amministrazione	€	<u>2.565.000,00</u> <u>2.565.000,00</u>
<b>Totale generale</b>	<b>€</b>	<b>8.900.000,00</b>

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

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

- DEA di 1° livello;
- "Presidio di Pronto Soccorso per Traumi" nell'alveo della "Rete Trauma";
- Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica nell'alveo della "Rete Cardiologica";
- "Stroke Unit" di I livello, nell'alveo della "Rete ICTUS"

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

Si prevedono, sinteticamente, i seguenti interventi:

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

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

Di seguito il quadro economico complessivo.

**Tabella 2.14 - Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Castellaneta**

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

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

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

- DEA di 2° livello;
- “Stroke Unit 2 livello”, nell'alveo della “Rete ICTUS”;
- “Centro Traumi alta specializzazione”, nell'alveo della “Rete Trauma”;
- “HUB”, nell'alveo della “Rete Cardiologica”.

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

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

Va segnalato che il R.R. 23/2019 prevede la futura costituzione in ente ospedaliero autonomo, con capacità attrattiva extra-regionale, del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII, con separazione dall'AOU Policlinico, assorbimento delle discipline pediatriche di alta specialità insistenti negli ospedali limitrofi e delle altre province e istituzione di nuove ritenute strategiche.

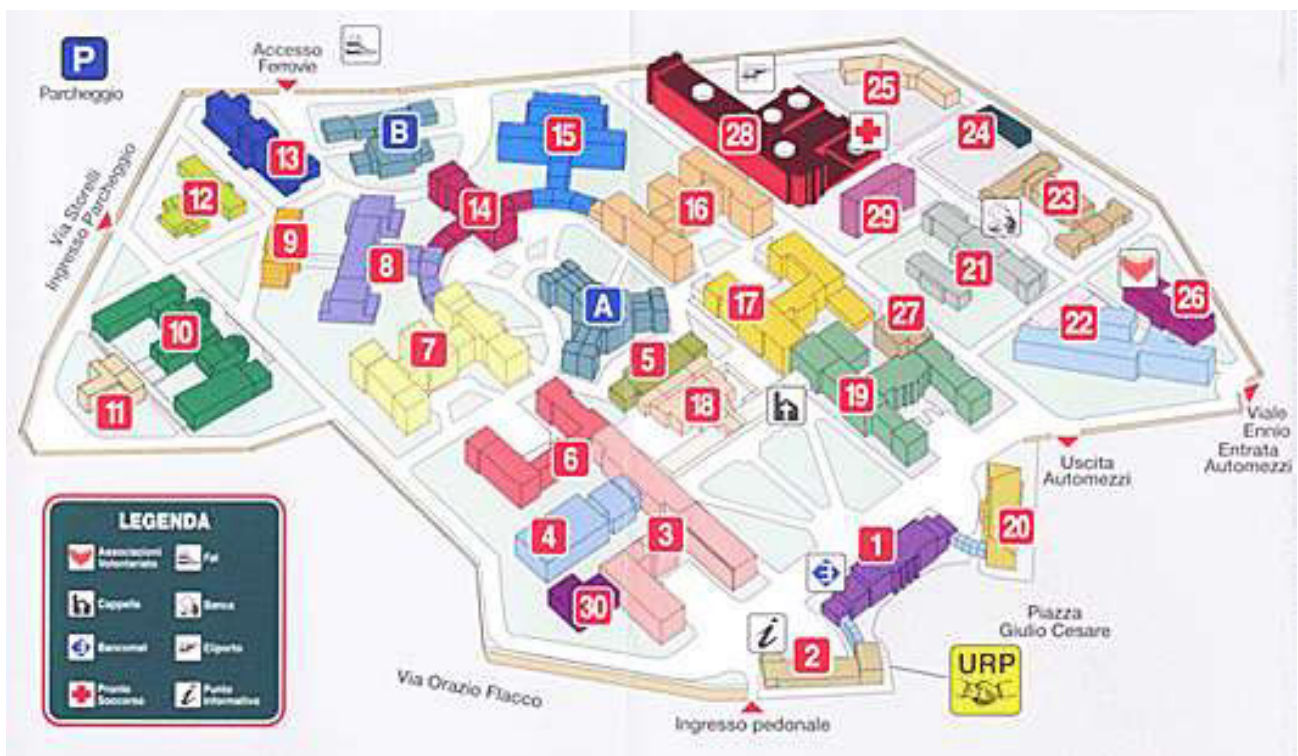
L'Azienda rappresenta il più grande presidio ospedaliero della Regione Puglia per numero di posti letto. Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Bari, ospita gli insegnamenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i Corsi di Laurea delle Professioni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

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

Con i precedenti accordi programma a valere sulle risorse dell'art. 20 della l.n. 67/1988 sono stati finanziati una serie di interventi volti a riqualificare alcuni vecchi padiglioni ed alla realizzazione di nuove strutture. Tuttavia tali interventi non possono essere considerati esaustivi considerata l'estensione del polo ospedaliero ed il numero di padiglioni, nonché la loro vetustà. Nell'ambito di questo articolato processo di rinnovamento nel luglio del 2005 è stato inaugurato il Nuovo Complesso Chirurgico della Emergenza "Asclepios", destinato ad assumere un ruolo strategico non solo all'interno della Azienda, ma su tutto il sistema regionale dell'emergenza-urgenza.

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

Figura 2.9 – Policlinico di Bari



- |   |  |
|---|--|
| 1 INGRESSO PRINCIPALE                                       | 17 ODONTOSTOMATOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA                   |
| 2 SERVIZI   | 18 RADIOLOGIA  |
| 3 MEDICINA INTERNA (PADIGLIONE CHINI)                       | 19 CHIRURGIA   |
| 4 MEDICINA INTERNA (DIMO)                                   | 20 CENTRALE 118  |
| 5 CENTRO POLIFUNZIONALE                                     | 21 NEUROLOGIA  |
| 6 ORTOPIEDIA  | 22 ISTITUTI BIOLOGICI  |
| 7 REPARTI OSPEDALIERI                                       | 23 PNEUMOLOGIA   |
| 8 DERMATOLOGIA  | 24 REUMATOLOGIA OSPEDALIERA                                    |
| 9 MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA                              | 25 PSICHIATRIA   |
| 10 ANATOMIA UMANA, MEDICINA LEGALE, ANATOMIA PATOLOGICA     | 26 CONVITTO SACRO CUORE  |
| 11 CHIESA E OBITORIO  | 27 ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE                               |
| 12 MEDICINA DEL LAVORO, GENETICA MEDICA, SEMEIOLOGIA MEDICA | 28 ASCLEPIOS   |
| 13 MALATTIE INFETTIVE                                       | 29 BIOCHIMICA MEDICA, BIOLOGIA MEDICA, FISICA MEDICA, IGIENE 2 |
| 14 OFTALMOLOGIA   | 30 DIALISI   |
| 15 PEDIATRIA  | A FARMACIA OSPEDALIERA, UFFICIO TECNICO OSPEDALE               |
| 16 OSTETRICIA E GINECOLOGIA                                 |  |

**A.O.U. POLICLINICO DI BARI**  
**Planimetria Generale**

Figur

co di

**Legenda Edifici**

- 1 - Chiesa - Obitorio
- 2 - Istituti Anatomici
- 3 - Istituto malattie infettive - Cardiologia
- 4 - Centrale termica - Area ecologica - D.S. Generali
- 5 - Istituto clinica dermatologia
- 6 - Cliniche mediche D'Agostino
- 7 - 7A - Istituto clinica pediatrica - Oncologico
- 8 - Istituto clinica oculistica
- 9 - Reparti ospedalieri Balestruzzi
- 10 - Farmacia - Patologia clinica laboratorio analisi  
A.G. Patrimonia
- 11 - Clinica ortopedica - Pellegroni Morgagni
- 12 - Cliniche mediche universitarie
- 13 - Istituto patologia medica
- 14 - Dieteta
- 15 - Istituto radiologia
- 16 - Direzione Generale / Amministrativa
- 17 - a) Direzione Sanitaria - b) Affari Generali
- 18 - Area Tecnica - CED - 115 - centro prelievi
- 19 - Istituto clinica ostetrica - Ginecologia
- 20 - Istituto chirurgia - Rianimazione
- 21 - Odontoiatria - Otorino
- 22 - Istituto clinica neurologica
- 23 - Psichiatria
- 24 - Reumatologia ospedaliera dimessa
- 25 - Futura costruzione di Asclepios 3
- 26 - Istituto medicina del lavoro
- 27 - Istituto igiene
- 28 - A.G. Risorse finanziarie - Alloggio cappellari  
Scuola Infermieri
- 29 - Segreteria unificata
- 30 - N.C.C.E. Asclepios
- 31 - N.C.C.E. Asclepios 2
- 32 - Istituti biologici
- 33 - Asilo nido - Rilascio presenze
- 34 - Biomedica
- 35 - Nuova dialisi (in corso di costruzione)
- 36 - Info point
- 37 - Guardiana
- 38 - Guardiana
- 39 - Guardiana
- 40 - Centrale GAS
- 41 - 66 Centrale elettrica / Vano tecnico

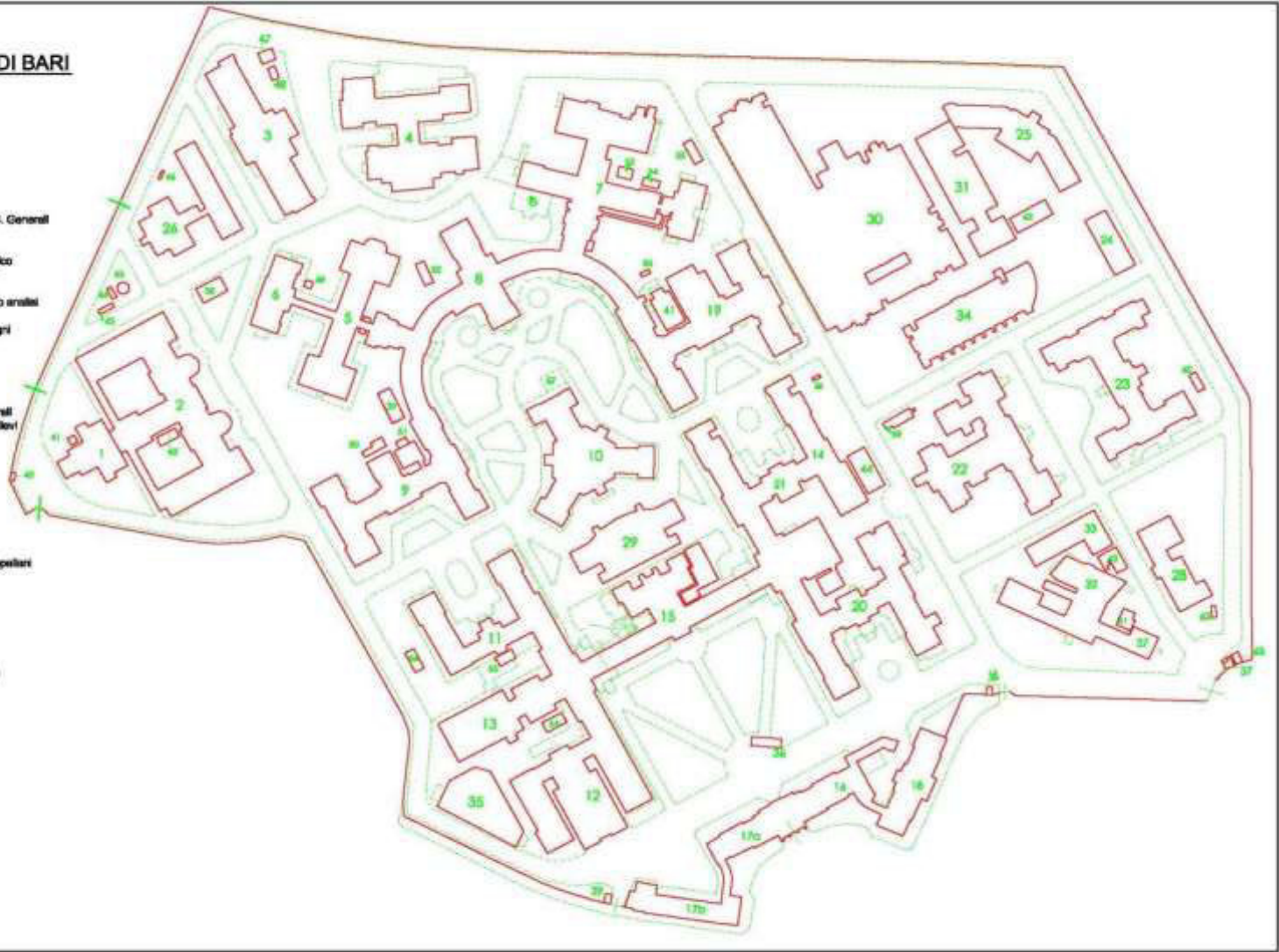




figura 2.11 - Planimetria Ospedale Giovanni XXIII

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

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

- **Intervento 14 - Riqualficazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari** (corpo "13" della planimetria in figura 17). Il fabbricato oggetto di intervento fu completato negli anni settanta e non è mai stato sottoposto ad un intervento di riqualficazione. L'intervento proposto è essenzialmente volto alla riqualficazione energetica ed alla messa a norma della "Patologia Medica" sotto il profilo dell'accessibilità sull'edificio da parte di persone disabili e dell'accoglienza, della prevenzione incendi e di adeguamento impiantistico in generale (elettrico, climatizzazione e gas medicinali) per tutte le aree dell'edificio, con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi ai fini dell'accreditamento istituzionale. Si prevede, in particolare, l'esecuzione dei seguenti interventi: isolamento involucro esterno; sostituzione degli infissi e installazione di schermature solari; interventi sugli impianti ((sostituzione degli impianti monosplit ad espansione diretta con impianto centralizzato, coibentazione di tubazioni ed apparecchiature).

Di seguito si riportano i quadri economici suddivisi per intervento

**Tabella 2.15 - Quadri economici degli interventi presso l'AOU Policlinico di Bari.**

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

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

**Tabella 2.16 - Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013**

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

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

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 23/2019 così come modificato dal R.R. 14/2020, ha

previsto, riconfermandola, la classificazione di ospedale di primo livello per il presidio ospedaliero di Cerignola.

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

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

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

**Figura 2.12 - Ospedale di Cerignola**



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

In particolare sono state rilevate le seguenti esigenze:

#### Rifunionalizzazione dei reparti e sistemazioni esterne

Sostituzione degli arredi per spazi comuni.

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

#### Rifacimento impiantistica

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

Adeguamento e ampliamento degli impianti tecnologici adeguandoli alle nuove normative vigenti

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

#### Adeguamento antincendio

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

Di seguito il quadro economico di massima.



**Tabella 2.17 – Quadro economico per l’ospedale di Cerignola**

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

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

**Tabella 2.18 - Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013**

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

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

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

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

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

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

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

**Figura 2.13 - Ospedale di San Severo**



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

In particolare sono state rilevate le seguenti esigenze:

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

Di seguito il quadro economico di massima.

**Tabella 2.19 – Quadro economico per l’ospedale di San Severo**

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

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

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

- DEA di 1° livello;
- “Stroke Unit di 1° livello” nell’ambito della rete ICTUS;
- un “Presidio di Pronto Soccorso per Traumi”, nell’alveo della “Rete Trauma”
- una “Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica”, nell’alveo della “Rete Cardiologica”.

**Figura 2.13 - Ospedale di Gallipoli**



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

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

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

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

In sintesi si prevede:

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

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

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

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

### 2.2.3. L'Offerta post-operam

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

- saranno stati realizzati cinque nuovi ospedali moderni e all'avanguardia sul piano logistico-tecnologico (Andria, Monopoli – Fasano, Sud Salento, Taranto, Nord Barese), di cui 1 (quello di Monopoli - Fasano) completato grazie al presente programma;
- sarà stata razionalizzata la rete ospedaliera con la dismissione dei piccoli ospedali (che saranno sostituiti dai nuovi di cui sopra e riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza - PTA), costituita esclusivamente da presidi ospedalieri (potenziati e riqualificati grazie agli interventi del presente documento programmatico) di riferimento per un ampio bacino di popolazione ai sensi di quanto previsto dal DM 70/2015;
- sarà avviato un piano di dismissioni patrimoniali da parte delle ASL con riferimento agli immobili degli ospedali disattivati che non dovessero essere oggetto di riconversione in presidi di salute territoriale;

- sarà ridotta la mobilità passiva per effetto della combinazione degli interventi già in corso di svolgimento, nell'ambito del Programma Operativo 2016-2018, e della maggiore attrattività che le nuove strutture ospedaliere eserciteranno sulla domanda di prestazioni da parte della popolazione pugliese e sulla mobilità dei professionisti medici specialisti;

In **Tabella 2.21** è riportata la sintesi dell'offerta post-operam.

**Tabella 2.21 - Offerta post-operam**

Obiettivo	Intervento	Note
O1	Completamento del Nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	Disattivazione di Monopoli (BA) e Fasano (BR)
O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Interventi di ammodernamento di 11 ospedali esistenti

## 2.3 Coerenza interna della strategia

### 2.3.1. Relazione e complementarità tra le priorità

Il presente programma di investimenti si compone di un numero limitato di interventi (16, di cui 1 relativo al completamento di un nuovo ospedale, 15 relativi al potenziamento di 11 ospedali esistenti di I e II livello), per cui non si intravedono particolari relazioni di complementarità.

In questa sede è opportuno evidenziare l'indifferibilità dell'intervento di completamento del nuovo ospedale Monopoli - Fasano, in quanto hanno lo scopo di completare interventi già avviati, a valere su altre risorse finanziarie che si sono rivelate insufficienti in fase di progettazione esecutiva.

### 2.3.2. Analisi dei rischi

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

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

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

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

Detti fattori sono classificabili in due categorie:

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

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

di contenerne gli effetti.

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

I punti di forza individuati hanno come denominatore comune la determinazione dell'Amministrazione regionale nel voler perseguire l'obiettivo del rinnovamento dell'offerta sanitaria in accordo con quanto perseguito a partire dal 2010 con il Piano di Rientro 2010-2012 e successivamente con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma Operativo 2016-2018. Si tratta di un rinnovamento che ha interessato sia gli aspetti tipicamente economici e finanziari, attraverso la definizione delle modalità 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, appare assumere particolare rilevanza la resistenza dell'utenza e degli operatori del settore ad accettare il cambiamento nella logica che sottende il modo di erogare il servizio sanitario. La percezione da parte dell'utenza della soppressione dei posti letto, presso le strutture sanitarie più vicine, potrebbe risultare ancor più negativa, tenuto conto della situazione sociale ed economica caratterizzata da un elevato indice di deprivazione, oltre che dalla scarsa propensione degli operatori a rendere concreti i concetti della continuità assistenziale e dell'appropriatezza delle prestazioni.

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

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

	Fattori utili al conseguimento degli obiettivi	Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi
F a t t o r i  I n t e r n i	<b>S (Punti di Forza)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarità del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarità del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure</li> <li>✓ Complementarità degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio</li> <li>✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR.</li> </ul>	<b>W (Punti di Debolezza)</b> <p>Tradizionale ridotta capacità di integrazione ed interlocuzioni fra i vari attori della rete assistenziale, in uno scenario prospettico basato, invece, sulla massima interazione dei servizi ospedalieri e territoriali</p> <p>Rischio di incompatibilità tra l'urgenza di completare ed attivare il nuovo ospedale Monopoli-Fasano e la lunghezza delle procedure art. 20</p> <p>Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi</p> <p>Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.)</p>
	<b>O (Opportunità)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale;</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> <li>✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera.</li> </ul>	<b>T (Rischi/Minacce)</b> <p>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.</p> <p>Resistenza dell'apopolazione del centro urbano di Monopoli al trasferimento del presidio ospedaliero fuori dal centro urbano con conseguente percezione di non immediatezza di intervento.</p> <p>Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori.</p> <p>Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza</p> <p>Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</p>
F a t t o r i  E s t e r n i		

**Tabella 2.22 - Matrice SWOT**



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

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

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

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

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

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

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

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

#### Le Missioni e le Componenti:

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

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

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa appunto di **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

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

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

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

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

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

Le direttrici della **strategia regionale** definita per raccogliere la sfida della costruzione di un moderno Servizio Sanitario Regionale, sulla base dei principi ispiratori e delle direttrici del recente Patto della Salute 2014/2016, nonché dei requisiti stabiliti dal DM 70/2015, sono:

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

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

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

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

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

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

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

l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli ospedali.

Il suddetto piano di investimenti ha previsto:

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

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

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

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

- a) Nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto, comportandone la riconversione insieme alla riconversione dello stabilimento ospedaliero San Giuseppe Moscati di Statte ed allo stabilimento ospedaliero di Grottaglie;*
- b) Realizzazione del Nuovo Ospedale del Sud Salento, che comporterà la riconversione dell'ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano e dell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina;*
- c) Realizzazione del Nuovo Ospedale di Andria, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa, riconvertito con il presente provvedimento;*
- d) Realizzazione del Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, che comporterà la riconversione dell'ospedale San Giacomo di Monopoli, oltre all'Ospedale di Fasano, riconvertito con il presente provvedimento;*
- e) Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord barese, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertito con il presente provvedimento;*

*2. Alla realizzazione delle strutture ospedaliere individuate nel presente articolo si procede:*

- a) con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute" e su ulteriori risorse regionali all'uopo destinate;*
- b) a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/88 ovvero a valere sui Fondi Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento;*
- c) Alla riqualificazione ed al potenziamento nonché all'adeguamento alla normativa vigente (antincendio, antisismica, efficientamento energetico ecc) degli ospedali preesistenti, non oggetto di riconversione in strutture territoriali ai sensi del presente regolamento, si procede nei limiti delle risorse finanziarie europee, nazionali e regionali all'uopo destinate sulla base di priorità da definirsi a cura della Giunta regionale con proprie deliberazioni.*

Ulteriore atto cruciale per la realizzazione della strategia di cui sopra è stata la DGR n. 89 del 22/01/2019 con cui è stata approvata la precedente versione del presente Documento Programmatico, contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria che si intendeva finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n.

67/1988 unitamente all'elenco di 4 interventi prioritari, per i quali è stato successivamente sottoscritto un Primo Accordo Stralcio in data 18/11/2020. Più nel dettaglio, tale Primo Accordo Stralcio si articola nei seguenti interventi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

## 3.2 Sostenibilità degli interventi

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

### **3.2.1. Fattibilità tecnica**

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

- l'intervento relativo al nuovo ospedale di Monopoli – Fasano è un mero completamento di un'opera già in corso di realizzazione nell'alveo di un diverso finanziamento, la cui progettazione esecutiva è già stata sottoposta ad un iter di verifica amministrativa e procedurale nonché ad una analisi costi/benefici con parere favorevole da parte del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti della Regione Puglia; la progettazione clinico-gestionale del progetto originario è stata adattata all'aggiornato quadro esigenziale;
- gli interventi relativi al potenziamento ed adeguamento a norma degli ospedali esistenti rappresentano interventi necessari per conseguire la piena conformità alle norme vigenti.

### **3.2.2. Sostenibilità ambientale**

Gran parte degli interventi sui presidi ospedalieri esistenti ricompresi nel presente documento programmatico ha tra le gli obiettivi l'efficientamento energetico degli stessi, interessando a tal fine, a titolo di esempio, le varie componenti impiantistiche per la produzione di energia elettrica o di acqua calda sanitaria nonché soluzioni per riscaldamento/raffrescamento attivo e passivo degli edifici.

Gli interventi, anche quelli non direttamente orientati all'efficientamento energetico, saranno progettati e realizzati nel rispetto dei CAM e di tutte le norme vigenti in materia ambientale, puntando allo sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento, ventilazione) e prestando particolare attenzione alla gestione razionale delle risorse (sistemi di riscaldamento con acqua a bassa temperatura, cogenerazione, utilizzo di acqua sanitaria riciclata, etc.).

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.

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

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

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

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

### **3.2.4. 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.

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

### 3.2.5. 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*.

La condizione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per il primo semestre del 2022 è stata ancora una volta correlata alla gestione della pandemia Covid-19, nonché al contesto economico-finanziario del paese Italia. C'è da evidenziare, ad esempio, il notevole aumento dei costi del S.S.R. (costi dell'energia, costi dei rinnovi contrattuali, aumento dei costi delle materie prime, ecc.).

Ad ogni modo, la contingenza legata all'emergenza pandemica ha rappresentato anche per il 2022 una sfida ulteriore che ha richiesto una capacità aggiuntiva di lettura e interpretazione dei dati di funzionamento del sistema, l'implementazione di specifici presidi di monitoraggio e governo, un approccio flessibile nell'individuazione di soluzioni organizzative, nonché strumenti di intervento tempestivi ed efficienti.

L'incremento della quota regionale del Fondo Sanitario Nazionale, pari a 39,4 milioni nel 2021 rispetto al 2020, e pari a 258,4 milioni nel 2022 rispetto al 2021, non ha consentito la copertura di tutti i costi derivanti dalle disposizioni nazionali quali in particolare:

- maggiori costi aggiuntivi per la gestione della pandemia covid;
- stabilizzazioni del personale sanitario e non (36 mesi e 18 mesi);
- applicazione dei rinnovi CCNL ;
- mancato finanziamento della Legge 210/1992 riferita agli indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati;
- aumento costi energia e materie prime a causa sia delle conseguenze dirette ed indirette della pandemia Covid-19, sia del conflitto in Ucraina.

A tal proposito, in sede di Conferenza delle Regioni, gli Assessori alle Politiche della Salute e i Presidenti hanno recentemente presentato specifiche proposte strategiche al Governo Nazionale, sia per il 2023 sia per gli anni a seguire, in particolare evidenziando:

- insufficiente livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;
- mancato finanziamento di una quota rilevante delle spese sostenute per l'attuazione delle misure di contrasto alla pandemia da Covid-19 e per l'attuazione della campagna vaccinale di massa;
- considerevole incremento dei costi energetici sostenuti dalle strutture sanitarie e socio-assistenziali, nonché dei costi connessi al mutato scenario internazionale;
- utilizzo di risorse proprie e straordinarie e pertanto irripetibili del proprio bilancio e per alcune regioni la difficoltà a chiudere in equilibrio il bilancio 2022, nonostante l'impiego di tali risorse;
- necessità di recuperare le liste di attesa accumulate dopo la pandemia Covid-19;
- rischio di disavanzo e di potenziale commissariamento, con conseguente necessità di dover ridurre il livello di servizi da garantire ai propri cittadini causato da fattori non imputabili alla propria gestione, bensì dal parziale ristoro dei costi covid e dei maggiori costi energetici;
- criticità riguardanti il personale sanitario e la carenza di professionisti.

Per quanto concerne il conto economico consolidato di IV trimestre 2022, il Tavolo congiunto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, e del Ministero della Salute, nel corso della riunione del 28 marzo 2023, ha preso atto che la Regione Puglia presentava un risultato non in equilibrio.

E' utile sottolineare che negli ultimi due anni l'andamento economico/finanziario del S.S.R. è stato caratterizzato da tre variabili significative:



- Pandemia Covid-19 che ha obbligato il S.S.R. a nuovi costi, ma soprattutto a incrementare la dotazione organica degli ospedali e del territorio storicamente al di sotto della media nazionale (si pensi al personale necessario per l'assistenza ai malati covid e al notevole costo per le attività correlate alle vaccinazioni covid);
- Decremento della popolazione residente in misura maggiore rispetto alla media nazionale con una riduzione negli ultimi 10 anni (2022 rispetto al 2013) di 167.325 abitanti, con conseguente perdita correlata di trasferimenti del FSN che sono determinati per quota capitaria, a fronte di un indice di invecchiamento superiore alla media nazionale, che da un lato ha inciso sull'incremento di bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, e dall'altro non ha prodotto un sufficiente incremento della quota di riparto per soddisfare gli stessi;
- Incremento di spesa per assistenza socio-sanitaria (RSA, ecc.), internalizzazioni (Sanitaservice), lavori su ospedali e acquisto attrezzature.

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 412/2023 si è preso atto del risultato negativo presunto e si è dato mandato per reperire le idonee coperture, chiedendo inoltre al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di porre in essere ogni atto programmatico ovvero azione utile al contenimento della spesa per il 2023 e per gli anni successivi.

La Regione, pertanto, al fine di evitare l'applicazione del meccanismo sanzionatorio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, sentito il competente Ufficio della Ragioneria Generale di Stato, ha ritenuto opportuno avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 1, commi 822 e 823, della legge n. 197/2022.

A tal fine, la Direzione del Dipartimento Bilancio, Affari generali e Infrastrutture ha avviato con le altre Direzioni di Dipartimento e/o Strutture autonome un'attività di analisi e di verifica delle quote di avanzo vincolato al 31 dicembre 2022, con lo scopo di accertare la sussistenza di risorse utilizzabili per le finalità di cui all'articolo 1, commi 822 e 823, della legge n. 197/2022, ovvero la sussistenza di quote di avanzo vincolato riferite ad interventi conclusi o già finanziati in anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte e con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni.

A seguito della suddetta ricognizione del Dipartimento Bilancio, Affari Generali ed Infrastrutture è emerso che le quote di avanzo vincolato confluite nel risultato di amministrazione al 31.12.2022, riferite ad interventi conclusi o già finanziati in anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte e con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni, che possono essere finalizzate alla copertura del disavanzo della gestione 2022 delle aziende del servizio sanitario regionale derivante dai maggiori costi diretti e indiretti conseguenti alla pandemia di COVID-19 e alla crescita dei costi energetici sono pari a un importo complessivo di euro 149 milioni.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 573 del 28 aprile 2023, su proposta dell'Assessore alla Sanità ed al Benessere animale, di concerto con il Vice Presidente della Giunta regionale con delega al Bilancio, è stata approvata la variazione di bilancio utile alla copertura del disavanzo sanitario determinato dai maggiori costi sostenuti nell'anno 2022 per le conseguenze dirette e indirette della gestione dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19, oltre che per i maggiori costi energetici.

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

Sulla base di quanto rilevato dal conto economico preconsuntivo, relativo all'esercizio 2022 delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del SSR, approvato con D.G.R. n. 572 del 28/04/2023, si rileva che hanno inciso sull'equilibrio economico-finanziario:

- a) l'incremento della spesa farmaceutica anche nell'anno 2022 rispetto all'anno 2021, tendenza rilevata a livello nazionale (ultimo aggiornamento AIFA per il periodo Gennaio-Ottobre 2022, + 8,97%), seppure al di sotto del valore percentuale di incremento rispetto alle altre regioni, grazie alle misure di programmazione e contenimento messe in campo dalla Regione Puglia, che hanno ridotto sensibilmente il differenziale di spesa regionale con tendenza in avvicinamento alla media nazionale;
- b) l'incremento della spesa per dispositivi, sebbene nel corso dell'ultimo quinquennio l'adozione delle molteplici azioni poste in essere dalla regione ai fini del contenimento della spesa, ha ridotto sensibilmente il differenziale di spesa regionale con tendenza in avvicinamento alla media nazionale;
- c) l'incremento della spesa per l'assistenza socio sanitaria, al fine di permettere alla Regione Puglia il raggiungimento dei target LEA, nonché per garantire le prestazioni di medicina territoriale;
- d) l'incremento, rispetto agli esercizi precedenti, dei costi determinati dalla internalizzazione di servizi ulteriori, con particolare riferimento ai costi derivanti dal completamento dell'internalizzazione del servizio emergenza urgenza sanitaria territoriale (118);
- e) l'adozione di provvedimenti da parte delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Locali, di Aziende Ospedaliero-Universitarie e di I.R.C.C.S. pubblici di investimenti, lavori e acquisti di beni durevoli ritenuti indilazionabili nell'indisponibilità di specifiche risorse in conto capitale, con il conseguente aggravio dei conti economici.

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.

A causa dell'emergenza pandemica, che ha determinato un impatto notevole sui servizi sanitari imponendo significative riorganizzazioni e persino limitazioni nell'accesso alle prestazioni sanitarie, il calcolo degli indicatori è considerato per il 2020 di tipo informativo e non valutativo.

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 che aveva visto la Puglia crescere di 38 punti negli ultimi 4 anni del precedente sistema di valutazione.

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.

A fronte di queste criticità, e nonostante l'emergenza COVID-19, alcuni indicatori hanno evidenziato un miglioramento rispetto agli anni precedenti, come il consumo di antibiotici, l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, la percentuale di pazienti di età superiore a 65 anni con diagnosi di fratture di femore operati entro 48 ore.

I primi dati relativi al 2021, per quanto non ancora ufficiali, evidenziano ulteriori progressi, soprattutto nelle macroaree della prevenzione e dell'assistenza ospedaliera.

Questi risultati sono stati ottenuti non solo in un contesto sfavorevole sul piano dei finanziamenti ma più in generale di risorse. A titolo esemplificativo, il Rapporto Agenas dell'ottobre 2022 "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale", riporta per la Regione Puglia 6.346 unità di personale medico e 15.403 infermieri in servizio nel 2020 e per la Regione Emilia Romagna 9.098 medici e 27.631. Se rapportiamo questi numeri alla popolazione, la Puglia ha un tasso di operatori sanitari pari a 5,56 per 1000 abitanti e l'Emilia Romagna di 8,29: per raggiungere lo stesso valore, la Puglia dovrebbe assumere circa 12.000 tra medici e infermieri in più, passando dagli attuali 21.749 a 33.000.

Un altro esempio di regole del gioco variamente applicate può essere ritrovato nella distribuzione dei posti letto ospedalieri, che le Regioni avrebbero dovuto ricondurre entro la soglia di 3,2 per 1000 abitanti ai sensi del DM 70 del 2015: nel periodo 2011-2019, stando ai dati del Ministero della Salute, la Puglia ha contratto il numero di posti letto di 3.456 unità (pari al 28% del totale della dotazione), passando da un tasso di 4,02 a 3,17 per 1000 abitanti. L'Emilia Romagna ha ridimensionato la propria offerta solo del 13%, passando da 4,42 a 3,92 posti letto per 1000 abitanti, quindi rimanendo fuori dalla soglia del DM 70; sopra la soglia rimangono anche la Lombardia (3,79) e il Veneto (3,6), con un'offerta eccedente gli standard ministeriali, a differenza di altre regioni del Sud (Campania: 3,09; Calabria: 3,04).

**Tabella 3.1–Risultati NSG – punteggi sottoinsieme CORE per area, anni 2020-2017**

Regione	2020			2019			2018			2017		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	76,08	91,26	75,05	91,72	88,83	85,78	93,04	88,31	85,59	92,90	84,05	84,14
Valle d'Aosta	74,06	56,58	59,71	72,16	48,09	62,59	72,30	36,70	71,54	64,12	34,52	74,38
Lombardia	62,02	95,02	75,59	91,95	89,98	86,01	89,94	83,44	79,93	86,84	77,05	77,13
P.A. Bolzano	51,90	57,43	66,89	53,78	50,89	72,79	51,86	40,60	71,38	53,37	44,82	73,97
P.A. Trento	88,42	78,07	93,07	78,63	75,06	96,98	93,02	72,90	94,18	83,56	82,45	94,75
Veneto	80,74	98,37	79,67	94,13	97,64	86,66	91,72	94,65	85,93	80,75	95,10	83,67
Friuli V.G.	75,63	80,35	74,06	80,39	78,35	80,62	73,20	76,42	82,94	53,18	74,02	80,72
Liguria	50,85	83,12	65,50	82,09	85,48	75,99	83,50	86,84	75,84	73,94	84,16	79,99
Emilia Romagna	89,08	95,16	89,52	94,41	94,51	94,66	93,26	94,32	90,70	93,03	86,82	88,51
Toscana	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39	88,48	89,79	90,91	87,07	82,67	94,27
Umbria	89,64	68,55	71,61	95,65	69,29	87,97	93,92	67,48	87,33	92,89	67,91	80,59
Marche	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79	82,03	76,70	77,04	69,00	78,51	69,84
Lazio	74,46	80,19	71,76	86,23	73,51	72,44	84,99	62,40	73,25	86,18	57,99	70,78
Abruzzo	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84	86,24	74,05	68,54	66,54	63,76	67,92
Molise	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73	79,55	44,49	44,74	74,18	31,25	40,66
Campania	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40	74,67	64,30	58,07	72,51	55,16	44,83
Puglia	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22	79,39	70,57	72,14	66,21	64,60	65,90
Basilicata	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52	84,16	45,09	75,83	78,69	49,86	72,56
Calabria	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43	64,03	58,44	47,22	65,49	47,35	50,63
Sicilia	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47	50,76	75,64	50,60	50,20	74,87	73,05
Sardegna	70,79	48,95	59,26	78,30	61,70	66,21	75,78	34,50	64,60	76,36	35,16	63,74

*In rosso i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori a 60 punti (soglia di sufficienza).*

## 4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

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

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

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

### 4.1 Il sistema degli indicatori

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

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

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

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

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

#### 4.1.1. Indicatori di contesto

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

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

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

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

## 4.1.2. Indicatori di programma

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

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

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

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

### 4.1.3. Indicatori di efficienza ed efficacia

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

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

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

## **4.2 Valutazione degli impatti**

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

### **4.2.1. Accettabilità sociale del programma**

Il programma di investimenti proposto, con particolare riferimento agli interventi relativi al completamento del nuovo ospedale Monopoli-Fasano, avrà certamente un accoglimento favorevole da parte delle comunità del bacino di utenza, in particolare da parte della comunità di Fasano, il cui presidio ospedaliero è stato riconvertito in PTA già da diversi anni; il nuovo ospedale Monopoli-Fasano, seppure ubicato nel territorio di altra ASL, sarà più facilmente raggiungibile rispetto ai 3 presidi ospedalieri della ASL BR (Ostuni, Brindisi e Francavilla Fontana). Per la popolazione residente nel centro cittadino di Monopoli si prospetta da un lato il vantaggio del decongestionamento del traffico nel centro cittadino, connesso alla dismissione dell'attuale stabilimento ospedaliero ubicato all'interno del tessuto urbano, e dall'altro una potenziale percezione di ridotta protezione sanitaria per possibili disagi dovuti al prolungamento delle distanze per l'accesso al nuovo presidio.

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

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

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

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

Per quanto riguarda gli interventi di adeguamento e potenziamento degli ospedali esistenti, non si ravvisa alcun elemento di criticità in merito all'accettabilità sociale, che non può che essere positiva.

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

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



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

## 5. IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO

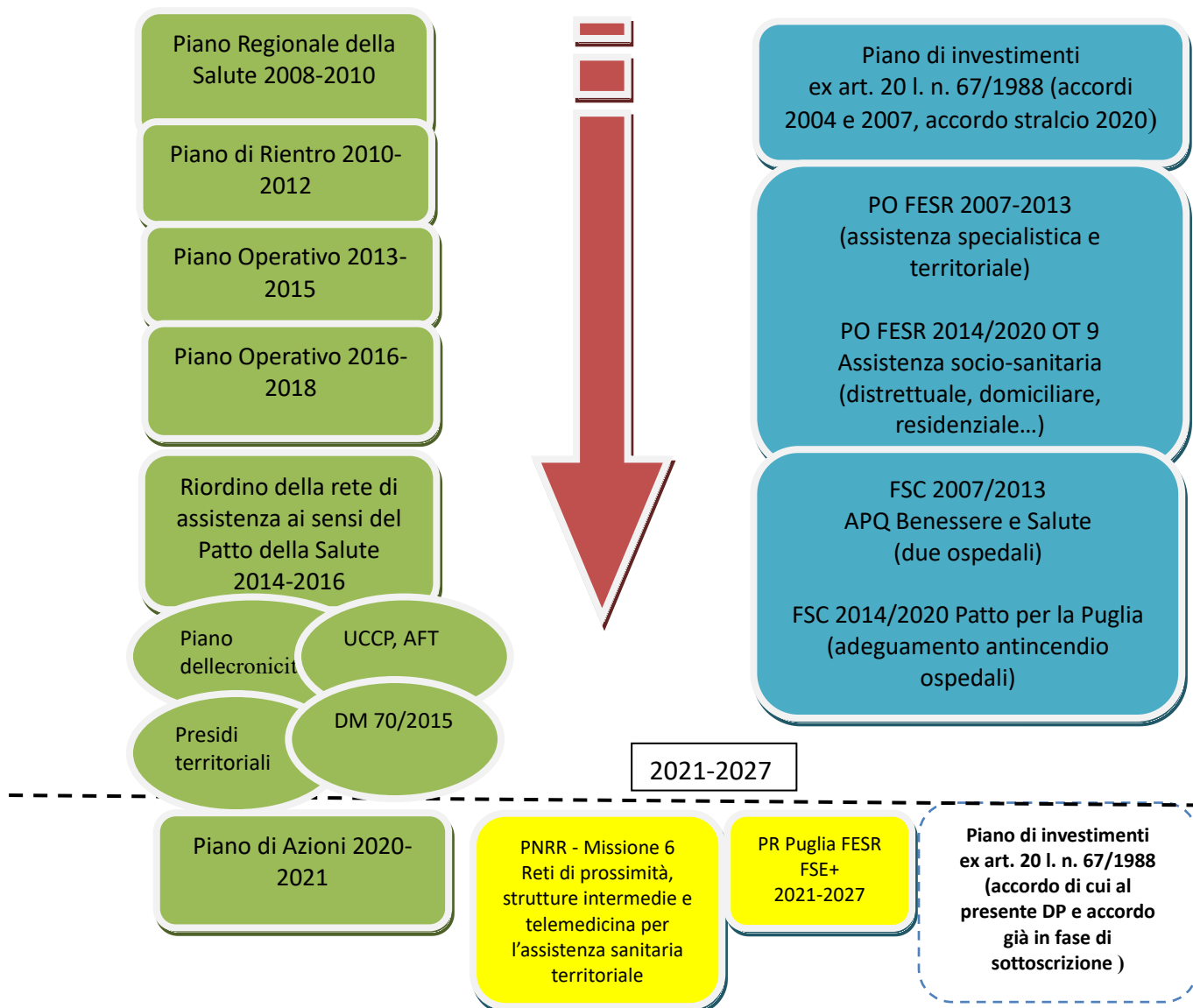
In questa sezione vengono illustrati i sistemi e criteri prospettati o prescelti per la gestione e il monitoraggio del programma di investimenti descritti nel presente documento.

### 5.1 Presupposti e sistemi di gestione del programma

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Va, infatti, evidenziato che il principale intervento previsto nel presente piano (completamento nuovo ospedale Monopoli-Fasano) è stato incluso nei regolamenti regionali di riordino della rete ospedaliera, che sulla base dello Statuto della Regione Puglia ha visto un percorso non solo interno all'organo di governo, ossia la Giunta regionale, ma in ambito di Consiglio regionale ed in particolare della III Commissione Consiliare Sanità e Servizi Sociali, che esprime il proprio parere su tutti i principali provvedimenti di natura programmatica regionale.

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

Nella fase immediatamente successiva alla presentazione della presente proposta di Documento Programmatico sarà data ampia informativa al partenariato istituzionale e sociale sia dell'avvenuta presentazione al Ministero per la Salute, sia delle fasi di successiva istruttoria e interlocuzione tra le strutture ministeriali competenti e la struttura regionale.

### **5.1.1. 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 la Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET).

## **5.2 Sistema di monitoraggio del programma**

In coerenza con quanto espresso nel Documento sulle “Modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli accordi di programma di cui all'art. 5bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e accordi di programma quadro art. 2 della l. n. 662/1996” di cui all'Allegato A dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome del 28 febbraio 2008 per la Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, il monitoraggio dell'attuazione del presente Piano di Investimenti sarà effettuato mediante la trasmissione 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 (ASL)
- 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>

## **Schede di Sintesi degli Interventi**

## Scheda di Sintesi Intervento 1+2

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 Sanitaria Locale di Bari		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Completamento del Nuovo ospedale “Monopoli-Fasano”		
<b>2 - Codice Intervento</b>	1+2		
<b>3 - Localizzazione</b>	Comune di Monopoli (BA)		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	84.500.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	80.275.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	4.225.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	84.500.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			13
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			4
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Completamento		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

### Scheda di Sintesi Intervento 3

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BA		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale "San Paolo" di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	3		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	6.178.637,84	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	5.869.705,95	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	308.931,89	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	6.178.637,84	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		24	
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		6	
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		



## Scheda di Sintesi Intervento 4

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BA		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione Ospedale "Di Venere" di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	4		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	6.833.817,80	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.492.126,91	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	341.690,89	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	6.833.817,80	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

## Scheda di Sintesi Intervento 5

art. 20 legge n. 67/1988

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

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

## Scheda di Sintesi Intervento 6

art. 20 legge n. 67/1988

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

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

**Scheda di Sintesi Intervento 7**

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL BT		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione e potenziamento dell'Ospedale di Barletta		
<b>2 - Codice Intervento</b>	7		
<b>3 - Localizzazione</b>	Barletta		
<b>4 - Costo dell'opera</b>		€	8.900.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988		€	8.455.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€	445.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€	-
Totale (a+b+c)		€	8.900.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			9
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

**Scheda di Sintesi Intervento 8**

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL TA		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta (TA)		
<b>2 - Codice Intervento</b>	8		
<b>3 - Localizzazione</b>	Castellaneta (TA)		
<b>4 - Costo dell'opera</b>		€	4.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988		€	4.370.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€	230.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€	-
Totale (a+b+c)		€	4.600.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

## Scheda di Sintesi Intervento 9

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" presso AOU Policlinico di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	9		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	25.000.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	23.750.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	1.250.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	25.000.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

## Scheda di Sintesi Intervento 10

art. 20 legge n. 67/1988

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

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

## Scheda di Sintesi Intervento 11

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'AOU Policlinico di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	11		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€		3.600.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€		3.420.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€		180.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€		-
Totale (a+b+c)	€		3.600.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		



## Scheda di Sintesi Intervento 12

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'AOU Policlinico di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	12		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	7.400.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	7.030.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	370.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	7.400.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

### Scheda di Sintesi Intervento 13

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'AOU Policlinico di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	13		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€		3.400.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€		3.230.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€		170.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)	€		-
Totale (a+b+c)	€		3.400.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

**Scheda di Sintesi Intervento 14**

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'AOU Policlinico di Bari		
<b>2 - Codice Intervento</b>	14		
<b>3 - Localizzazione</b>	Bari		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	6.500.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.175.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	325.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	6.500.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

**Scheda di Sintesi Intervento 15**

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Foggia		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola (FG)		
<b>2 - Codice Intervento</b>	15		
<b>3 - Localizzazione</b>	Cerignola (FG)		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	7.200.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.840.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	360.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	7.200.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

**Scheda di Sintesi Intervento 16**

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Foggia		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo		
<b>2 - Codice Intervento</b>	16		
<b>3 - Localizzazione</b>	San Severo (FG)		
<b>4 - Costo dell'opera</b>		€	6.900.000,00
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988		€	6.555.000,00
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€	345.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€	-
Totale (a+b+c)		€	6.900.000,00
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			24
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

## Scheda di Sintesi Intervento 17

art. 20 legge n. 67/1988

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

<b>Richiedente</b>	Regione Puglia		
<b>Ente Attuatore</b>	ASL Lecce		
<b>1- Titolo Intervento</b>	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli		
<b>2 - Codice Intervento</b>	17		
<b>3 - Localizzazione</b>	Gallipoli (LE)		
<b>4 - Costo dell'opera</b>	€	5.300.000,00	
<b>5 - Piano Finanziario</b>			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	5.035.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	265.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	5.300.000,00	
<b>6- Piano Cronologico</b>			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			36
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
<b>7- Tipologia dell'opera</b>	Riqualificazione ospedale esistente		
<b>8- Progetto esecutivo</b>	Non disponibile		

## **Schede di Riferimento**

Logica di intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
<b>Obiettivi Generali</b>	G1.Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero  G2.Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente  G3.Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	Appropriatezza dei ricoveri Tasso di ospedalizzazione Tasso di occupazione dei PL Costi di gestione degli ospedali	Griglia LEA (verifica annuale adempimenti LEA) Flusso SDO Modelli CE (Conto Economico) Modelli CP (costi dei presidi a gestione diretta) Modelli LA (livelli di assistenza) Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti)	Mobilità del personale e possibilità di assunzioni  Accettazione delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione.  Collaborazione con gli Enti preposti al rilascio di pareri ed autorizzazioni per ottimizzare le procedure e minimizzare i tempi per l'avvio dei lavori
<b>Obiettivi Specifici</b>	S1.Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia  S2.Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti  S3.Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015  S4. Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti Tasso di ricoveri fuori regione Indice di Fuga Indice di attrazione della popolazione extraregionale Mobilità passiva ospedaliera Numero di vecchi presidi ospedalieri dismessi Numero di posti letto dimessi nei vecchi presidi ospedalieri	Modelli HSP, STS Flusso SDO Flusso FAR Flusso SIAD Flusso EMUR Griglia LEA Flussi Mobilità interregionale	
<b>Obiettivi operativi</b>	O1. Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli – Fasano  O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Nuovi posti letto ospedalieri Numero di posti letto attivati ad una certa data	Modelli HSP, STS Flusso EMUR	
<b>Interventi</b>	1+2 Completamento del Nuovo Ospedale "Monopoli-Fasano" 3. Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari 4. Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari 5. Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi 6. Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana 7. Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barletta 8. Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta 9. Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso AOU Policlinico di Bari 10. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXII 11. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico 12. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari 13. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari 14. Riqualificazione energetica e	Indicatori di realizzazione - Numero di interventi attivati ad una certa data - Andamento della spesa - Stato di avanzamento dei lavori - Numero di posti letto attivati	Regione Puglia (Responsabile Accordo di Programma) Soggetti attuatori (Aree Tecniche delle ASL)	



	<p>completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari</p> <p>15. Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola</p> <p>16. Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo</p> <p>17. Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli</p>			
--	---	--	--	--

*Tabella B- 1. Matrice del Quadro Logico*

Fattori utili al conseguimento degli obiettivi		Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi	
F a t t o r i  I n t e r n i	<b>S (Punti di Forza)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con il PNRR</li> <li>✓ Coerenza e complementarietà del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018</li> <li>✓ Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015</li> <li>✓ Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure</li> <li>✓ Complementarietà degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio</li> <li>✓ Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR.</li> </ul>	<b>W (Punti di Debolezza)</b> <p>Tradizionale ridotta capacità di integrazione ed interlocuzioni fra i vari attori della rete assistenziale, in uno scenario prospettico basato, invece, sulla massima interazione dei servizi ospedalieri e territoriali</p> <p>Rischio di incompatibilità tra l'urgenza di completare ed attivare il nuovo ospedale Monopoli-Fasano e la lunghezza delle procedure art. 20</p> <p>Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi</p> <p>Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.)</p>	
	<b>O (Opportunità)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali</li> <li>✓ Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili</li> <li>✓ Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia</li> <li>✓ Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale;</li> <li>✓ Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie.</li> <li>✓ Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera.</li> </ul>		<b>T (Rischi/Minacce)</b> <p>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.</p> <p>Resistenza dell'apopolazione del centro urbano di Monopoli al trasferimento del presidio ospedaliero fuori dal centro urbano con conseguente percezione di non immediatezza di intervento.</p> <p>Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori.</p> <p>Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza</p> <p>Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti</p>
F a t t o r i  E s t e r n i			

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	Realizzazione di nuovi ospedali di I e II livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
				O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Da 3 a 17	Numero di ospedali riqualificati	11
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Numero di vecchi presidi dismessi	2
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
				O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Da 3 a 17	Numero di ospedali riqualificati	11
G3	Razionalizzazione e dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Numero di vecchi presidi dismessi	2
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
				O2	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	Da 3 a 17	Numero di ospedali riqualificati	11
		S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	>10%

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

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
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</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</p>

	<p>rete ospedaliera privata accreditata”, pubblicato n. 189 suppl. del 31-12-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 4 giugno 2015, n. 14 – “Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell’assistenza ospedaliera in applicazione dell’Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014/2016.”, pubblicato sul BURP n. 78 del 05-06-2015</li> <li>• DGR n. 161/2015 recante “Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifiche e integrazione del R.R. n.14/2015”</li> <li>• DGR n. 265/2016 recante “Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 "Regolamento Regionale:"Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015". Rettifica”.</li> <li>• DGR n. 1933/2016 recante “DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014”</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 10 marzo 2017, n. 7 – “Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, pubblicato sul BURP n. 32 del 14-03-2017</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 19 febbraio 2018, n. 3 – “Approvazione - Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017”, pubblicato sul BURP n. 29 del 23-02-2018</li> <li>• REGOLAMENTO REGIONALE 23/2019 “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, approvato con DGR 1726 del 23/09/2019;</li> <li>• DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 ottobre 2019, n. 1854: Adozione del R. R.: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1726 del 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> </ul>	<p>un piano pluriennale di investimenti a valere sui fondi comunitari (PO FESR), sui fondi nazionali (FSC e art. 20 l.n. 67/1988), integrati da fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area ionica (ospedale San Cataldo di Taranto) e di quattro nuovi ospedali in sostituzione di altri vetusti e poco accessibili al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli ospedali.</p> <p>Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1215/2020, n. 1415/2021 e n. 528/2022 sono state fornite ulteriori indicazioni per il potenziamento della rete ospedaliera, prevedendo l’incremento dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, fino al raggiungimento dello standard massimo previsto dal D.M. n. 70/2015.</p> <p>E’ in corso di predisposizione nuovo regolamento regionale di riordino ospedaliero</p>
<p>Piano di riordino della rete dell'emergenza-urgenza</p>	<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</p>

		dell’Emergenza-Urgenza ospedaliera e territoriale (postazioni territoriali e Centrali Operative 118), che prevede un rafforzamento della parte territoriale a seguito e in coerenza della razionalizzazione di quella ospedaliera.
	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1933 - “DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014”	Approvazione della nuova rete Emergenza-Urgenza comprensiva del protocollo operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)
	DGR 583/2018 "studio preliminare relativo al riordino dei punti di primo intervento"	
	DGR 2130/2019 (postazioni transitorie invernali della BAT)	
	DGR 1083 del 27/07/2022 (riorganizzazione transitoria)	
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> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <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 sensi dell'art. 5 del Contratto Interistituzionale di Sviluppo</li> </ul>	
--	--	--

*Tabella B- 4. Correlazione dell'Accordo proposto con gli atti di programmazione regionale*

Tipologia	Numero di interventi per categoria	Livello di progettazione (* si veda nota in calce)				
		Studio di fattibilità	Documento Preliminare alla Progettazione	Progetto preliminare (progetto di fattibilità tecnica ed economica ***)	Progetto definitivo	Progetto Esecutivo
Nuova Costruzione	0	==	==	==	==	==
Ristrutturazione	15	D	ND	ND	ND	ND
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	1	D	ND	ND	ND	ND
<b>TOTALE (**)</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Note:

(\*) con la lettera D si indicano i livelli di progettazione disponibili. Con ND si indicano i livello di progettazione non disponibili.

(\*\*) il totale è riferito ai livelli di progettazione disponibili

(\*\*\*) come 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. Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano	1+2	80.275.000,00	4.225.000,00	-	84.500.000,00	41,1%
O2. Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello	15	115.056.832,86	6.055.622,78	-	121.112.455,64	58,9%
<b>TOTALE</b>	<b>16</b>	<b>195.331.832,86</b>	<b>10.280.622,78</b>	<b>-</b>	<b>205.612.455,64</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 (*)	16	195.331.832,86	10.280.622,78	-	205.612.455,64	100,00%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	0	==	==	==	==	==
Altro	0	==	==	==	==	==
<b>TOTALE</b>	<b>16</b>	<b>195.331.832,86</b>	<b>10.280.622,78</b>	<b>-</b>	<b>205.612.455,64</b>	<b>100,00%</b>

(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature per un totale di	€ 68.273.492,77	
(**) Sono ricompresi acquisti di tecnologie per un totale di	€ -	
		% di incidenza sul programma
<b>TOTALE TECNOLOGIE</b>	<b>€ 68.273.492,77</b>	<b>33%</b>

Tabella B- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio Finanziario	TOTALE	Stato (95%)	Regione (5%)	Note	Interventi interessati
A0	€ 4.225.000,00	-	€ 4.225.000,00	La Regione eroga il 5% per intervento 1+2	1+2
A0 +1	€ 61.578.164,33	€ 55.522.541,55	€ 6.055.622,78	Ad avvio lavori la Regione eroga il 5% per gli interventi da 3 a 17 e i primi SAL dell'intervento 1+2	Tutti
A0 +2	€ 55.522.541,55	€ 55.522.541,55		Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
A0 +3	€ 55.522.541,55	€ 55.522.541,55		Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
A0 +4	€ 28.764.208,21	€ 28.764.208,21		Erogazioni statali sulla base dei SAL	da 3 a 17
<b>TOTALE</b>	<b>€ 205.612.455,64</b>	<b>€ 195.331.831,86</b>	<b>€ 10.280.622,78</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%	Non ancora richiesta ammissione a finanziamento per i singoli interventi

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



## **OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

<b>Obiettivi Generali dell'AdP</b>	
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale

*Tabella B- 9. Obiettivi generali dell'AdP*

<b>Obiettivi Specifici dell'AdP</b>	
S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I e II livello tecnologicamente all'avanguardia
S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri

<b>Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma</b>				
<b>Codice</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Presenza negli Accordi precedenti</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Presenza negli Accordi precedenti</b>
S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia	Nell'Accordo 2007 era prevista la realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture, piccole e vetuste.  Nell'Accordo 2020 è prevista la realizzazione di 2 nuovi ospedali: Andria e Sud Salento	Numero di nuovi posti letto attivati	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	Nell'Accordo 2007 era prevista la contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali; idem nell'Accordo 2020	Dismissione vecchi ospedali	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	Nell'Accordo 2007 e in quello 2020 era prevista la realizzazione di un sistema qualificato ed efficiente di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio, in modo da ottenere economie nella spesa corrente, liberando risorse da destinare ad investimenti nella prevenzione e cure domiciliari.	Ospedali Riqualficati	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	Presente	Riduzione del numero di ricoveri ospedalieri in mobilità passiva	SI

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

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
a) Nuova costruzione	0					
b) Ristrutturazione	15	115.056.832,86	6.055.622,78		121.112.455,64	58,9%
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	1	80.275.000,00	4.225.000,00	-	84.500.000,00	41,1%
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>16</b>	<b>195.331.832,86</b>	<b>10.280.622,78</b>	<b>-</b>	<b>205.612.455,64</b>	<b>100,00%</b>

*Tabella B- 11. Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento*

	<b>Dato Regionale</b>	<b>Dato Nazionale (o standard di riferimento)</b>	<b>Note</b>
<i>Numero di posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	12.732 (3,24)* comprensivi dei PL di cui al DL 34	11.769 (3)	Puglia – NSIS 1.1.2022
<i>Numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti</i>	1.750 (0,44)	2.746 (0,7)	Puglia – NSIS 1.1.2022
<i>Tasso di ospedalizzazione per acuti</i>	81,61		2022 – protocollo di calcolo Network delle Regioni
<i>Mobilità passiva per acuti</i>	8,5%	8%	2021 – Flusso Mobilità interregionale I invio
<i>Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza</i>	1,41	>2,6	NSG- 2021
<i>Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza</i>	2,02	>1,9	NSG- 2021
<i>Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = &gt; 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza</i>	1,78	>1,5	NSG- 2021
<i>Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/ semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</i>	14,88	>24,6	NSG- 2021

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 (la tabella è stata aggiornata rispetto a quanto previsto nelle linee guida vigenti riportando i riferimenti normativi aggiornati)</i>	
DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)	Interventi di adeguamento alla rete ospedaliera regionale sia mediante la costruzione di nuovi ospedali che il potenziamento e la riqualificazione di quelli di I e II livello
Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli Investimenti Pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere	I dati dei precedenti programmi sono stati inseriti nella piattaforma NSIS dell'Osservatorio e costantemente aggiornati. I dati relativi alla presente proposta di Accordo saranno inseriti non appena ricevuta apposita indicazione da parte del Mds a seguito di valutazione preliminare della proposta
Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo delle risorse degli Accordi di Programma	Le risorse sono destinate prioritariamente alla costruzione di nuovi ospedali ed al potenziamento della rete ospedaliera in linea con le previsioni del DM 70/2015 e con gli impegni regionali nell'ambito dei Piani Operativi di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale
Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative di ricovero ospedaliero (art. 5 comma 19 del Patto della Salute 2014/2016)	Il completamento della costruzione di nuovi ospedali ed il potenziamento degli ospedali di I e II livello è finalizzato anche alla riqualificazione delle strutture ambulatoriali insistenti nelle stesse strutture e della relativa dotazione tecnologica anche per il potenziamento dei pacchetti chirurgici ambulatoriali (PAC) erogati in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (cosiddetti <i>day-service</i> )

*Tabella B- 14. Sintesi delle informazioni per autovalutazione*



*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

IL CAPO DI GABINETTO

Al Ministero della salute  
- Ufficio di Gabinetto  
- Direzione generale della programmazione  
sanitaria

*e, p.c.*

All'Ufficio legislativo economia

Al Dipartimento della Ragioneria generale dello  
Stato

Oggetto: Regione Puglia – Programma investimenti ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 - Proposta Accordo di programma per n. 16 interventi, ai sensi dell'articolo 5-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, come introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Acquisizione concerto.

Si fa riferimento alla nota prot. 11243 del 16 maggio 2024, con la quale codesto Ministero della salute ha trasmesso la documentazione concernente la proposta di Accordo di programma con la Regione Puglia indicata in oggetto, per l'acquisizione del concerto di questa Amministrazione.

Al riguardo, nel rappresentare che non vi sono osservazioni da formulare ai fini dell'ulteriore corso del provvedimento, in vista della sottoscrizione della proposta di Accordo, si designa sin da ora, quale rappresentante di questa Amministrazione, la dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

*Il Capo di Gabinetto  
Avv. Stefano Varone*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefano Varone', written over a light blue horizontal line.

*Firmato digitalmente*