



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 5bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sulla proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, inerente all'Accordo di programma integrativo dell'Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari" ex art. 20 della legge n. 67/1988 con la Regione Puglia.

Rep. Atti n. *68/CSR del 7 maggio 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 7 maggio 2020:

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;

VISTO l'articolo 5bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 299 e successivamente integrato con l'articolo 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, che demanda al Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con questa Conferenza, la facoltà di stipulare accordi di programma con le Regioni e con gli altri soggetti pubblici interessati, nell'ambito del programma nazionale straordinario di interventi di cui al citato articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

VISTA la proposta di Accordo di programma integrativo in epigrafe, trasmessa con nota del 6 aprile 2020 dal Ministero della salute e diramata il 10 aprile 2020 alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

ACQUISITO in corso di seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta in esame;

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 5bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sulla proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, inerente all'Accordo di programma integrativo dell'Accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari" ex art. 20 della legge n. 67/1988 con la Regione Puglia, Allegato A) al presente atto.

Il Segretario
Cons. Adriana Piccolo



Il Presidente
On. Francesco Boccia



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VII

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

ACCORDO DI PROGRAMMA
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 28 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;

VISTE le tabelle F ed E delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266, 27 dicembre 2006 n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228, 27 dicembre 2013 n. 147, 23 dicembre 2014 n. 190 28 dicembre 2015 n. 208, 11 dicembre 2016 n. 232, 27 dicembre 2017 n. 205 e 30 dicembre 2018 n.145;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

VISTO il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e successive modificazioni e integrazioni;

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

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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



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 del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

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

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 29 novembre 2001, 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;

VISTA la deliberazione CIPE n. 52 del 6 maggio 1998, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 169 del 22 luglio 1998, "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità Art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio" che assegna alla regione Puglia € 814.789.776,22;

VISTA la deliberazione CIPE n. 65 del 2 agosto 2002, come modificata dalla deliberazione CIPE n. 63 del 20 dicembre 2004, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 115 del 19 maggio 2005, "Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388" che assegna alla regione Puglia € 23.008.974,00;

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98 di modifica della delibera CIPE n. 4/2008 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, 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 € 186.749.661.09;

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 di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 26 luglio 2007 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 di Trento e di Bolzano

PRESO ATTO che, la somma complessiva di cui dispone la Regione Puglia per la sottoscrizione di nuovi Accordi di Programma ammonta a € 564.220.914,50, al netto delle revoche effettuate ai sensi dell'art. 1, commi 310 e 311 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e ss.mm.ii.;

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;

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;

VISTO l'Accordo sottoscritto tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Puglia in data 29 novembre 2010 *"per l'approvazione del Piano di Rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"*;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale della Puglia n. 2624/10 del 30.11.2010, recante "Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 – Approvazione"

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

ACQUISITO l'Accordo di programma integrativo per gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ai sensi dell'articolo 5 bis del D.Lgs. n. 502/1992, come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni, tramite sistema SIVEAS rif. prot. n. 21 del 04/03/2019, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 89 del 22/01/2019;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari al 15% 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;

ACQUISITO nella seduta del 25 giugno 2019, il parere tecnico favorevole con osservazioni e prescrizioni del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute, sul documento programmatico;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 1512 del 2/08/2019 che, recepisce le osservazioni, raccomandazioni e prescrizioni contenute nel parere favorevole n. 3 del 2 luglio 2019 del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute;

VISTO il parere del SiVeAS prot. DGPROGS-_____ acquisito di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

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;

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 _____;

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 integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato alla riqualificazione della rete ospedaliera".
2. L'Accordo è costituito da n. 4 interventi facente parte del programma della regione Puglia per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrato nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Accordo e che reca 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: Dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria,
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze: _____,
 - per la Regione Puglia: Michele Emiliano, Presidente della Regione Puglia;
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 di programma integrativo;
 - 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 € 335.200.000,00 per le opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 318.440.000,00 a carico dello Stato, € 16.760.000,00 a carico della regione. Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

STATO	REGIONE	TOTALE
€ 318.440.000,00	€ 16.760.000,00	€ 335.200.000,00

1. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, 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;
2. 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.
3. 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 di programma integrativo 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)

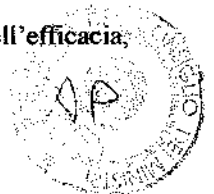
1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra 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 integrativo 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 programma integrativo, 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 ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.
2. La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.



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 di programma integrativo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, Vito Bavaro.
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 di programma integrativo, 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 integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Atto integrativo 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: _____

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: _____

La Regione Puglia _____



ELENCO INTERVENTI
Il Accordo Integrativo EX ART. 20 L.n. 67/1988

Numero di riferimento Regionale	Intervento	Finanziamento a carico dello Stato	Finanziamento a carico della Regione	Altro finanziamento regionale (oltre il 5%)	Totale
1	Nuovo Ospedale del "Sud Salento"	134.900.000,00	7.100.000,00		142.000.000,00
2	Nuovo Ospedale di Andria	131.100.000,00	6.900.000,00		138.000.000,00
19	Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	38.000.000,00	2.000.000,00		40.000.000,00
20	Riqualificazione dei plessi minori dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	14.440.000,00	760.000,00		15.200.000,00
TOTALE		318.440.000,00	16.760.000,00	- -	335.200.000,00

A handwritten signature, possibly 'AF', is written over a circular official stamp located in the bottom right corner of the page.

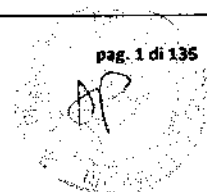


REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO
PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

DOCUMENTO PROGRAMMATICO
DEGLI INVESTIMENTI IN SANITÀ
PER LA PUGLIA

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

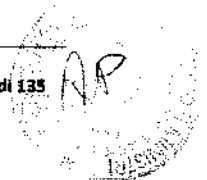
VERSIONE
Gennaio 2019



CONTROLLO DELLA CONFIGURAZIONE DEL DOCUMENTO (STORIA DEL DOCUMENTO)

Versione	Data	Note
1.0	Aprile 2016	Versione iniziale
2.0	Febbraio 2017	Documento integrato con le informazioni richieste dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute con nota prot. MDS-DGRPROGS-0038177-30/12/2016 e con la nota prot. MDS-DGRPROGS-004176-09/02/2017
3.0	Giugno 2017	Documento con la nuova definizione delle priorità a seguito della nota prot. 0009150-22/03/2017-DGPROGS-MDS-P e come da riscontro nota Regione Puglia prot. AOO_081/13-06-2017/0002890 Sono state inoltre effettuate le integrazioni/modifiche come da email del 3 aprile 2017. In particolare: <ol style="list-style-type: none"> 1) Aggiornata tabella pag. 14 (cifre con 2 decimali e nuova formulazione priorità) 2) Allegato "C": aggiornamento titoli delle schede in allegato "C" con i titoli degli interventi nel quadro finanziario complessivo di pagina 14; 3) Aggiornata la tabella D-10 con la tabella obiettivi-indicatori
4.0	Giugno 2018	Si è proceduto a: <ul style="list-style-type: none"> • Inserire i riferimenti ad atti normativi e programmatori intervenuti successivamente al 2016, nonché aggiornato alcune tabelle con valori più recenti; • rimodulare alcuni interventi per i quali si richiede l'ammissione a finanziamento ed eliminarne altri; in particolare: <ul style="list-style-type: none"> ○ eliminato l'intervento per il potenziamento della rete radio del 118 di Puglia che ha trovato nel frattempo copertura con le risorse del Patto per la Puglia (FSC 2014/2020); ○ eliminato l'intervento relativo all'ospedale di Martina Franca che ha trovato nel frattempo copertura con le risorse del Patto per la Puglia 2014/2020; ○ rimodulati gli interventi relativi agli Ospedali riuniti di Foggia; • eliminare il riferimento alle priorità che viene definito con specifica comunicazione sulla base delle risorse effettivamente disponibili; • adempiere alle indicazioni ministeriali formulate nell'incontro del 24.10.2017: <ol style="list-style-type: none"> 1. produzione (in appendice) degli studi di prefattibilità relativi ai nuovi ospedali e agli

		<p>interventi cui importo supera i 40.000.000,00 di Euro, ad esclusione dell'intervento 22 "Nuovo Ospedale del Nord Barese" a più bassa priorità, per il quale ad oggi non è stata ancora definita l'area su cui realizzarlo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. adeguamento della percentuale relativa all'ammodernamento tecnologico al 15% previsto da normativa; 3. specifica sulle fonti di finanziamento per la riconversione in PTA: già contenuta in sintesi nel paragrafo 0.3 e nel dettaglio nel paragrafo 3.1.2 "Coerenza con la programmazione regionale in tema di fondi strutturali" con la quale si dà evidenza che la Regione utilizza le risorse del POR Puglia FESR 2014/2020 per la sanità territoriale; 4. specifica rispetto al piano dei fabbisogni presentato; 5. specifiche sugli interventi relativi all'antincendio: inserite in sintesi nel paragrafo 2.2.4 "Gli interventi prioritari di adeguamento ed ampliamento funzionale e tecnologico degli ospedali esistenti di I e II livello" e nel dettaglio nei paragrafi relativi ai singoli interventi interessati; 6. Revisione della numerazione degli interventi per renderla coerente in tutto il documento.
5.0	Gennaio 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Inserito il paragrafo 0.4 "Proposta di interventi per primo accordo stralcio." • Eliminati alcuni refusi ed effettuate modifiche di dettaglio nella descrizione degli interventi • Aggiornate tabelle per interventi 3 e 4.



RIFERIMENTI E CONTATTI

Il presente Documento è stato elaborato dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, in raccordo (per la versione 1.0) con la Sezione Programmazione sociale ed integrazione socio-sanitaria dello stesso Dipartimento e con il supporto per l'analisi dei dati del Servizio Analisi della domanda e dell'offerta di salute e sistemi informativi dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Gli studi di fattibilità sono stati elaborati dalle Aree tecniche delle Aziende Sanitarie Locali interessate

Contatti

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE
via Gentile, 52 - 70126 Bari

PEC: servizioaps.regione.puglia@pec.rupar.puglia.it
Tel. 080.540.3481/3211/3434/7614

Vito Bavaro, dirigente della Sezione, responsabile regionale per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988.

v.bavaro@regione.puglia.it

Annamaria Orsali, funzionaria, referente amministrativa per gli Accordi di Programma ex art. 20 l.n. 67/1988
a.orsali@regione.puglia.it

Giuseppe Grasso e Giuditta D'Amico, funzionari, referenti tecnici per il presente documento
g.grasso@regione.puglia.it - g.damico@regione.puglia.it



Sommario

SOMMARIO	5
INDICE DELLE FIGURE	8
0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	9
0.1 PREMessa	9
0.2 LO STATO DI ATTUAZIONE DEI PRECEDENTI ACCORDI EX ART. 20 L.N. 67/1988	10
0.3 SINTESI DEL PROGRAMMA (COMPLESSIVO) DI INVESTIMENTI	12
0.4 PROPOSTA DI INTERVENTI PER PRIMO ACCORDO STRALCIO.	18
0.5 STRUTTURA DEL DOCUMENTO E METODOLOGIA	20
1 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	21
1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO	21
1.1.1 QUADRO NORMATIVO	21
1.1.2 QUADRO DEMOGRAFICO E TERRITORIALE	24
1.1.3 QUADRO EPIDEMIOLOGICO	26
1.1.4 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	27
1.1.5 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA	27
1.1.6 CORRELAZIONE TRA QUADRO EPIDEMIOLOGICO/ANALISI DELLA DOMANDA E DELLA OFFERTA E DOCUMENTO PROGRAMMATICO	28
1.1.7 OFFERTA ANTE OPERAM	30
2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	34
2.1 LA STRATEGIA DEL PROGRAMMA: GLI OBIETTIVI	34
2.1.1 ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ	35
2.1.2 LA CATENA DEGLI OBIETTIVI	36
2.2 GLI INTERVENTI PROGETTUALI PROPOSTI	39
2.2.1 IL NUOVO OSPEDALE DEL "SUD-SALENTO" (CODICE INTERVENTO: 1)	39
2.2.2 IL NUOVO OSPEDALE DI ANDRIA (CODICE INTERVENTO: 2)	49
2.2.3 GLI INTERVENTI COMPLEMENTARI DEL NUOVO OSPEDALE DI MONOPOLI (CODICI INTERVENTO: 3 E 4)	59
2.2.4 GLI INTERVENTI PRIORITARI DI ADEGUAMENTO ED AMPLIAMENTO FUNZIONALE E TECNOLOGICO DEGLI OSPEDALI ESISTENTI DI I E II LIVELLO	65
2.2.4.1 Ospedale San Paolo di Bari (Codice intervento: 5)	67
2.2.4.2 Ospedale "Di Venere" di Bari (Codice intervento: 6)	70
2.2.4.3 Ospedale "Perrino di Brindisi" (Codice intervento: 7)	72
2.2.4.4 Ospedale di "Francavilla Fontana" (Codice intervento: 8)	73
2.2.4.5 Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico di Bari – Giovanni XXIII" (Codici intervento: da 9 a 14)	75
2.2.4.6 Ospedale "Dimiccoli" di Barletta (Codice intervento: 15)	80
2.2.4.7 Ospedale di Castellaneta (Codice intervento: 16)	82
2.2.4.8 Ospedale di Cerignola (Codice intervento: 17)	84
2.2.4.9 Ospedale di San Severo (Codice intervento: 18)	86
2.2.4.10 Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia" (Codici intervento: 19 e 20)	88
2.2.4.11 Ospedale di Gallipoli (Codice intervento: 21)	93

2.2.5	IL NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE (CODICE INTERVENTO: 22)	94
2.2.6	L'OFFERTA POST-OPERAM	101
2.3	COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	102
2.3.1	RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ	102
2.3.2	ANALISI DEI RISCHI	103
3	COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE REGIONALI, NAZIONALI E COMUNITARIE	106
3.1	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE	106
3.1.1	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (PIANO DI RIENTRO E PIANO OPERATIVO)	106
3.1.2	COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI FONDI STRUTTURALI	108
3.2	SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI	109
3.2.1	FATTIBILITÀ TECNICA	110
3.2.2	SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	111
3.2.3	ANALISI DELLA COMPATIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLE LOCALIZZAZIONI	113
3.2.4	SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA/FINANZIARIA E GESTIONALE	114
3.2.5	SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE	115
3.2.6	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	115
4	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	123
4.1	IL SISTEMA DEGLI INDICATORI	123
4.1.1	INDICATORI DI CONTESTO	123
4.1.2	INDICATORI DI PROGRAMMA	125
4.1.3	INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	127
4.2	VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	127
4.2.1	ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA	127
4.2.2	VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA	128
5	IL SISTEMA DI ATTUAZIONE PROPOSTO	130
5.1	PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA	130
5.1.1	ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE	132
5.2	SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA	134

Allegati

- A. Tavole relative alla sezione 1 – “analisi socio-sanitaria-economica e rispondenza della strategia ai bisogni identificati”
- B. Figure relative alla sezione 1 – “analisi socio-sanitaria-economica e rispondenza della strategia ai bisogni identificati”
- C. Schede degli interventi
- D. Schede di Riferimento
- E. Prospetti sinottici Accordi di Programma 2004 e 2007

Indice delle Tabelle

<i>Tabella 0. 1 Quadro finanziario aggregato del documento programmatico</i>	15
<i>Tabella 1. Rete Ospedaliera della Regione Puglia (ex R.R. 3/2018)</i>	33
<i>Tabella 2 Catena degli obiettivi</i>	38
<i>Tabella 3: Distanze dei principali comuni dal nuovo ospedale</i>	40
<i>Tabella 4 Popolazione di riferimento del nuovo Ospedale del Sud Salento</i>	41
<i>Tabella 5 – Indicatori di attività degli attuali ospedali</i>	43
<i>Tabella 6. Modello CP (anno 2014) dell'ospedale di Scorrano</i>	46
<i>Tabella 7. Modello CP dell'ospedale di Galatina (2014)</i>	46
<i>Tabella 8 Cronoprogramma del nuovo ospedale del Sud Salento</i>	49
<i>Tabella 9. Quadro economico nuovo ospedale del Sud Salento</i>	49
<i>Tabella 10. Distanze degli attuali ospedali dalla localizzazione ipotizzata per il nuovo ospedale</i>	51
<i>Tabella 11. Bacino di riferimento del nuovo ospedale di Andria</i>	51
<i>Tabella 12. Modello CP – Anno 2014 – P.O. Andria-Canosa</i>	53
<i>Tabella 13. Dimensionamento spazi</i>	55
<i>Tabella 14. Superficie e posti letto</i>	56
<i>Tabella 15. Cronoprogramma di realizzazione dell'ospedale di Andria</i>	57
<i>Tabella 16. Quadro economico nuovo ospedale di Andria (importo totale arrotondato pari a 138 milioni)</i>	58
<i>Tabella 17. Bacino di riferimento del nuovo ospedale di Monopoli</i>	60
<i>Tabella 18. Volumi di attività annui attesi per il nuovo ospedale di Monopoli</i>	62
<i>Tabella 19 - Dotazioni nuovo ospedale di Monopoli</i>	63
<i>Tabella 20. - Dettaglio dei posti letto del nuovo ospedale di Monopoli</i>	63
<i>Tabella 21 Superfici del nuovo ospedale di Monopoli per tipologia di area</i>	64
<i>Tabella 22. Dotazione di grandi macchine previste nel nuovo ospedale di Monopoli</i>	64
<i>Tabella 23. Quadro economico complessivo del nuovo ospedale di Monopoli</i>	65
<i>Tabella 24. Quadro economico per il potenziamento della viabilità del nuovo ospedale di Monopoli</i>	65
<i>Tabella 25. Interventi antincendio finanziati con risorse delibera CIPE 16/2013</i>	67
<i>Tabella 26. Quadro economico lavori presso l'ospedale "San Paolo"</i>	69
<i>Tabella 27. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Di Venere"</i>	71
<i>Tabella 28. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Perrino di Brindisi"</i>	73
<i>Tabella 29. Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013</i>	73
<i>Tabella 30. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Francavilla Fontana"</i>	74
<i>Tabella 31. Quadri economici degli interventi presso l'AOU Policlinico di Bari</i>	80
<i>Tabella 32. Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013</i>	80
<i>Tabella 33. Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Barletta</i>	82
<i>Tabella 34. Quadro economico di massima per l'ospedale di Castellaneta</i>	84
<i>Tabella 35. Quadro economico di massima – Ospedale di Cerignola</i>	86
<i>Tabella 36. Interventi finanziati con le risorse Delibera CIPE 16/2013</i>	86
<i>Tabella 37. Quadro economico di massima – Ospedale di San Severo</i>	87
<i>Tabella 38. Cronoprogramma intervento 19</i>	90
<i>Tabella 39. Quadro economico intervento 19</i>	90
<i>Tabella 40. Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013</i>	92
<i>Tabella 41. Quadro economico OO.RR. Foggia</i>	92
<i>Tabella 42. Quadro economico dell'intervento</i>	93
<i>Tabella 43. Popolazione di riferimento del nuovo ospedale del Nord-Barese</i>	95
<i>Tabella 44: Distanze chilometri medie dalla nuova struttura</i>	95
<i>Tabella 45. Indicatori di attività ospedaliera</i>	96
<i>Tabella 46. Modello CP anno 2014 del Presidio Bisceglie-Trani</i>	97
<i>Tabella 47. Superficie lorda complessiva del nuovo ospedale del Nord Barese (stima)</i>	99

Tabella 48. Cronoprogramma di realizzazione dell'ospedale del Nord-Barese.....	100
Tabella 49. Quadro economico di massima del nuovo ospedale del Nord-Barese.....	101
Tabella 50. Offerta post-operam.....	102
Tabella 51. Matrice SWOT.....	105
Tabella 53. Risultati di esercizio 2011/2017.....	117

Indice delle Figure

Figura 1 – Mappa degli ospedali pubblici della Regione Puglia.....	32
Figura 2 - Rete Ospedaliera della ASL di Lecce.....	39
Figura 3 Bacino di riferimento del nuovo ospedale del Sud Salento.....	42
Figura 4. Ospedale di Scorrano.....	44
Figura 5. Ospedale di Galatina.....	45
Figura 6. Ospedale di Andria.....	52
Figura 7. Localizzazione dell'attuale ospedale di Andria. Si noti la linea ferroviaria nelle vicinanze.....	53
Figura 8. Localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli.....	59
Figura 9. Area di localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli (circa 18 ettari).....	59
Figura 10. Modello organizzativo del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano.....	61
Figura 11. Layout del nuovo ospedale di Monopoli.....	61
Figura 12. Schema volumetrico del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano.....	62
Figura 13: Ospedale San Paolo di Bari.....	68
Figura 14. Ospedale "Di Venere" di Bari.....	70
Figura 15. Ospedale Perrino di Brindisi.....	72
Figura 16. Policlinico di Bari.....	76
Figura 17. Planimetria ospedale Policlinico di Bari.....	77
Figura 18. Planimetria Ospedale Giovanni XXII.....	78
Figura 19. Ospedale di Barletta.....	81
Figura 20. Ospedale di Cerignola.....	85
Figura 21. Ospedali Riuniti di Foggia.....	88
Figura 22 In colore ciano i corpi di fabbrica del cosiddetto "Monoblocco" interessati dagli interventi di cui al presente documento.....	89
Figura 23. In ocra i plessi minori dell'ospedale che necessitano di adeguamento.....	91
Figura 24. Ospedale di Gallipoli.....	93
Figura 25. Localizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese.....	94
Figura 26. Localizzazione dell'attuale ospedale di Bisceglie.....	96
Figura 27. Immagine dell'Ospedale di Molfetta.....	98
Figura 28. Localizzazione ospedale di Molfetta.....	98
Figura 29. Offerta post-operam: rete ospedaliera pubblica a seguito della costruzione dei nuovi ospedali oggetto del presente programma di interventi.....	102
Figura 30. Andamento esercizio degli ultimi anni.....	116
Figura 31. Andamento GRIGLIA LEA.....	118
Figura 32. Relazione tra piano di investimenti e programmazione sanitaria.....	130
Figura 33. Rappresentazione del modello regionale di governance degli investimenti sanitari.....	133

0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.1 Premessa

Il presente *Documento Programmatico (DP)* ha lo scopo di aggiornare, alla luce delle modifiche normative e della programmazione sanitaria regionale, il precedente documento trasmesso dalla Regione Puglia con nota prot. AOO_146/03-08-2012/3290 del 3/8/2012 recante "Proposta per il II accordo integrativo ex art. 20 l.n. 67/1988 per la Regione Puglia. Trasmissione Documento programmatico e schede tecniche degli interventi".

Il suddetto DP del 2012, predisposto sulla base delle indicazioni della deliberazione della Giunta regionale n. 1725 del 7 agosto 2012 recante "Accordo di Programma Stralcio 2012 ex art. 20 della l. n. 67/1988. Indirizzi per il Piano di investimenti di edilizia sanitaria (I fase) per il finanziamento degli interventi di riqualificazione della rete ospedaliera", prevedeva la realizzazione di cinque nuovi ospedali ritenuti strategici per la riqualificazione della rete ospedaliera della Regione Puglia, come di seguito indicati:

1. Ospedale "S. Cataldo" di Taranto, nella Azienda Sanitaria Locale di Taranto (TA);
2. Ospedale del "Sud-Est Barese" nella zona di confine tra la ASL di Bari (BA) e la ASL di Brindisi (BR);
3. Ospedale di Andria nella Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (ASL BT);
4. Ospedale del "Sud Salento" nella ASL di Lecce (LE);
5. Ospedale del "Nord Barese" nella zona nord del territorio della ASL BA, al confine con la ASL BT.

Successivamente, a seguito della delibera CIPE n. 92 del 3/8/2012, che ha definito le risorse residue del Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC) 2000-2006 e 2007-2013 della Regione Puglia per un importo complessivo pari a 1.334,9 milioni di euro per il finanziamento di interventi prioritari nei settori strategici regionali della promozione di impresa, della sanità, della riqualificazione urbana, del sostegno alle scuole e università, con deliberazione n. 2787 del 14/12/2012 la Giunta Regionale ha stabilito di finanziare alcuni interventi di edilizia sanitaria con le risorse del FSC.

In particolare, con l'Accordo di Programma Quadro (APQ) "Benessere e Salute", stipulato in data 4/3/2014, si è dato avvio al programma di investimenti regionali per la nuova edilizia ospedaliera, a partire dai primi due interventi ritenuti prioritari, di seguito individuati:

1. il nuovo ospedale "San Cataldo" nel comune di Taranto;
2. il nuovo ospedale del "Sud-Est Barese" tra Monopoli (BA) e Fasano (BR)

Inoltre, successivamente all'invio del suddetto DP del 2012, sono stati adottati una serie di interventi di riprogrammazione della rete ospedaliera e dei presidi territoriali previsti dal "Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale per gli anni 2010-2012" e dai successivi "Piano Operativo 2013-2015" e "Programma Operativo 2016-2018" (approvato con DGR 129/2018), predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012.

Per tutto quanto sopra esposto, si è reso necessario aggiornare il primo DP del 2012 per tener conto:

- del Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 recante "Regolamento ministeriale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- dai piani regionali per il riordino della rete ospedaliera (da ultimo il R.R. 19 febbraio 2018, n. 3 recante "Regolamento Regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017");
- della programmazione e delle risorse a valere sull'APQ "Benessere e Salute";
- della nuova programmazione a valere sul POR Puglia 2014-2020 – FESR di cui all'Obiettivo Tematico (OT) IX, approvato con Decisione della Commissione Europea del 13 agosto 2015.

Il presente documento descrive l'intera 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, al fine di un fornire un quadro organico sull'intera programmazione regionale di medio e lungo periodo.

Tuttavia nel paragrafo 0.4 è riportata la proposta per un primo accordo di programma limitato a quattro interventi definiti prioritari.

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

Le risorse assegnate alla Puglia per accordi di programma a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988 ammontano complessivamente ad € 1.204.450.339,40.

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

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

Dunque il finanziamento a carico dello Stato, aggiornato ai sensi dell'art. 1, commi 310 e 312 L. n. 266/2005, al netto delle revoche, è pari ad € 640.229.424,91.

Allo stato attuale sono pervenuti alla fase dell'assunzione dell'impegno giuridicamente vincolante tutte le risorse finanziarie allocate su 126 interventi dei suddetti due programmi.

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

L'attuazione dei suddetti accordi ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati sta procedendo senza particolari intoppi, salvo quelli determinati da specifiche e circoscritte situazioni, imputabili o a contenziosi amministrativi relativi alle procedure di affidamento dei lavori o al fallimento di alcuni operatori economici affidatari di appalti.

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

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

In quest'ottica gli investimenti previsti sono stati distinti in:

- nuovi ospedali o nuove strutture funzionalmente collegate ad ospedali preesistenti;

- ristrutturazioni ed adeguamenti necessari per il funzionamento di strutture esistenti e la messa in sicurezza;
- ampliamenti connessi ad attivazioni collegate a progetti strategici;
- rinnovo del parco tecnologico;
- avvio della fase di potenziamento dei distretti sociosanitari.

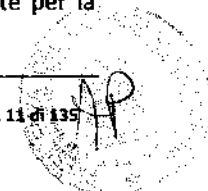
La logica delle nuove strutture da realizzarsi sul territorio regionale ha tenuto conto del fatto che il territorio pugliese è idealmente diviso in tre grandi aree sub-regionali: a nord la Capitanata, Sub Appennino Dauno e Gargano, al centro l'area metropolitana e sub metropolitana di Bari ed al Sud il grande Salento. In queste aree si è inteso concentrare il maggior sforzo possibile per realizzare tre grandi centri d'eccellenza, potenziando ove possibile le strutture esistenti o realizzandone *ex novo* dove ciò non risultava conveniente, in una logica attenta ad evitare l'impiego di risorse in strutture obsolete e difficilmente adeguabili, senza il necessario potenziamento ed ammodernamento delle dotazioni tecnologiche anche in coerenza con gli interventi realizzati o avviati in attuazione dell'Accordo Stralcio 2004.

Il maggior sforzo possibile si è concentrato nella realizzazione, nelle grandi aree sub regionali, delle seguenti opere:

- a) La rifunionalizzazione e riqualificazione delle strutture dell'**Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Foggia"**, finalizzata alla dismissione del plesso denominato "D'Avanzo" ed al superamento delle criticità legate a problemi di staticità ed adeguamento antisismico (Scheda n. 32). L'intervento rappresenta la continuazione e conclusione di un programma avviato col precedente accordo di programma stralcio del 2004 mediante il quale è stata realizzata la struttura di radioterapia e sono stati avviati interventi di ricostruzione dei lotti di edifici inidonei. Il complesso degli interventi (in fase di completamento) sta consentendo la riqualificazione della Azienda Ospedaliera foggiana, razionalizzandone la spesa per la gestione, riducendo gli oneri di manutenzione, sviluppando la libera professione, migliorando la logistica degli ambulatori e riducendo sia i tempi d'attesa che la mobilità passiva.
- b) La riqualificazione delle strutture dell'**Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale "Policlinico di Bari - Giovanni XXIII"**, mediante la realizzazione di una nuova struttura di eccellenza nella quale concentrare le attività ospedaliere ed ambulatoriali prima ospitate in più padiglioni (Scheda n. 33). Gli interventi si sommano a quelli previsti nel precedente accordo stralcio del 2004, orientati prevalentemente alla dotazione di attrezzature ed alla realizzazione di una struttura dedicata alla radioterapia, alla PET, al servizio immuno-trasfusionale ed alla medicina nucleare. Con l'intervento previsto che si collega funzionalmente (anche dal punto di vista impiantistico) alla nuova struttura attivata, denominata "Asclepios" o nuovo complesso chirurgico e dell'emergenza (NCCE), è stato possibile dismettere alcuni padiglioni assolutamente inadeguati. Gli interventi stanno producendo effetti positivi in termini di accessibilità e qualità delle prestazioni, riduzione delle liste d'attesa e della mobilità passiva oltre che razionalizzazione dei costi di esercizio e manutenzione.
- c) Un nuovo plesso ospedaliero di n. 490 posti letto, denominato nuovo DEA, nell'ambito della struttura ospedaliera del "**Vito Fazzi**" di Lecce (Scheda n. 24), oggi ospedale di II livello, al servizio di una utenza di circa un milione di abitanti, in fase di completamento.

Inoltre, nell'area della Murgia barese va segnato l'intervento concluso di completamento del nuovo **Ospedale della Murgia** che ha consentito di attivare una nuova struttura (scheda n. 41) con la conseguente dismissione di quattro ospedali (Altamura, Gravina di Puglia, Santeramo del Colle e Gioia del Colle) al servizio di una popolazione di circa 200.000 abitanti, nonché di programmare l'utilizzo di dette strutture dismesse per attività territoriali di cui l'area è assolutamente carente.

I rimanenti interventi sono stati inseriti in un processo, in corso d'opera, che il governo regionale ha inteso meglio indirizzare salvaguardando le positività di quanto già realizzato e perseguendo l'evoluzione *in progress* dell'organizzazione strutturale, logistica, localizzativa, tecnologica e professionale del sistema di rete per la tutela della salute; l'emergenza urgenza; il recupero funzionale e l'assistenza socio-sanitaria.



Nelle tabelle in allegato "E" sono riportati i dettagli degli interventi finanziati nei due precedenti accordi di programma (2004 e 2007), rimandando, ad ogni modo, all'aggiornamento annuale del modello "C" per quanto attiene la puntuale ricognizione dello stato di avanzamento della spesa e dei lavori.

Si fa presente, come evidenziato nei successivi paragrafi relativi alla coerenza interna ed esterna dell'Accordo di Programma, nonché alla correlazione con la programmazione sanitaria regionale, che gli interventi della presente proposta di accordo si raccordano in continuità temporale e funzionale con quanto pianificato e realizzato con i precedenti programmi, pur in un quadro normativo e di contesto profondamente rinnovato (dopo dieci anni) a seguito del profondo processo di rinnovamento del Servizio Sanitario Regionale, avviato a partire dal 2010 con il Piano di Rientro 2010/2012 ed i successivi Piani Operativi. Infatti, con particolare riferimento ai principali interventi sopra richiamati finanziati con gli AdP 2004 e 2007, si evidenzia che gli stessi riguardano strutture che ancora oggi rappresentano l'ossatura principale di una ideale dorsale che va da Nord a Sud della rete ospedaliera regionale pugliese, costituita appunto dalle due Aziende Ospedaliere Universitarie di Foggia e Bari e dall'ospedale di livello "Vito Fazzi" di Lecce che costituisce, insieme al realizzando nuovo ospedale "San Cataldo" di Taranto, il riferimento per l'area ionico-salentina.

Alla luce di quanto sopra, le risorse ancora disponibili nella dotazione regionale per l'Accordo di Programma da sottoscrivere ammontano ad € 564.220.914,50, di cui € 407.813.204,05 assegnate con delibere CIPE n. 97 e n. 98 del 18/12/2008.

0.3 Sintesi del programma (complessivo) di investimenti

Il già citato Piano di Rientro 2010-2012 prevedeva il riordino della rete ospedaliera regionale (attuato con il RR 18/2010 e il RR 36/2012), al fine di ottenere gli attesi risparmi e miglioramenti della appropriatezza dei ricoveri, associati alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione dei piccoli stabilimenti ospedalieri.

Il successivo Programma Operativo 2013-2015, adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1403 del 4/7/2014 recante "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012" e da ultimo il Programma Operativo 2016-2018, adottato con DGR n. 129 del 6/2/2018, hanno consentito un ulteriore avanzamento del percorso per la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Puglia, dando seguito a quanto già realizzato con i RR n. 18/2010 e n. 36/2012.

Il RR. n. 14/2015 ha definito il percorso per conseguire la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina in funzione dei fabbisogni di salute, nel rispetto dello standard di cui al d.l. 6/7/2012, convertito con modificazioni dalla legge 7/8/2012 n. 135, e in particolare all'articolo 15, comma 13, lettera e).

Con la DGR n. 161/2016 recante "Regolamento Regionale: "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", con il successivo R.R. 10 marzo 2017, n. 7 recante "Regolamento Regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", e da ultimo con il R.R. 19 febbraio 2018, n. 3 recante "Regolamento Regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017" si è provveduto al recepimento del decreto 2 aprile 2015 n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. In particolare si è inteso procedere:

- a. alla razionalizzazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1 del DM 70/2015;
- b. alla articolazione della rete ospedaliera nelle reti per patologia secondo il modello *Hub & Spoke*;
- c. alla aggregazione degli stabilimenti ospedalieri che risultano, in esito alla rimodulazione definita, non in possesso di tutte le discipline necessarie per configurare un ospedale di base, ovvero al fine di attivare integrazioni tra le diverse discipline per l'ottimizzazione e la razionalizzazione dei percorsi clinici, anche nel senso della sostenibilità degli interventi;

- d. all'incremento dell'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la riconversione di alcune strutture ospedaliere sottoutilizzate in strutture territoriali di assistenza denominate Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)
- e. al potenziamento, nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza, dell'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche, anche attraverso l'implementazione di Residenze Sanitarie Assistenziali classificate R1.

Il conseguimento dell'obiettivo complessivo di risparmio e di miglioramento dei *setting* assistenziali derivante dal riordino della rete ospedaliera non è possibile esclusivamente con la logica della disattivazione di posti letto, perché è necessario intervenire in termini più incisivi ed efficaci, coniugando l'obiettivo del risparmio con quelli di riqualificazione complessiva dell'offerta ospedaliera, specialistica e distrettuale, riducendo l'inefficienza organizzativa e la carenza tecnologica e migliorando l'accessibilità delle prestazioni specialistiche sul territorio pugliese.

Per questo 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:

1. 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;
2. 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;
3. 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.);
4. 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 primo ciclo di tale programma di investimenti, che ha preso forma intorno al 2008 ed è terminato nel 2015 con la conclusione degli interventi a valere sui fondi comunitari del PO FESR 2007/2013, affonda le sue radici in realtà nel lavoro già avviato dal 2004, con le sole risorse all'epoca disponibili (ossia quelle dei già richiamati Accordi di Programma 2004 e 2007 a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988, oltre a risorse marginali sul fondo sanitario regionale oltre che sull'art. 71 della l. n. 448/1998), integrate dal 2008 con i fondi FESR di cui all'Asse III del PO FESR 2007-2013, pari a circa 190 milioni per la riqualificazione dell'offerta sanitaria territoriale.

Il secondo ciclo del programma di investimenti è stato avviato nel 2014 con la sottoscrizione del già richiamato APQ "Benessere e Salute" a valere sulle risorse FSC 2007/2013, pari a 225 milioni di euro, con le quali sono stati finanziati, oltre, ai nuovi ospedali di Taranto e Monopoli-Fasano anche interventi presso l'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, il Centro Grandi Ustionati di Brindisi, gli Ospedali Riuniti di Foggia e la ASL di Foggia.

La suddetta seconda fase di investimenti intende avvalersi delle seguenti ulteriori fonti di finanziamento:

1. le risorse del FESR di cui all'Obiettivo Tematico IX del POR Puglia 2014-2020, pari a circa 404 milioni di euro, riservate esclusivamente al potenziamento della rete sanitaria territoriale pubblica, dati i vincoli di ammissibilità che escludono interventi ospedalieri;
2. le risorse residue ex art. 20 della l. n. 67/1988, su cui si basa il presente documento programmatico, da utilizzarsi per il finanziamento degli interventi non ammissibili sul PO FESR 2014/2020, quindi prevalentemente riferiti al potenziamento ed alla razionalizzazione della rete ospedaliera regionale coerente con la programmazione rinveniente dal D.M. 70/2015.

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 dare concreta attuazione alle linee strategiche regionali che aspirano ad innovare la rete ospedaliera pugliese, con la realizzazione di ulteriori tre nuovi ospedali di riferimento aziendale, destinati ad assorbire e superare l'offerta degli attuali stabilimenti ospedalieri, obsoleti e non più idonei ad offrire risposte adeguate agli obiettivi di cura del SSR, e per realizzare importanti e indifferibili interventi di adeguamento agli standard degli ospedali di I e II livello.

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

- a) gli ulteriori tre nuovi ospedali necessari a completare il disegno della rete delle strutture di riferimento lungo la dorsale interna nord-sud, ossia *prioritariamente* il
 - il nuovo Ospedale di Andria (ASL BT) tra Andria e Corato
 - il nuovo Ospedale del sud Salento (ASL LE), tra Maglie e Melpignano;e successivamente
 - il nuovo Ospedale del Nord-Barese (ASL BA/BT), tra Molfetta(BA) e Bisceglie (BT);
- b) il completamento del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano (lavori di completamento e tecnologie);
- c) interventi prioritari nell'alveo della rete ospedaliera regionale esistente, indifferibili rispetto agli adeguamenti normativi ed agli standard previsti dal D.M. 70/2015, riconducibili alle seguenti tipologie:
 - a. adeguamento a norma, ammodernamento e potenziamento tecnologico delle strutture ospedaliere di I livello già attive, con riferimento alle piastre operatorie, alle dotazioni per la diagnostica specialistica, alle prestazioni mediche e chirurgiche di più elevata complessità;
 - b. ampliamento delle strutture ospedaliere e loro servizi/reparti in relazione ai fabbisogni già dichiarati.

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, già più volte richiamata nei paragrafi precedenti, nel quadro più ampio del Piano Operativo 2016/2018 per la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale adottato in continuità con il precedente Piano di Rientro 2010/2012 ed il Piano Operativo 2013/2015. In particolare deve citarsi la deliberazione della Giunta Regionale n. 1933 del 30/11/2016 recante "DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014" con la quale la Giunta regionale ha previsto:

- di approvare, ad integrazione e modifica delle deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 256/2016 il Regolamento di Riordino della rete ospedaliera ad oggetto "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del DM 70/2015 e della legge di stabilità 28/12/2015 n. 208 e del RR n. 14/2015"; il riordino della rete ospedaliera è stato ulteriormente aggiornato con il R.R. n. 7/2017, approvato con DGR n. 239 del 28/02/2017, e in ultimo con il R.R. n. 3/2018 recante "Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017", approvato con DGR n. 53 del 23/01/2018,
- di approvare la nuova rete Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, comprensiva del protocollo operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN), confermata dai successivi provvedimenti;

La nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, definita dal RR 7/2017 così come modificato dal RR 3/2018, prevede in prima applicazione 5 ospedali di II livello (tra cui due Aziende Ospedaliere Universitarie), 17

ospedali di I livello e 10 ospedali di base, oltre a due IRCCS pubblici, due IRCCS privati e 25 case di cura private accreditate; la programmazione di medio periodo (2017-2025) prevede invece un passaggio ad uno schema con 6 ospedali di secondo livello, 16 ospedali di primo livello e 8 ospedali di base.

L'art. 2 comma 3 nonché l'art. 6 del suddetto regolamento prevedono inoltre la realizzazione del nuovo Ospedale di Andria, del nuovo ospedale del Sud Salento, del nuovo ospedale di Taranto, del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano, ed in un fase successiva di un ospedale di I livello nel Nord-Barese. Con particolare riferimento ai due nuovi ospedali di Andria e del Sud-Salento il regolamento stabilisce che si proceda in relazione alla nuova dotazione finanziaria a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul fondo di sviluppo e coesione 2014/2020.

Per quanto attiene la correlazione con la programmazione intersettoriale (coerenza esterna) della Regione Puglia, non può non farsi riferimento al Programma Operativo Regionale Puglia 2014-2020, approvato con decisione della commissione europea C(2015) 5854, con particolare riferimento all'Obiettivo tematico IX che tiene conto del ruolo centrale dedicato all'inclusione sociale e dalla lotta alla povertà. L'Asse presenta inoltre una partecipazione diretta per rafforzare la dotazione infrastrutturale dei servizi sociali e dei servizi territoriali sociosanitari e sanitari non ospedalieri che qualificano le strategie di inclusione sociale e di miglioramento dei livelli di qualità della vita. In particolare la linea di azione 9.12 prevede un consistente stanziamento di risorse (oltre 400 milioni) volte agli interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica. Le azioni programmate fanno riferimento al potenziamento della rete di offerta pubblica di servizi sanitari territoriali a titolarità pubblica, al fine di complementare la presente proposta di documento programmatico.

In particolare con le suddette risorse si sta procedendo alla riconversione degli ospedali dismessi in presidi territoriali di assistenza (PTA), così come definiti dal RR 14/2015. Il PTA rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

QUADRO FINANZIARIO COMPLESSIVO

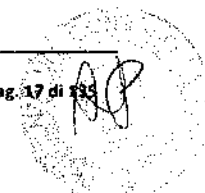
Il quadro finanziario complessivo del presente DP, riportato nella tabella seguente, è basato sull'intero ammontare delle risorse residue destinate alla Regione Puglia.

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Altro finanziamento regionale oltre il 5%
1	Nuovo Ospedale del "Sud Salento"	142.000.000,00	134.900.000,00	7.100.000,00	-
2	Nuovo Ospedale di Andria	138.000.000,00	131.100.000,00	6.900.000,00	-

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Altro finanziamento regionale oltre il 5%
3	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	-
4	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature	25.000.000,00	23.750.000,00	1.250.000,00	-
5	Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
6	Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari	11.600.000,00	11.020.000,00	580.000,00	-
7	Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi	13.200.000,00	12.540.000,00	660.000,00	-
8	Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
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	-

Codice	Intervento	Totale	Finanziamento a carico dello Stato	Cofinanziamento regionale (5% a complemento del finanziamento statale)	Altro finanziamento regionale oltre il 5%
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 e potenziamento Ospedale di Barletta	8.900.000,00	8.455.000,00	445.000,00	-
16	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	-
17	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola	7.200.000,00	6.840.000,00	360.000,00	-
18	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo	6.900.000,00	6.555.000,00	345.000,00	-
19	-Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	40.000.000,00	38.000.000,00	2.000.000,00	-
20	Riqualificazione dei plessi minori dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	15.200.000,00	14.440.000,00	760.000,00	-
21	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli	5.300.000,00	5.035.000,00	265.000,00	-
22	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"	106.900.000,00	92.545.914,50	4.870.837,61	9.483.247,89
	TOTALE	603.400.000,00	564.220.914,50	29.695.837,61	9.483.247,89

Tabella 0. 1 Quadro finanziario aggregato del documento programmatico



0.4 Proposta di interventi per primo accordo stralcio.

Fermo restando tale quadro complessivo, in conformità a quanto comunicato con nota prot. 4425/SP del 19/12/2018 a firma del Presidente della Regione, si ritiene di dover procedere prioritariamente con l'ammissione a finanziamento degli interventi identificati con i codici 1, 2, 19 e 20, per i quali questa Regione ha già trasmesso la documentazione tecnica (studi di fattibilità) e amministrativa (atti di approvazione degli stessi) richiesta, nelle more dell'acquisizione della documentazione relativa ai restanti interventi, la cui predisposizione a cura delle rispettive Aziende Sanitarie è in fase di completamento.

In particolare si propone di addivenire alla stipula di un Accordo di Programma "a stralcio" nel quale, fermo restando il quadro complessivo delle progettualità descritte nel presente documento programmatico, siano individuati come prioritari i seguenti interventi, per i quali è stata prodotta la documentazione tecnica richiesta:

- a) nuovo ospedale del "Sud-Salento" (codice intervento: 1), il cui studio di fattibilità è stato trasmesso con nota prot. AOO_081/PROT/25/09/2018/0004571U del 25/09/2018, successivamente integrata con la nota prot. AOO_081/PROT/13/11/2018/0005474 con la quale è stata notificata la deliberazione del Direttore Generale della ASL di Lecce;
- b) nuovo ospedale di Andria (codice intervento: 2), il cui studio di fattibilità è stato trasmesso con nota prot. AOO_081/PROT/20/09/2018/0004497U del 20/09/2018, comprensivo della deliberazione di approvazione da parte del Direttore Generale della ASL BT;
- c) intervento di demolizione e ricostruzione di parte della struttura denominata "Monoblocco" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia" (codice intervento: 19), il cui studio di fattibilità è stato inviato in data 19/6/2018 con la già richiamata nota prot. AOO_081/19-06-2018/0003111;
- d) intervento di riqualificazione dei plessi minori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Riuniti di Foggia" (codice intervento: 20), il cui studio di fattibilità è stato inviato con nota prot. AOO_081/PROT/11/10/2018/0004877U del 11/10/2018;

Si precisa che con la già citata nota prot. 4425/SP del 19/12/2018 sono state trasmesse anche le deliberazioni di approvazione degli studi di fattibilità degli interventi 19 e 20 da parte del Direttore Generale degli Ospedali Riuniti di Foggia

L'allegato "A" dell'Intesa Stato-Regioni del 2008 prevede infatti che il documento programmatico contenga esplicitamente gli interventi che fanno parte dell'Accordo di programma nei limiti dell'impegno finanziario indicato nell'articolato contrattuale; al fine di poter rappresentare l'intero quadro strategico delle azioni individuate per il perseguimento degli obiettivi di modifica dell'offerta sanitaria esplicitati nell'Accordo, si potrà far riferimento anche a ulteriori interventi non contenuti nell'Accordo medesimo da realizzare o in corso di realizzazione.

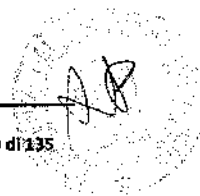
Si è ritenuto opportuno definire un documento programmatico unico contenente il complesso degli interventi di edilizia sanitaria e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale pugliese che si intende finanziare con le risorse residue ex art. 20 della l.n. 67/1988, comprensivo sia degli interventi del primo accordo stralcio che degli interventi che saranno inclusi nei successivi accordi man mano che gli ulteriori interventi raggiungeranno un idoneo livello di definizione della progettazione.

La scelta di operare in più fasi (con un primo accordo stralcio) deriva dalla necessità di dare avvio alle ulteriori fasi di progettazione dei due nuovi ospedali di Andria e del Sud-Salento, il cui iter è complesso, ed allo stesso tempo di avviare i lavori urgenti presso gli Ospedali Riuniti di Foggia a seguito delle verifiche effettuate sulla vulnerabilità sismica di alcuni plessi.

Nella tabella che segue sono riportati gli interventi che si propone di includere nella primo accordo a stralcio per un importo complessivo di euro 335.200.000,00 di cui 318.440.000,00 a carico dello Stato.

Codice	Intervento	Importo complessivo intervento	Quota Stato (95%)	Quota Regione (5%)	Altro Finanziamento regionale (oltre il 5%)
1	Nuovo Ospedale del "Sud Salento"	142.000.000,00	134.900.000,00	7.100.000,00	0,00
2	Nuovo Ospedale di Andria	138.000.000,00	131.100.000,00	6.900.000,00	0,00
19	Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	40.000.000,00	38.000.000,00	2.000.000,00	0,00
20	Riqualificazione dei plessi minori dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia	15.200.000,00	14.440.000,00	760.000,00	0,00
	Totale interventi	335.200.000,00	318.440.000,00	16.760.000,00	0,00

Tabella 0. 2 Quadro finanziario della proposta di Accordo stralcio



0.5 Struttura del documento e metodologia

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

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

Va evidenziato che, dal punto di vista metodologico, il presente documento tende a dimostrare la coerenza degli interventi proposti con il più generale quadro degli investimenti della Regione Puglia nel settore sanitario e con la programmazione sanitaria regionale rinveniente dal Programma Operativo 2016-2018 e dalla attuazione del DM 70/2015. La descrizione dei singoli interventi dal punto di vista tecnico è lasciata ad un alto livello di definizione per le seguenti motivazioni:

- a) non è possibile già da oggi di definire nel dettaglio le scelte progettuali relative ai nuovi ospedali, che potrebbero essere suscettibili delle modifiche al quadro della normazione tecnica e dell'evoluzione tecnologica nel tempo necessario per l'approvazione del presente DP;
- b) la progettazione dei nuovi ospedali, analogamente a quanto effettuato per gli ospedali di Taranto e Monopoli-Fasano, sarà preceduta da una progettazione clinico-gestionale aggiuntiva rispetto ai livelli di progettazione tecnica previsti dal DPR n. 207/2010, sulla base della quale saranno assunte le determinazioni di dettaglio sul dimensionamento definitivo delle opere e sul modello di gestione di alcuni servizi interni (mensa, parcheggi, ecc.).

Si evidenzia, infine, che per una maggiore fruibilità e leggibilità del presente documento le tavole e le figure relative alla sezione 1 recante "*Analisi Socio-Sanitaria-Economica e Rispondenza della Strategia ai Bisogni Identificati*" sono riportate in un appositi allegati "A" e "B".



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

1.1 La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

1.1.1 Quadro normativo

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

La Regione Puglia, con legge regionale 19 settembre 2008, n. 23, approvava il "Piano Regionale di Salute 2008-2010" che, con riferimento all'assistenza ospedaliera, determinava uno standard di posti letto pari a 4,5 p.l. per mille abitanti e prevedeva una riorganizzazione della rete ospedaliera per ambiti territoriali (comprensorio; provincia; macro-area) e tipologie assistenziali (ospedali di primo livello o di base; ospedali di livello intermedio; ospedali di riferimento provinciale e/o regionale), disponendo altresì la riconversione in strutture sanitarie territoriali degli stabilimenti ospedalieri con una dotazione inferiore a 70 posti letto.

L'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009 (Patto per la Salute 2010-2012) recepita dalla L. n. 191/2009 (Finanziaria 2010) è intervenuta in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera, al fine di promuovere il ricorso più mirato al ricovero ordinario, al ricovero diurno e all'assistenza in regime ambulatoriale nonché di favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tal fine, l'art. 6, co. 1 della predetta Intesa ha disposto la riduzione dello standard di posti letto a 4 p.l. per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Successivamente la Regione Puglia, a seguito dello sfioramento del patto di stabilità interno nell'esercizio finanziario 2009, ha dovuto impegnarsi a realizzare uno stringente piano di rientro dal deficit sanitario, di durata triennale, ai sensi dell'art. 1, co. 180 della L. 311/2004 (Legge Finanziaria 2005), richiamato dall'art. 2, co. 97 L. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010). Il "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012" è stato oggetto dell'Accordo del 29/11/2010 sottoscritto tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed la Regione Puglia.

Detto piano, ratificato con legge regionale 9 febbraio 2011 n.2, fatta salva la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, prevedeva, tra vari interventi, il riordino della rete ospedaliera regionale, che è stato attuato per la prima fase con il R. R. n. 18/2010 e per la seconda fase con i R.R. n. 36/2012 e n. 38/2012.

In particolare la prima fase (RR 18/2010) ha previsto le seguenti misure:

- a) riduzione dei posti letto (da 15.833 a 14.320);
- b) disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore a 70 o con meno di tre unità operative per acuti e sulla base dei dati complessivi di attività, ossia:
 - Ruvo di Puglia;
 - Bitonto
 - Santeramo in Colle
 - Minervino Murge
 - Spinazzola
 - Cisternino
 - Ceglie Messapica
 - Monte Sant'Angelo
 - Torremaggiore
 - San Marco in Lamis
 - Gagliano del Capo
 - Maglie



- Poggiardo
 - Massafra
 - Mottola
- c) Riconversione di alcuni degli stabilimenti ospedalieri disattivati in strutture sanitarie territoriali, sulla base del fabbisogno assistenziale del territorio nonché delle risorse a disposizione e dell'attività prevalente dello stabilimento interessato, ossia:
- Rutigliano - Struttura extra-ospedaliera di riabilitazione;
 - Noci - Struttura extra-ospedaliera di riabilitazione;
 - Campi Salentina - Presidio territoriale per la Presidio territoriale per la gestione delle cronicità

L'Intesa "Stato-Regioni e Province Autonome" Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010 ha emanato le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la induzione del taglio cesareo", recepito con DGR n. 131 del 31.01.2011, integrata con provvedimento n. 550 del 24/03/2011, con le quali, peraltro, si provvedeva ad istituire il Comitato Percorso Nascita Regionale.

La seconda fase del riordino ospedaliero è stata completata con i RR n. 36/2012 e n. 38/2012, prevedendo la disattivazione di 370 posti letto nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, di 130 negli Enti Ecclesiastici e IRCCS privati nonché di 300 posti letto delle Case di cura private accreditate.

Con tali atti sono stati stabiliti:

- la rimodulazione dei punti nascita sulla base della citata intesa del 16/12/2010 con la disattivazione di dieci Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia: Lucera, Manfredonia, Canosa, Trani, Terlizzi, Molfetta, Ostuni, Fasano, Manduria, Gallipoli, Casarano;
- la rimodulazione delle dotazioni di posti letto risultati in eccesso rispetto agli standard individuati dall'AGENAS per la riorganizzazione della rete ospedaliera, così come segnalato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e della Finanze con parere PUGLIA DGPROG-16/06/2011-136-P;
- la riconversione in strutture di assistenza territoriale degli ospedali che risultavano, in esito al RR 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70:
 - Ospedale "Jaia" di Conversano (BA) – 53 posti letto;
 - Ospedale di Gioia del Colle (BA) – 32 posti letto;
 - Ospedale "Sambiasi" di Nardò (LE) – 58 posti letto;
- il mantenimento, quali plessi aggregati ad ospedali di base, intermedio o di riferimento regionale di ospedali che risultavano, in esito al RR 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70:
 - Ospedale San "Camillo" di Mesagne (Br) – 56 posti letto;
- l'aggregazione funzionale di stabilimenti ospedalieri.

Successivamente, il Tavolo tecnico congiunto per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nel corso della riunione del 09.11.2012, in relazione alle criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel "Piano di Rientro", ha chiesto alla Regione Puglia di redigere ed adottare il "Programma operativo per gli anni 2013/2015", avvalendosi di quanto previsto al comma 20 dell'articolo 15 del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1403 del 4 luglio 2014 "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012", la Regione ha adottato il suddetto "Programma Operativo 2013 – 2015", con il quale si è inteso:

- a) proseguire l'azione di controllo della spesa sanitaria, già intrapresa con il sopracitato Piano di Rientro;
- b) garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un processo di miglioramento dell'offerta

sanitaria ospedaliera, ma soprattutto territoriale, declinato in tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

1. dotare il Servizio Sanitario Regionale (SSR) di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
2. implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
3. proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

In particolare, il Programma 14.1 "Rimodulazione rete ospedaliera" prevede, infatti, la rimodulazione tendenziale della dotazione di posti letto per disciplina in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti. Tali standard sono fissati, in attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dall'art. 4, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016, nonché del regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (di seguito Regolamento ministeriale sugli standard) - D.M. n. 70/2015.

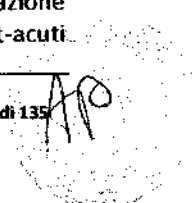
Con il R.R. n. 14/2015 è stata quindi disciplinata la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016.

Con la DGR n. 161/2016 recante "Regolamento Regionale: "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" si è provveduto al recepimento del decreto 2 aprile 2015 n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. In particolare si è inteso procedere:

- a) alla razionalizzazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1 del DM 70/2015;
- b) alla articolazione della rete ospedaliera nelle reti per patologia secondo il modello Hub & Spoke;
- c) alla aggregazione degli stabilimenti ospedalieri che risultano, in esito alla rimodulazione definita, non in possesso di tutte le discipline necessarie per configurare un ospedale di base, ovvero al fine di attivare integrazioni tra le diverse discipline per l'ottimizzazione e la razionalizzazione dei percorsi clinici, anche nel senso della sostenibilità degli interventi;
- d) all'incremento dell'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la riconversione di alcune strutture ospedaliere sottoutilizzate in strutture territoriali di assistenza denominate Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)
- e) al potenziamento, nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza, dell'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche, anche attraverso l'implementazione di Residenze Sanitarie Assistenziali classificate R1.

In estrema sintesi, la terza fase ha previsto, oltre alla classificazione degli ospedali esistenti, la chiusura di ulteriori otto stabilimenti ospedalieri (Canosa, Triggiano, Terlizzi, Mesagne, San Pietro Vernotico, Ceglie Messapica, Grottaglie, Trani) e la distribuzione di 13.000 PL complessivi a fronte dei 14.783 (di cui 11.986 per acuti e 2797 per post acuti) rinveniente dalle previsioni di cui al comma 3 dell'art. 1 del DM 70/2015.

Da ultimo, con il R.R. 7/2017 "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" approvato con DGR 239/2017 e a sua volta modificato dal R.R. 3/2018, approvato con DGR 53 del 23/01/2018, sono state riclassificate le strutture ospedaliere ed è stata stabilita la rimodulazione per disciplina della dotazione di posti letto, che ammontano complessivamente a 13.288 unità (di cui 11.373 per acuti, 1.463 per post-acuti).



e 452 per lungodegenza) a fronte dei 14.783 rinvenienti dalle previsioni di cui al comma 3 dell'art. 1 del DM 70/2015. In base al R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018, la rete ospedaliera in prima applicazione entro il 31/12/2017 prevede 5 ospedali di II livello (tra cui due Aziende Ospedaliere Universitarie), 17 ospedali di I livello e 10 ospedali di base, oltre a due IRCCS pubblici, due IRCCS privati e 25 case di cura private accreditate; la programmazione di medio periodo (2017-2025) prevede invece un passaggio ad uno schema con 6 ospedali di secondo livello, 16 ospedali di primo livello e 8 ospedali di base. Infine è stata disposta la riconversione in PTA degli stabilimenti ospedalieri di Trani, Fasano, San Pietro Vernotico e Mesagne e la riconversione in Presidi Post - Acuzie degli stabilimenti di Canosa, Terlizzi, Triggiano, Grottaglie.

Al fine di ultimare le azioni di riqualificazione del SSR la Regione Puglia si è avvalsa nuovamente della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20, del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni con Legge n. 135/2012, sulla possibilità di prosecuzione del Piano di rientro attraverso un Programma Operativo per gli anni 2016 - 2018. Tale piano, approvato con DGR 129 del 06.02.2018, si prefigge, tra gli altri, l'obiettivo di adempiere a quanto previsto dal D.M. n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e della emergenza-urgenza. In particolare: dimensionamento delle discipline pubbliche e private rispetto ai bacini di utenza; articolazione della rete dell'emergenza-urgenza con individuazione dei nodi della rete; relativo cronoprogramma degli interventi.

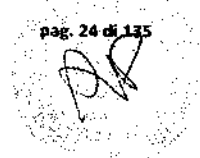
Sulla scorta dei mancati adempimenti del precedente triennio, delle cogenze prioritarie da Griglia LEA, delle indicazioni specifiche emerse nelle ultime sessioni congiunte Tavolo Adempimenti Regionali e Comitato Verifica LEA, del programma di governo in materia sanitaria della presente legislatura regionale e delle criticità emergenti nell'ultimo anno, la Regione Puglia ha previsto nel Programma Operativo cinque Aree programmatiche, tra cui *"Implementare una nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione (GOOSP)"*.

1.1.2 Quadro demografico e territoriale

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

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

Il territorio pugliese è pianeggiante per il 53,3%, collinare per il 45,3% e montuoso solo per l'1,4%. Tale distribuzione rende la Puglia la regione meno montuosa d'Italia. I monti più elevati si trovano nel



subappennino Dauno, nella zona nord-occidentale, al confine con la Campania, dove si toccano i 1152 m del Monte Cornacchia e sul promontorio del Gargano, a nord-est, con i 1055 m del monte Calvo.

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

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

Sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti e, tra questi, tutte le città capoluogo di provincia. Circa il 41% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,6% della popolazione vive in piccoli Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; sono, infatti, molto estese in termini di superficie ma poco in termini demografici le zone rurali, concentrate prevalentemente in provincia di Foggia (con il sub-appennino Dauno e il Gargano) e in provincia di Lecce con l'entroterra salentino. Infine, il 37,8% della popolazione pugliese, cioè circa 1.547.000 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

Sul piano amministrativo, il territorio regionale è articolato in sei Aziende Sanitarie Locali (ASL), i cui confini coincidono con quelli amministrativi delle Province. All'interno delle ASL il territorio è suddiviso in 45 distretti sociosanitari che, a normativa regionale vigente, coincidono con gli ambiti territoriali sociali per assicurare la coerenza e l'integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie territoriali. La dimensione media dei distretti sociosanitari è di circa 83.500 abitanti, considerando che tutti i distretti delle città capoluogo raggiungono almeno i 100.000 abitanti.

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

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

Il 20,5% della popolazione pugliese è anziana (ultra 65enne) e 5,9% è il peso dei cosiddetti grandi anziani, cioè gli ultraottantenni, mentre solo il 2,5% della popolazione è rappresentata da bambini in età tra 0 e 36 mesi e l'incidenza dei pugliesi minorenni (0-17 anni) per la prima volta nel 2010 (su dati al 31.12.2009) si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 17,2% contro il 20,5%.

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 2014, a 21,57, ovvero quasi 4 cittadini in età lavorativa hanno "in carico" un cittadino giovane in età non lavorativa.

L'indice di vecchiaia (**figura 1.2**) calcola il peso percentuale della popolazione ultra-sessantacinquenne sulla popolazione di età 0-14 anni e per la Puglia ha raggiunto nel 2015 il valore di 145,9: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di individui anziani rispetto ai giovanissimi. L'incremento di tale indice che si registra in Puglia appare maggiore rispetto all'andamento che si registra sia a livello delle altre regioni meridionali che a livello nazionale.

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

La **figura 1.3** illustra la dinamica tra il 1993 e il 2014 del tasso di disoccupazione totale in Puglia, confrontando i valori con quelli registrati a livello di tutte le regioni del mezzogiorno e a livello nazionale, da cui si evidenzia un trend fortemente in salita, in particolare tra il 2011 e il 2014, quando raggiunge un valore pari a 21,46% a

fronte di un dato nazionale di 12,68%.

L'indice di deprivazione (tavola 1.3) esprime il livello di svantaggio sociale relativo tramite la combinazione di alcune caratteristiche della popolazione residente, rilevate in corrispondenza dei censimenti della popolazione e delle abitazioni. Le varie caratteristiche sono scelte per rappresentare la prevalenza di condizioni di svantaggio lungo le seguenti dimensioni rappresentative della deprivazione: scarsa istruzione, carenza di lavoro, condizioni abitative e familiari peggiori.

Gli indicatori che misurano le dimensioni della deprivazione sono legati ai seguenti fattori.

- Il basso livello di istruzione risulta leggermente più frequente nelle regioni del Centro-Sud; la regione in cui si registra la maggior frequenza di pochi istruiti è la Basilicata (41,1%).
- Il livello di disoccupazione mostra una variabilità tra le regioni molto marcata. I valori peggiori si registrano in Sicilia e in Campania, dove più di un quarto della popolazione attiva risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione. In entrambi gli indicatori si evince un gradiente a sfavore delle regioni del Sud.
- La percentuale di abitazioni in affitto tende ad avere valori maggiori anche in alcune regioni del Nord, nonostante il valore più sfavorevole si osservi in Campania.
- La densità abitativa non appare molto variabile e tende ancora ad assumere valori più alti nelle regioni del Sud.
- La percentuale di famiglie di un genitore solo con figli a carico non evidenzia particolari gradienti, con un massimo in corrispondenza della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il livello di deprivazione regionale appare avere un'intensità correlata con quella della mortalità generale. All'aumentare del livello di deprivazione comunale medio i tassi di mortalità regionali standardizzati (SMR) tendono a crescere, in particolare per i valori maggiori dell'indice. E' importante sottolineare che la Regione Puglia, a fronte di un indice di deprivazione medio-alto (2,83) non presenta un aumento del tasso standardizzato di mortalità rispetto ad altre regioni meridionali.

Un ulteriore elemento di contesto da considerare ai fini del Piano di rientro è il PIL pro-capite per regione, riportato nell'ultima colonna della Tavola 1.3. Il dato è indicativo di una situazione di sofferenza, con notevole distacco rispetto alla media nazionale.

1.1.3 Quadro epidemiologico

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

Le tavole allegate illustrano le dinamiche nel tempo e le differenze territoriali per il tasso di mortalità infantile e per il tasso di mortalità generale, evidenziando un dato superiore alla media nazionale per la mortalità infantile, per quanto in significativa riduzione, con l'eccezione delle province di Foggia, Taranto e Brindisi (tavola 1.4)

La mortalità generale, per quanto in salita negli ultimi anni, si posiziona sempre al di sotto del valore nazionale. Vanno segnalate le province di Foggia e BT, dove invece i valori provinciali si collocano al di sopra sia del dato regionale che di quello nazionale (tavola 1.5)

La mortalità per principali cause di morte, illustrata nella tavola 1.6, fa evidenziare a partire dai dati ISTAT specifiche criticità per le morti a causa di tumore e di patologie respiratorie nell'area leccese, più ancora che nella provincia tarantina. Si registra una mortalità elevata in tutte le province pugliesi per malattie endocrine e del metabolismo

Le figure da 1.4 a 1.8 mostrano i dati sulle principali cause di ricovero, relativamente ai ricoveri effettuati nelle strutture regionali, nel periodo tra il 2000 e il 2013

In primo luogo va segnalata una consistente riduzione dell'ospedalizzazione negli ultimi tre anni legata alle

politiche di incentivazione dell'assistenza territoriale e di riduzione dell'inappropriatezza.

Per quanto riguarda le malattie infettive, si osserva un trend in decremento, con tassi che rimangono più elevati nelle province di Foggia e Bari (figura 1.4).

In significativa riduzione appaiono in tutti i territori i ricoveri per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo (figura 1.5)

I ricoveri per "tutti i tumori" mostrano un trend in diminuzione in tutte le province, con l'eccezione della provincia di Foggia in cui l'arresto dell'andamento in crescita riguarda solo l'ultimo anno osservato (figura 1.6)

Anche per le altre cause osservate si osserva generalmente un trend in riduzione (figure 1.7 - 1.11).

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

I dati sul tasso di ospedalizzazione pugliese certificano una situazione generalizzata di riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero (figure 1.12, 1.13 e 1.14).

Ciò che si evidenzia con chiarezza è che la quota di ricoveri che è diminuita appartiene alla categoria dei potenzialmente inappropriati (cosiddetti ricoveri LEA, figura 1.15). Osservando i soli ricoveri ordinari acuti, nel periodo 2010-2014 si registra una riduzione del 21% dei ricoveri totali e del 39% dei ricoveri ordinari definiti dal Ministero della Salute "potenzialmente inappropriati".

Il tasso di ospedalizzazione per tali ricoveri passa da 38,5 nel 2010 a 26,4 nel 2014, un dato ancora elevato (ma indubbiamente in miglioramento) (figura 1.16).

Che questo sia l'effetto delle politiche sanitarie regionali, lo si apprezza osservando come il maggior decremento sia registrato per i DRG per cui è stato attivato, nel 2011, il regime di Day Service, che garantisce il trasferimento delle prestazioni in regime ambulatoriale, attraverso una presa in carico globale dei pazienti e dei loro problemi clinici (figura 1.17)

Nel 2013, alla riduzione del numero di ricoveri per diabete senza complicanze, corrisponde un incremento di pari entità delle prestazioni di day service (figura 1.18).

Sono disponibili anche i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione per ciascuno dei distretti sociosanitari pugliesi, e disarticolati tra l'altro per Ordinari e DH/DS, medici e chirurgici (tavole 1.7 e 1.8).

In tavola 1.9 sono riportati i numeri di ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi (Dati ARES Puglia, 2001-2013) ed il relativo tasso di ospedalizzazione in continuo decremento.

Le tavole 1.10-1.13 dimostrano l'articolazione per tipologia e la dinamica negli anni 2011-2014 per le principali prestazioni ambulatoriali, rappresentando un volume di prestazioni erogate in significativa crescita nel triennio, che rappresentano l'incremento in appropriatezza nella risposta alle esigenze di salute espresse dalla popolazione pugliese.

In tavola 1.14 si evidenzia come oltre il 50% dei ricoveri totali effettuati in Puglia nel 2014 è stato assorbito da soli 10 ospedali pugliesi, che sono anche quelli che costituiscono l'ossatura portante della rete ospedaliera regionale.

Analizzando i dati incrociati di offerta (numero di posti letto disponibili, tavola 1.15) e di domanda ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tavola 1.16), si ricava che l'offerta è andata gradualmente adeguandosi ai più recenti standard in termini di posti letto per 1000 abitanti, rimanendo sempre sotto la media nazionale e ben al di sotto del 3,7 per 1000 abitanti.

In tavola 1.17 è riportata anche l'incidenza posti di DH sul totale dei posti letto – anni 2014-2015, che si assesta intorno al 15%.

1.1.5 Quadro della mobilità attiva e passiva

La tavola 1.18 illustra i principali indicatori di analisi della mobilità attiva per le strutture ospedaliere delle

ASL, delle Aziende Ospedaliere, degli IRCCS e delle altre strutture di cura private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale, e la capacità diversa di attrazione che le stesse strutture esercitano sulla popolazione di riferimento nel Comune in cui si collocano, nella relativa ASL, rispetto ad altre ASL della Regione e in termini di mobilità attiva extra-regionale.

La mobilità passiva (figura 1.19) dal 2006 al 2013 si è ridotta del 20% (passando da circa 74.000 ricoveri a meno di 60.000).

I dati relativi alla mobilità passiva ospedaliera extraregionale del 2011, 2012 e 2013 mostrano un trend in discesa rispetto agli anni precedenti, anche se in misura inferiore rispetto alla diminuzione dei ricoveri all'interno della regione, determinata in gran parte dagli interventi effettuati sulla rete ospedaliera nell'ambito del processo di riordino che hanno portato ad un aumento dell'appropriatezza (tavola 1.19).

In particolare è opportuno segnalare che la contrazione del numero di ricoveri effettuati in mobilità passiva riguarda principalmente quelli di 0-1 giorno.

Da una disamina della situazione per le singole ASL si rileva che il decremento percentuale più rilevante riguarda i residenti nelle ASL BAT e Bari per il 2012 e nelle ASL BAT e Foggia per nel 2013 (tavola 1.20)

Nella ripartizione per ASL si conferma come le due ASL "di confine", quelle di Foggia e Taranto, siano maggiormente interessate dal fenomeno, che in ogni caso registra anche in questi territori una riduzione in entrambi gli anni (fig. 1.20).

Verificando l'andamento negli anni, si registra in particolare per i ricoveri totali ed ordinari un andamento coerentemente in diminuzione che, tra il 2011 e il 2012, ha interessato soprattutto i ricoveri diurni: questo dato spiega perché, alla riduzione del numero dei ricoveri, non corrisponde una diminuzione del valore delle SDO (tavola 1.21)

Rispetto alla distinzione area chirurgica/area medica, i ricoveri fuori regioni sono per poco più della metà di area chirurgica, con un dato crescente nel 2013 (tavola 1.22).

Osservando la suddivisione per MDC appare evidente come il maggior numero di ricoveri, sia in termini assoluti che in percentuale sul totale dei ricoveri per MDC effettuati da residenti pugliesi, riguardi il raggruppamento dei Disturbi muscolari, ossei e del tessuto connettivo (tavola 1.23).

Il 50% dei ricoveri extraregione viene effettuato in 4 regioni: Emilia Romagna, Lombardia, Lazio e Basilicata, in ordine di frequenza (tavola 1.24).

Sono rilevabili delle specificità territoriali (tavola 1.25): i residenti nella ASL di Brindisi e Lecce ricorrono sostanzialmente meno rispetto al dato medio regionale alle prestazioni delle strutture lucane mentre vi è una quota pari al 10% dei ricoveri in mobilità passiva effettuata nella Regione Toscana; si evidenzia per i residenti dell'ASL di Foggia come la percentuale maggiore di ricoveri fuori regione è attribuibile alla regione Molise.

Esaminando la distribuzione dei primi 20 DRG per frequenza, si osserva che ben 9 appartengono alla categoria dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza; un quarto si riferisce a problematiche di natura ortopedica (tavola 1.26).

1.1.6 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.

In particolare si osserva:

- a livello regionale un'elevata prevalenza di malattie croniche, in particolare diabete, BPCO e scompenso cardiaco;

- alcune specifiche aree territoriali sono caratterizzate da elevata mortalità e incidenza di alcune forme tumorali (apparato respiratorio e genito-urinario nell'area jonico-salentina; fegato nell'area della provincia BT e del nord barese; neoplasie emolinfopoietiche nel foggiano e nel barese) e di alcune patologie (cardiovascolari nella provincia di Foggia e nell'area di Taranto; respiratorie nel Salento; epatiche nella BAT e nel nord barese); un'elevata incidenza di patologie oncoematologiche infantili nella provincia di Taranto.

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

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

- 1) **Potenziare l'offerta di assistenza territoriale e di prossimità**, in grado di prendere in carico lo specifico bisogno assistenziale espresso dai pazienti con cronicità, particolarmente rilevante nella Regione Puglia.

Il confronto con il resto d'Italia (in allegato "A" - Tavola 1.33 Tasso standard cronicità gravi - 2013 fonte ISTAT Health for All) mette infatti in evidenza come la Puglia sia la regione con i più alti carichi di malattia cronica, sia per quanto concerne i soggetti con almeno una cronicità grave, che i soggetti con tre o più cronicità gravi.

- 2) **Ristrutturare la rete ospedaliera** in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di 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.

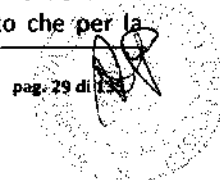
Paradigmatico è il caso degli interventi per tumore maligno, come evidenziano i dati in allegato "A" - Tavola 1.34 (Numero di interventi per sede tumorale e struttura ospedaliera di dimissione, anno 2015 - Fonte Piano Nazionale Esiti, Elaborazione ARES Puglia). Per le patologie per le quali esiste evidenza di efficacia delle cure in funzione di una soglia minima di interventi (mammella: 150; polmone: 150; colon: 50; stomaco: 20), sono riportate in verde le strutture che superano il volume minimo di attività raccomandato.

Nonostante la presenza di un numero elevatissimo di centri che eseguono interventi per la mammella, la mobilità passiva è pari al 15% dei casi; è pari al 22% dei casi la mobilità passiva per gli interventi per il tumore del polmone e ben 4 pazienti pugliesi su 10 scelgono una struttura fuori regione quando ricevono una diagnosi di neoplasia del fegato, patologia per altro con incidenza in eccesso nella nostra regione e in particolare nel territorio del nord barese e della BT.

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.

Nel prosieguo del presente documento viene esplicitato come si intende attuare nell'ambito della proposta di Accordo di Programma le due linee di azione sopra indicate, rinvenienti dall'analisi del quadro epidemiologico e della rete dell'offerta esistente ed in coerenza con il Piano Operativo 2016/2018 di riqualificazione del SSR. In particolare la Regione Puglia intende utilizzare le risorse dell'art. 20 della l.n. 67/1988 per il secondo obiettivo, ossia quello di ristrutturare la rete ospedaliera, considerato che per la



riqualificazione della rete territoriale sono a disposizione le risorse dell'Azione 9.12 del Piano Operativo FESR (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) 2014/2010 della Regione Puglia.

1.1.7 Offerta ante operam

Considerato che, come detto, il presente documento programmatico è incentrato sulla riqualificazione della rete ospedaliera la descrizione della offerta *ante operam* è riferita a tale rete.

La **tavola 1.27** mostra l'evoluzione della configurazione della rete ospedaliera dal 2009 alla programmazione 2012. La **tavola 1.28** realizza un focus sugli effetti della rimodulazione della rete ospedaliera pubblica e dell'offerta degli Enti Ecclesiastici effettuata con il Regolamento Regionale n. 36/2012.

La **tavola 1.29** mostra il confronto tra gli effetti del precedente provvedimento di riordino di posti letto delle case di cura private accreditate (2006) e la situazione programmata con gli atti di regolamentazione adottati nel 2012/2013. La **tavola 1.30** riepiloga la distribuzione per disciplina dell'offerta di posti letto globale regionale come risultante dagli atti di programmazione rispetto alla dotazione di posti letto che è stata complessivamente disponibile nell'arco del 2012, al lordo delle chiusure che si sono realizzate in tempi successivi per effetto delle rimodulazioni.

In sintesi, in tutte le aziende sanitarie sono stati ridotti 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.

Si evidenzia, tuttavia, come mostrato nella **tavola 1.31**, che la fotografia dei posti letto attivi negli anni successivi registra un deficit di disponibilità di posti letto effettivi rispetto al programmato: ciò è essenzialmente legato al processo di accreditamento in corso nonché alla carenza di personale in assenza del quale non è stato possibile dare corso alle nuove attivazioni di posti letto e in generale alla riconfigurazione del sistema di offerta ospedaliero.

Come detto il già citato **Regolamento Regionale n. 14/2015** ha disciplinato la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016.

Ai sensi del RR n. 14/2015 tutte le strutture ospedaliere riconvertite con i Regolamenti Regionali n. 18/2011 e s.m.i. e n. 36/2012 si configurano quali Presidi Territoriali di Assistenza (PTA); ad essi si aggiungono gli ex ospedali di Trani, Fasano, San Pietro Vernotico e Mesagne, riconvertiti in PTA con il successivo RR n. 7/2017. Nell'ambito di tali strutture, saranno attivati 375 posti letto nell'ambito degli Ospedali di Comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 e 3.864 posti letto di residenzialità territoriali.

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

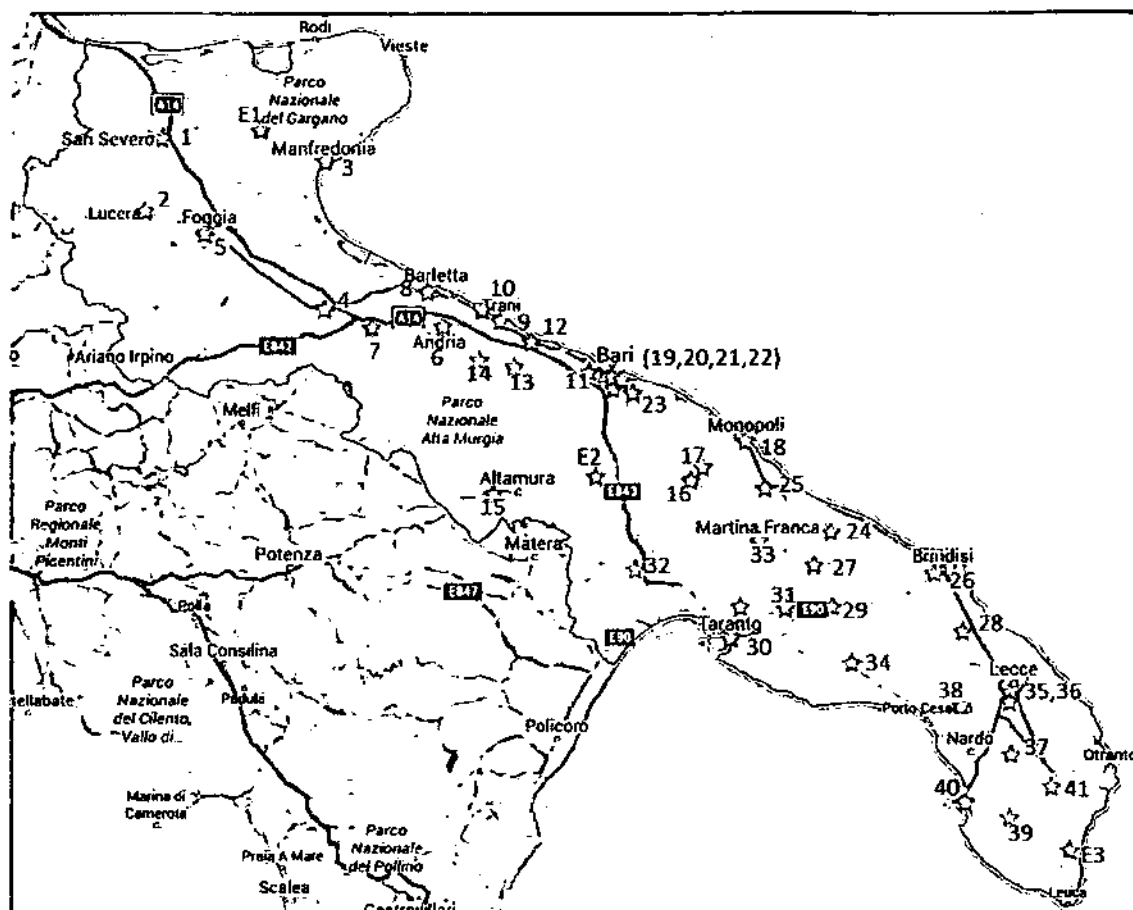
carattere domiciliare, per facilitare un equo accesso alle prestazioni.

La **tavola 1.32** definisce l'attuale rete degli ospedali pubblici e privati pugliesi, così come definita dal R.R. 3/2018 *"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 53/2018 con cui si è provveduto al completo recepimento del decreto 2 aprile 2015 n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Tale rete ospedaliera è completata dai seguenti PTAgia previsti dal RR 14/2015:

- Torremaggiore (Foggia);
- San Marco in Lamis (Foggia);
- Monte Sant'Angelo (Foggia);
- Vico del Gargano (Foggia)
- Sannicandro Garganico (Foggia)
- Troia/Accadia (Foggia)
- Minervino Murge (BT)
- Spinazzola (BT)
- 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)
- Mesagne (BR)
- Ceglie Messapica (BR)
- Cisternino (BR)
- Massafra (TA)
- Mottola (TA)
- Campi Salentina (LE)
- Nardò (LE)
- Poggiardo (LE)
- Maglie (LE)
- Gagliano del Capo (LE)

Nella figura 1 che segue è riportata la mappa degli ospedali pubblici pugliesi, integrata con i grandi ospedali gestiti da Enti Ecclesiastici, allo stato della redazione del presente documento.



Ogni ospedale è contraddistinto da un numero. Per i dettagli si veda la tabella seguente.

Figura 1 – Mappa degli ospedali pubblici della Regione Puglia.

ID	Ospedale	Provincia	Note (previsione da RR 3/2018)
1	San Severo	FG	Ospedale di I livello
2	Lucera	FG	Ospedale di Zona disagiata
3	Manfredonia	FG	Ospedale di Base
4	Cerignola	FG	Ospedale di I livello
5	AOU OO.RR. Foggia	FG	Ospedale di II livello
6	Andria	BT	Ospedale di I livello
7	Canosa	BT	Centro Risvegli e Riabilitazione post-acuzie
8	Barletta	BT	Ospedale di I livello
9	Bisceglie	BT	Ospedale di base
10	Trani	BT	Conversione in PTA
11	San Paolo Bari	BA	Ospedale di I livello
12	Molfetta	BA	Ospedale di base
13	Terlizzi	BA	Conversione in PPA
14	Corato	BA	Ospedale di I livello
15	Della Murgia (Altamura)	BA	Ospedale di I livello
16	Putignano	BA	Ospedale di Base
17	IRCCS De Bellis	BA	IRCCS pubblico
18	Monopoli	BA	Ospedale di Base
19	AOU Policlinico Bari	BA	Ospedale di II livello

ID	Ospedale	Provincia	Note (previsione da RR 3/2018)
20	Giovanni XXIII	BA	Stabilimento di ospedale di II livello
21	IRCCS Oncologico (BA)	BA	IRCCS pubblico
22	"Di Venere" - Bari	BA	Ospedale di I Livello
23	Triggiano	BA	Centro Risvegli e Riabilitazione post-acuzie
24	Ostuni	BR	Ospedale di Base
25	Fasano	BR	Riconversione in PTA
26	Brindisi	BR	Ospedale di II livello
27	Ceglie Messapica	BR	Riconversione in PPA
28	S. Pietro Vernotico	BR	Riconversione in PTA
29	Francavilla Fontana	BR	Ospedale di I livello
30	Taranto SS. Annunziata e Moscati	TA	Ospedale di II livello
31	Grottaglie	TA	Riconversione in PPA
32	Castellaneta	TA	Ospedale di I livello
33	Martina Franca	TA	Ospedale di I livello
34	Manduria	TA	Ospedale di base
35	"V. Fazzi" - Lecce	LE	Ospedale di II livello
36	San. Cesario	LE	Stabilimento di ospedale di II livello
37	Galatina	LE	Ospedale di base
38	Copertino	LE	Ospedale di base
39	Casarano	LE	Ospedale di base
40	Gallipoli	LE	Ospedale di I livello
41	Scorrano	LE	Ospedale di I livello
E01	EE Casa Sollievo della Sofferenza	FG	Ospedale di I livello (IRCCS priv. e classif)
E02	EE Miulli (Acquaviva)	BA	Ospedale di I livello (classificato)
E03	EE Panico (Tricase)	LE	Ospedale di I livello (classificato)

Tabella 1. Rete Ospedaliera della Regione Puglia (ex R.R. 3/2018).

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 nuovo ciclo di programmazione 2014/2010, 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.

Il dettaglio delle criticità che si intendono superare sono dettagliate nella sezione 2.2 in relazione agli specifici interventi proposti.

Dal punto di vista della **identificazione dei bisogni assistenziali**, in coerenza con quanto già anticipato nel paragrafo 1.1.6, gli interventi regionali attuati nel corso dell'ultimo quinquennio, 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.

Tali fabbisogni sono in linea con l'ultima versione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia di cui al R.R. 3/2018 "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 53/2018 e con il Programma Operativo 2016/2018, approvato con DGR 129/2018.

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 nella 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 duratori 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, soprattutto nell'attuale momento storico caratterizzato dalla scarsità di risorse finanziarie, 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.

E', 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 prevedevano 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 quasi 200 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 un quadro sinottico – catena degli obiettivi –, rispetto alla quale è evidente che gli interventi di cui al presente programma di investimenti rispondono in modo diretto alla finalità connesse alla attuazione del riordino della rete ospedaliera con la realizzazione dei nuovi grandi ospedali, ma non possono prescindere dal quadro complessivo degli obiettivi che compongono la strategia regionale e degli assi finanziari che la sostengono in modo integrato.

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	Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Salento
				O2	Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O3	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli
				O5	Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord-Barese
G2	Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente	S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Salento
				O2	Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria
				O3	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli
				O4	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
				O5	Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord-Barese
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Salento
				O2	Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria
				O3	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli
				O5	Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord-Barese
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	O1	Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Salento
				O2	Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria
				O3	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli
				O4	Potenziamento ed Adeguamento Ospedali di I e II livello
		S4	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1	Realizzazione del nuovo Ospedale del Sud-Salento
				O2	Realizzazione del nuovo Ospedale di Andria
				O3	Completamento del nuovo Ospedale di Monopoli
				O5	Realizzazione del nuovo Ospedale del Nord-Barese

Tabella 2 Coteva degli obiettivi



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 3.2 relativa alla sostenibilità degli interventi.

2.2.1 Il nuovo ospedale del "Sud-Salento" (Codice intervento: 1)

Il nuovo ospedale del "Sud-Salento" che si propone di realizzare - per il quale è stato elaborato dalla ASL di Lecce uno studio di prefattibilità che si allega in appendice al presente documento - sarà ubicato in posizione baricentrica lungo direttrice Nord-Sud (Lecce - Maglie - Santa Maria di Leuca), per servire in modo efficace tutti i comuni dei distretti sociosanitari di Maglie, Poggiardo e Martano, e sarà in grado di interessare, per la sua accessibilità, anche molti Comuni dei distretti di Casarano, Gallipoli, Galatina e Nardò.

L'attuale rete ospedaliera (figura 2) della ASL di Lecce (160116) presenta come istituto di ricovero di riferimento ed eccellenza, l'ospedale "Vito Fazzi" di Lecce (160171), composto dallo stabilimento principale (16017101), ubicato nella cinta urbana della città capoluogo (748 posti letto da nuova programmazione), e dallo stabilimento aggregato di San Cesario (16017102), presso cui sono allocati i reparti di riabilitazione.

La rete ospedaliera pubblica intermedia è composta come segue:

- lungo la direttrice Lecce - Santa Maria di Leuca (prosecuzione della direttrice Adriatica) è presente l'ospedale di I livello di Scorrano che nel tempo ha assorbito i presidi di Poggiardo e Maglie, chiusi nell'ambito del piano di riordino ospedaliero (su tale direttrice è opportuno segnalare anche la presenza dell'ospedale di rilievo regionale "Panico" di Lecce, gestito da un Ente Ecclesiastico);
- sul versante ionico sono presenti gli ospedali di Casarano e Gallipoli, che alla luce dell'ultimo piano ospedaliero costituiscono rispettivamente ospedale di base e di I livello;
- nella zona ad Ovest di Lecce sono presenti gli ospedali di Galatina e Copertino, che alla luce dell'ultimo piano ospedaliero sono entrambi classificati come ospedali di base.

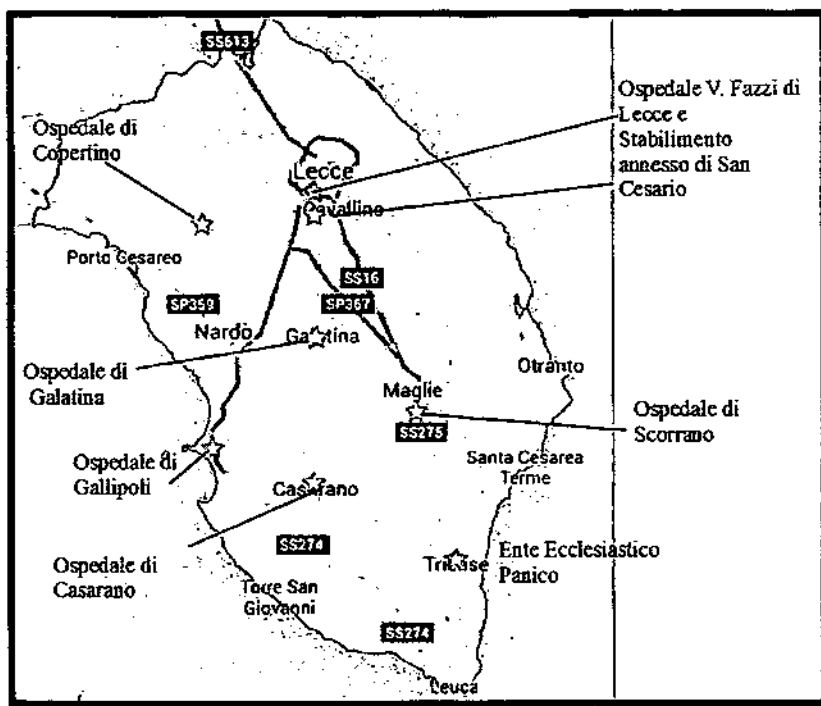


Figura 2 - Rete Ospedaliera della ASL di Lecce.

La rete sopra descritta presenta forti elementi di criticità, soprattutto nell'area Adriatica, a causa dell'unico ospedale pubblico di riferimento, quello di Scorrano, che è ospitato in una struttura, ubicata nel centro cittadino, oramai obsoleta, non adeguata alla norma tecnica di riferimento. Nel loro insieme, le strutture esistenti, risalenti agli anni cinquanta, necessitano di interventi di riqualificazione, ammodernamento e messa a norma, che risultano antieconomici e soprattutto avrebbero un impatto, in termini realizzativi, dirompente per l'organizzazione e la funzionalità dei servizi, con ricadute negative sull'utenza.

L'intervento edilizio programmato con il nuovo ospedale "Sud-Salento" ha quindi come obiettivo quello di garantire l'offerta di servizi sanitari di tipo ospedaliero nel comprensorio Maglie-Poggiardo-Scorrano, ove è attualmente presente l'unica struttura di Scorrano, affetta dai limiti sopra citati che saranno analizzati più in dettaglio nelle pagine seguenti.

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione alle determinazioni già assunte con i Regolamenti Regionali n. 36/2012, n. 14/2015n. 7/2017 e n. 3/2018 che disciplinano le successive fasi di attuazione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, i posti letto che sono destinati ad essere assorbiti dal nuovo presidio ospedaliero sono in prima istanza quelli oggi presenti nei seguenti ospedali:

- Ospedale di Scorrano (n. 207 PL, da ultima programmazione)
- Ospedale di Galatina "S. Caterina Novella" (n. 143 PL, da ultima programmazione)

A tendere è prevista anche la disattivazione dell'ospedale di Copertino.

La nuova struttura sarà dimensionata per 387 posti letto in totale, con l'opportunità di completare l'offerta di posti letto e prestazioni per discipline specialistiche oggi carenti nell'area.

Va evidenziato, inoltre, che gravitano nell'area di interesse del nuovo ospedale anche i comuni della zona costiera adriatica (quali ad esempio Otranto), che nei mesi centrali dall'anno (da maggio a settembre) presentano un incremento rilevante della popolazione a causa dei flussi turistici in costante aumento negli ultimi anni nell'intero Salento.

Si rileva, inoltre, che la nuova struttura potrà risultare attrattiva anche per i comuni insistenti nel distretto sociosanitari di Casarano, la cui popolazione si rivolge alla offerta ospedaliera presente nel proprio territorio per meno del 50% dei ricoveri.

La collocazione del nuovo ospedale in un'area a facile accessibilità, grazie al sistema viario oggi presente ed in fase di ammodernamento e potenziamento (SS n. 275), renderà la struttura agevolmente raggiungibile da diversi comuni a Sud di Lecce. Il prospetto in **tabella 3** riporta le distanze dai principali comuni di riferimento con riferimento ai principali comuni del bacino di popolazione di riferimento per il nuovo ospedale del Sud-Salento.

Percorrenze	distanze in km
Maglie - Scorrano	2,7
Maglie - Poggiardo	9,5
Maglie - Otranto	19
Maglie - Casarano	19,6
Maglie - Gallipoli	30,2
Maglie - Galatina	15,4
Maglie - Nardò	43,7

Tabella 3: Distanze dei principali comuni dal nuovo ospedale

Il bacino demografico di riferimento (**figura 3**) per il nuovo ospedale è stato individuato in una popolazione potenziale di circa 180 mila abitanti, come si può verificare nel prospetto in **tabella 4**.

Comune	Popolazione residente	% di interesse	Popolazione di interesse	Distretto sociosanitario
Collepasso	6 194	10%	619,4	Casarano
Ruffano	9 818	10%	981,8	Casarano
Supersano	4 505	15%	675,75	Casarano
Aradeo	9 597	60%	5758,2	Galatina
Cutrofiانو	9 140	100%	9140	Galatina
Galatina	27 216	90%	24494,4	Galatina
Neviano	5 415	50%	2707,5	Galatina
Sogliano Cavour	4 018	100%	4018	Galatina
Soletto	5 509	100%	5509	Galatina
Bagnolo del Salento	1 857	100%	1857	Maglie
Cannole	1 715	100%	1715	Maglie
Castrignano dei Greci	3 920	100%	3920	Maglie
Corigliano d'Otranto	5 852	100%	5852	Maglie
Cursi	4 187	100%	4187	Maglie
Giurdignano	1 961	100%	1961	Maglie
Maglie	14 532	100%	14532	Maglie
Melpignano	2 237	100%	2237	Maglie
Muro Leccese	5 027	100%	5027	Maglie
Otranto	5 713	100%	5713	Maglie
Palmariggi	1 527	100%	1527	Maglie
Scorrano	7 008	100%	7008	Maglie
Carpignano Salentino	3 835	100%	3835	Martano
Calimera	7 159	60%	4295,4	Martano
Caprarica	2 474	50%	1237	Martano
Castri di Lecce	2 918	70%	2042,6	Martano
Martignano	1 670	70%	1169	Martano
Melendugno	9 924	50%	4962	Martano
Martano	9 303	100%	9303	Martano
Sternatia	2 357	100%	2357	Martano
Verpule	7 175	50%	3587,5	Martano
Zollino	2 026	100%	2026	Martano
Botrugno	2 816	100%	2816	Poggiardo
Minervino di Lecce	3 675	100%	3675	Poggiardo
Castro	2 450	70%	1715	Poggiardo
Giuggianello	1 244	100%	1244	Poggiardo
Ortelle	2 332	90%	2098,8	Poggiardo
San Cassiano	2 084	100%	2084	Poggiardo
Surano	1 688	85%	1434,8	Poggiardo
Diso	3 054	50%	1527	Poggiardo
Andrano	4 969	50%	2484,5	Poggiardo
Nociglia	2 353	90%	2117,7	Poggiardo
Poggiardo	6 074	100%	6074	Poggiardo
Santa Cesarea Terme	3 018	100%	3018	Poggiardo
Sanarica	1 471	100%	1471	Poggiardo
Spongano	3 740	70%	2618	Poggiardo
Uggiano la Chiesa	4 437	100%	4437	Poggiardo
Totale bacino	231 194		183 069	

Tabella 4 Popolazione di riferimento del nuovo Ospedale del Sud Salento

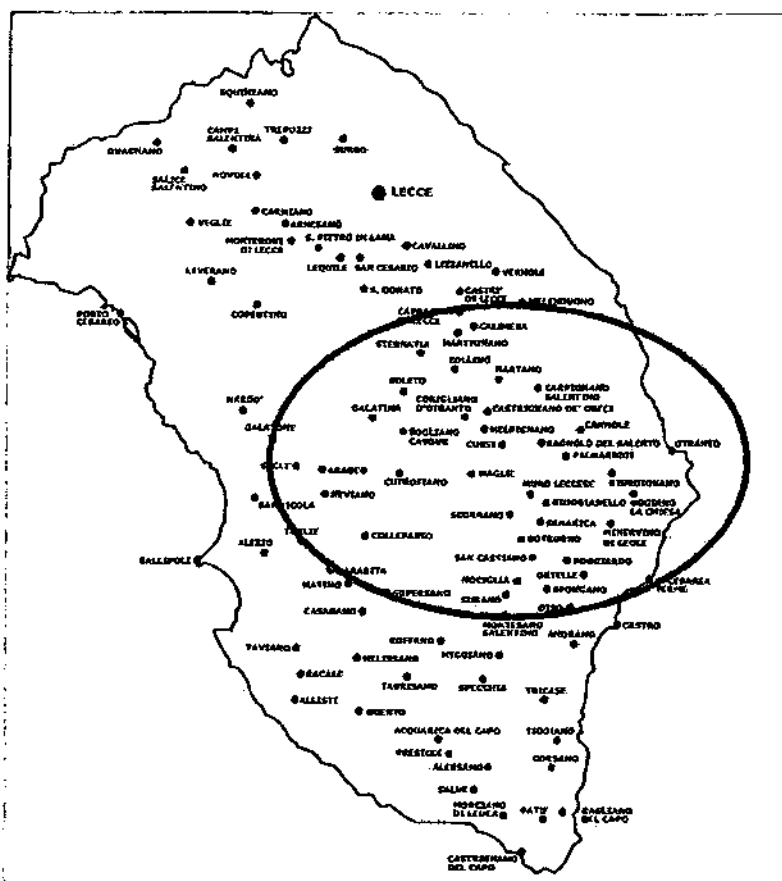


Figura 3 Bacino di riferimento del nuovo ospedale del Sud Salento

In tabella 5 si riportano i principali indicatori dell'attività ospedaliera degli ospedali di Scorrano e Galatina destinati ad essere dismessi con l'attivazione del nuovo ospedale, oltre che dell'ospedale di Casarano considerando che una parte significativa dei Comuni del distretto sociosanitario di Casarano graviterà, per le distanze rilevate e per l'analisi della domanda da parte delle popolazioni residenti, sul nuovo ospedale.

Indicatori (anno 2014)	Scorrano	Casarano	Galatina	Copertino
Posti letto totali (attivi)	185	254	247	173
Numero ricoveri totali	10.381	13.823	11.307	10.102
Indice di attrazione residenti AUSL	94,87%	95,29%	94,67%	93,23%
% ricoveri per residenti del Distretto sociosanitario	40,13%	38,61%	34,04%	41,27%
Indice attrazione in regione	1,28%	1,71%	2,70%	3,65%
Indice attrazione fuori regione	3,85%	3,00%	2,64%	3,12%
Peso medio ricoveri totali	0,89	0,85	0,88	0,84
Degenza media ordinari	6,92	6,31	7,67	6,53
Occupazione media percentuale ordinari	94%	80%	82%	98%
Indice di rotazione ordinari	49	46	39	55
Indice di turnover ordinari	0	2	2	0
% chirurgici/Totale ordinari	28%	30%	18%	34%
Peso medio chirurgici ordinari	1,26	1,24	1,24	1,19
% ricoveri urgenti	74%	72%	75%	67%
Indice ricoveri ripetuti (Testo Unico conferenza Stato-Regioni)	1,99%	1,35%	2,38%	1,07%

Indicatori (anno 2014)	Scorrano	Casarano	Galatina	Copertino
numero parti	415	422	737	763
valore economico ricoveri totali	24.024.650	31.768.628	25.268.874	23.489.203
valore economico medio ricoveri totali	2.314	2.298	2.235	2.325
Valore economico medio dei ricoveri (appropriati)*	2.496	2.524	2.423	2.392
Val economico medio ricoveri norma	2.829	2.766	2.610	2.708
Prestazioni specialistiche per esterni	956.367	1.135.390	487.843	287.613
Accessi al Pronto soccorso	19.121	29.188	25.606	34.630
Indice di case-mix	0,9	0,85	0,84	0,82
Indice comparativo di performance	1,02	1,02	1,16	0,99

Tabella 5 – Indicatori di attività degli attuali ospedali.

I due presidi di Scorrano e Galatina, dal punto di vista strutturale, non rispondono alla nuova normativa antisismica, né risulta ipotizzabile un loro pieno adeguamento, sia da un punto di vista economico che tecnico. Nonostante gli interventi di adeguamento alle normative di sicurezza ed antincendio eseguiti, i suddetti presidi non sono attualmente dotati di certificati di prevenzione incendi per l'intera attività.

In particolare, si illustra di seguito la situazione di dettaglio degli stabilimenti ospedalieri esistenti da un punto di vista della qualità del patrimonio edilizio esistente, sulla base della ricognizione condotta dall'Area Gestione Tecnica della ASL di Lecce.

Ospedale di Scorrano

L'ospedale di Scorrano (figura 4) presenta problematiche strutturali di difficile superamento; le strutture di fondazione, di elevazione, le coperture e le mura perimetrali non sono adeguate alla normativa antisismica e pertanto non possono ritenersi verificate. Anche gli spazi interni presentano elementi di elevato degrado strutturale, che fanno venir meno i requisiti minimi per il rispetto della normativa igienico-sanitaria. Quanto, infine, ai servizi igienici solo in minima parte risultano adeguati alla normativa per l'accreditamento.

L'impiantistica idro-termo-sanitaria risulta, allo stato, non efficiente e assolutamente antieconomica; l'intera rete, risalente al periodo di edificazione della stessa struttura, necessita di interventi di manutenzione straordinaria.

Quanto all'impiantistica elettrica, il plesso necessita comunque di ulteriori interventi sulla quadristica, messa a terra e distribuzione delle rete elettrica. L'impianto antincendio, infine, risulta incompleto e inadeguato sia rispetto alla rivelazione incendi che alla parte operativa.

Elemento importante nell'analisi condotta concerne l'adeguamento sismico; la struttura non essendo stata progettata per azioni sismiche, in quanto precedente all'entrata in vigore dell'attuale normativa, necessita di una valutazione sulla vulnerabilità sismica e successivamente di interventi di adeguamento.

La dotazione di arredi risulta vetusta e pertanto da adeguare, quanto alle apparecchiature sanitarie, non sono presenti grandi macchine tipo la RM, la PET/TAC, gamma camera, radioterapia ecc.

I percorsi brevi per raggiungere i singoli reparti sono nella media, ma non garantiscono la massima flessibilità di utilizzo degli spazi presenti nel plesso, con l'aggiunta che per i percorsi differenziati utenti/personale – sporco/pulito, l'adeguamento è solo parziale. Quanto ai percorsi meccanizzati, eccezion fatta per il monta-lettighe e gli ascensori, la struttura necessita di adeguamento.

Problematica a parte merita l'accesso dall'esterno all'ospedale da parte di pazienti e utenti, che risulta differenziato solo per il Pronto Soccorso. I collegamenti verticali, vengono garantiti da ascensori ed elevatori obsoleti. Quanto alla questione parcheggi, infine, l'area è sottodimensionata causando disagi per gli utenti e l'intera comunità.

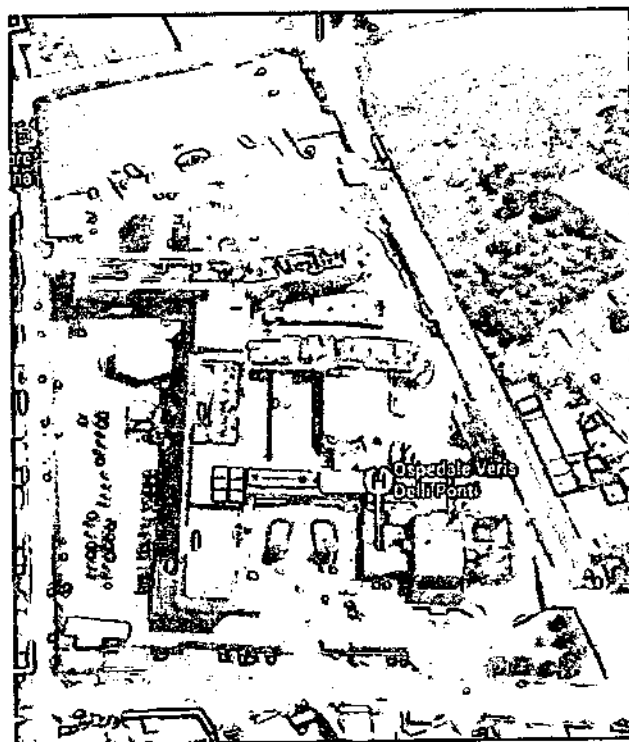


Figura 4. Ospedale di Scorrano

il plesso ospedaliero di Scorrano si presta, grazie alle sue dimensioni ed all'articolazione dei fabbricati, ad un'ipotesi di riconversione in un centro poliambulatoriale di II o III livello, scelta che garantirebbe una continuità tra la struttura ospedaliera e il territorio.

Costi e dati operativi della gestione su base annuale

- Costo annuo di manutenzione ordinaria (€): circa € 1.500.000,00
- Costo totale di funzionamento per posto letto annuo (€): 293.000,00
- Costo del Piano Triennale di manutenzione straordinaria (€): 3.792.000,00
- Costo Fabbisogno Energetico (media triennio 2009-2011): consumi circa MkwH 1.750.000 (annui) per un costo di circa 320.000,00 € annui pari a circa 960.000,00 nel triennio.

Per maggiori dettagli sui costi dell'ospedale, in **tabella 6** è riportato il modello CP (costo dei presidi) dell'ospedale di Scorrano.

Ospedale di Galatina

L'ospedale (figura 5) è stato oggetto di intervento di ampliamento e potenziamento con fondi rivenienti dall'art. 20 ex legge 67/88 nella fase 2 e 3 per circa € 8.000.000; è previsto l'ampliamento dello stesso nosocomio, con adeguamento normativo per l'accreditamento e l'impiantistica.

L'impiantistica idro-termo-sanitaria necessita di interventi strutturali finalizzati a conferire maggiore comfort ed economicità alla gestione del plesso. L'impiantistica elettrica è stata oggetto, da ultimo, di interventi di manutenzione straordinaria e messa a norma.

La struttura non è dotata di CPI (certificazione prevenzione incendi) e necessita pertanto di interventi

strutturali finalizzati al suo ottenimento. Per quanto riguarda l'adeguamento sismico, la struttura necessita in primis di una valutazione sulla vulnerabilità sismica e successivamente di importanti interventi di adeguamento.

La dotazione di arredi risulta sufficiente, ma presenta segni di obsolescenza e vetustà. Quanto alle apparecchiature ed alle grandi macchine è presente la sola TAC; il plesso risulta carente di attrezzature specifiche per radioterapia, medicina nucleare e risonanza magnetica. Il resto delle attrezzature presenta segni di obsolescenza e pertanto sarebbe auspicabile un intervento di riqualificazione.

Il PO risulta accessibile in linea generale e non presenta particolari problematiche; parziali invece gli adeguamenti per i percorsi brevi, per quelli differenziati e per quelli verticali. Quanto all'area parcheggio del nosocomio, la ridotta estensione crea disagi agli operatori ed ai residenti.

Costi e dati operativi della gestione su base annuale (aggiornamento 2012)

- Costo annuo di manutenzione ordinaria (€): circa € 1.350.000,00
- Costo totale di funzionamento per posto letto annuo (€): 385.000,00
- Costo del Piano Triennale di manutenzione straordinaria (€): 4.970.000,00
- Costo Fabbisogno Energetico (media triennio 2009-2011) consumi circa MkwH 1.900.000 (annui) per un costo di circa 350.000,00 € annui pari a circa 1.050.000,00 nel triennio

Per maggiori dettagli sui costi dell'ospedale, in tabella 7 è riportato il modello CP (costo dei presidi) dell'ospedale di Galatina.



Figura 5. Ospedale di Galatina

AP

80010	B.1) Acquisti di beni	9073
80020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	640
80030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	123
80040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	0
80050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	2834
80060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	89
80070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	3357
80080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	1393
80110	B.1.i) Prodotti alimentari	0
80120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	24
80130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	24
80140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	138
80150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	14
80200	B.1.o) Altro	13
80210	B.2) Acquisti di servizi	3263
80240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	0
80440	B.2.7) per altra assistenza	0
80470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	0
80510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	354
80540	B.2.11) Altri servizi sanitari	0
80580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	411
80590	B.2.13) Servizi non sanitari	4858
80671	B.2.13.a) Utenze	928
80691	B.2.13.b) Altro	3940
80700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2184
80750	B.4) Godimento di beni di terzi	50
80800	B.5) Personale del ruolo sanitario	23634
80810	B.6) Personale del ruolo professionale	0
80820	B.7) Personale del ruolo tecnico	2554
80830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	935
80840	B.9) Oneri diversi di gestione	0
80881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	1834
80940	B.14) Variazione delle rimanenze	-541
89999	Totale costi della produzione (B)	44187

Tabella 6. Modello CP (anno 2014) dell'ospedale di Scorrano

80010	B.1) Acquisti di beni	11288
80020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	2623
80030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	85
80040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	40
80050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	2241
80060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	343
80070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	1931
80080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	2332
80110	B.1.i) Prodotti alimentari	8
80120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	55
80130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	18
80140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	113
80150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	158
80200	B.1.o) Altro	12
80210	B.2) Acquisti di servizi	6032
80240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	0
80440	B.2.7) per altra assistenza	0
80470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	0
80510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	304
80540	B.2.11) Altri servizi sanitari	0
80580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	50
80590	B.2.13) Servizi non sanitari	3678
80671	B.2.13.a) Utenze	1126
80691	B.2.13.b) Altro	4552
80700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	877
80750	B.4) Godimento di beni di terzi	8
80800	B.5) Personale del ruolo sanitario	27384
80810	B.6) Personale del ruolo professionale	0
80820	B.7) Personale del ruolo tecnico	3535
80830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1780
80840	B.9) Oneri diversi di gestione	0
80881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	354
80940	B.14) Variazione delle rimanenze	1316
89999	Totale costi della produzione (B)	52966

Tabella 7. Modello CP dell'ospedale di Galatina (2014)

Dall'analisi della situazione esistente, emerge con forza la necessità di un intervento costruttivo per la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera, nella zona adriatica a sud del capoluogo, in sostituzione dell'ospedale di Scorrano e di quello di Galatina.

La struttura si inserisce come completamento della rete di ospedali di livello intermedio a supporto e filtro dell'ospedale di riferimento provinciale ubicato nel Comune capoluogo. La programmazione descritta garantirebbe:

- un'ottimizzazione delle specialità presenti ampliandone la gamma;
- una copertura territoriale più ampia e capillare rispetto a quella oggi offerta da due strutture, attraverso la collocazione di nuove specialità e servizi e la costruzione di un ospedale di I livello allineato agli ultimi standard;
- un intervento deciso sui costi di gestione e manutenzione di strutture oggi vetuste e costruite con criteri architettonici ed ingegneristici ormai obsoleti;
- una più facile raggiungibilità e per conseguenza un flusso di utenti più funzionale ed adatto ad una struttura ospedaliera, grazie ad una migliore localizzazione; si consideri che le strutture ospedaliere oggi esistenti, nella maggioranza dei casi, sono collocate all'interno della cerchia urbana con notevoli disagi per la raggiungibilità del pronto soccorso, in casi di emergenza, per la circolazione e per i parcheggi.

Una struttura di moderna concezione per dirsi funzionale dovrà garantire la semplicità costruttiva, l'economicità impiantistica, la raggiungibilità degli spazi e delle aree, la flessibilità e trasformabilità interna; tutte caratteristiche che mal si adattano alle strutture esistenti e a una loro ristrutturazione. Infatti, le nuove forme architettoniche ed ingegneristiche tendono ad orientarsi sempre più verso uno sviluppo di strutture ospedaliere a piastra o comunque a sviluppo orizzontale, metodologia costruttiva che, più di altre, garantisce:

- un'organizzazione multifunzionale in unico edificio;
- la facile prefabbricabilità;
- l'economicità impiantistica;
- la flessibilità e la trasformabilità interna.

La struttura che si intende realizzare disporrà di un numero di posti letto compreso tra 387 e 400 in coerenza con la programmazione regionale.

Infatti, per la ASL di Lecce le diverse fasi del Piano di riordino ospedaliero (2010-2012-2016-2017-2018), prevedono una significativa riduzione dei posti letto delle strutture pubbliche: da 1.951 a 1681, (cui devono aggiungersi i 400 p.l. dell'EE Panico di Tricase), che si è concretizzata con le disattivazioni dei presidi ospedalieri di Campi Salentina, Poggiardo, Maglie, Nardò, per i quali sono stati già avviati i processi di riconversione in presidi di salute territoriale, con poliambulatori e medicina di gruppo, insieme ad una parziale riorganizzazione dei posti letto per conseguire primari obiettivi di risparmio.

Pertanto non solo esistono i margini per una struttura di medie dimensioni nell'area situata a Sud di Lecce, in direzione adriatica, ma la stessa è anche strettamente necessaria per ridurre la mobilità passiva o extraregionale, la mobilità intraregionale verso altre ASL e la domanda di salute ancora insoddisfatta per la popolazione dell'area.

Il nuovo Ospedale del Sud-Salento, in considerazione del fabbisogno e degli attuali standard di cui al D.M. 2 aprile 2015, dell'offerta esistente, dell'assorbimento delle strutture esistenti come sopra individuate e della potenziale capacità di assorbimento di ulteriore domanda dalle aree limitrofe, sarà dimensionato, come detto, per almeno 387 posti letto (max. 400).

Inoltre, considerando che si tratta di un ospedale intermedio di I livello, ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. b) del RR n. 14/2015 e dell'allegato del D.M. 70/2015 sarà dotato delle seguenti specialità: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (in funzione della soglia per volumi di parto superiori a n. 500/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia.

Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia h24 e/o reperibilità in rete per le patologie che lo prevedono.

La struttura deve inoltre prevedere i servizi di radiologia con almeno TAC ed Ecografia, un'articolazione della rete dei laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali in base alla complessità dell'attività svolta ai sensi del Regolamento regionale n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25/06/2014.

La struttura dovrà essere dotata altresì di posti letto tecnici per l'osservazione breve intensiva, la terapia subintensiva multidisciplinare. Il dimensionamento della struttura dovrà rispettare gli standard sanitari di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alle leggi regionali in materia.

Per il dimensionamento della struttura, sulla base degli attuali standard e della esperienza che si sta consolidando con le attività attualmente in corso di progettazione tecnica e clinico-gestionale di altri ospedali a livello regionale (Monopoli e Taranto), si ritiene di dover assumere uno standard per posto letto di degenza di 150 mq.

Si rimanda per i dettagli allo studio di prefattibilità in **appendice 1**

Tutte le fasi necessarie per la realizzazione dell'opera, dalla progettazione all'esecuzione delle procedure di gara, di esecuzione, collaudo e attivazione delle strutture, impianti ed apparecchiature potranno essere presidiate dalle figure professionali dirigenziali afferenti all'Area Gestione Tecnica della ASL LE che costituiranno all'uopo un gruppo di lavoro mirato supportato anche da strutture regionali sia del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti sia del Dipartimento Mobilità, qualità urbana, opere pubbliche e paesaggio della Regione Puglia.

Ad ogni modo le attività di progettazione, sia tecnica sia clinico-gestionale, saranno tutte affidate all'esterno, in considerazione delle dimensioni dell'investimento e della complessità della progettazione allo stato attuale tale attività non possono essere effettuate con le sole risorse interne alla ASL di Lecce

La realizzazione dell'ospedale a partire dalla ammissione a finanziamento richiede un periodo di circa 7 anni.

Nella predisposizione del cronoprogramma si è assunto, come detto, che le attività di progettazione preliminare e definitiva, sui cui procedere ad indire l'appalto integrato per la progettazione esecutiva ed i lavori, siano affidate all'esterno da parte della ASL di Lecce, per cui sono stati considerati anche i tempi previsti per le gare di appalto dei servizi di progettazione.

Anni	1			2			3			4			5			6			7			8	
	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	
T0= sottoscrizione accordo di programma	0																						
Gara per affidamento progettazione																							
Progetto di fattibilità tecnica ed economica																							
Varianti urbanistiche (ove necessarie)																							
Acquisizioni autorizzazioni e VIA																							
Progettazione definitiva																							

Anni	1			2			3			4			5			6			7			8	
	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	2 Q	3 Q	1 Q	
Progettazione esecutiva																							
Gara per esecuzione dei lavori																							
Esecuzione lavori																							
Collaudo e verifiche amministrative																					0		
Acquisizione arredi ed attrezzature																							
Trasferimenti																							

Tabella 8 Cronoprogramma del nuovo ospedale del Sud Salento

Per T0 si intende la data di sottoscrizione dell'accordo di programma tra Regione Puglia ed Amministrazioni centrali. Inoltre in analogia a quanto effettuato per altri Accordi di Programma, la Regione Puglia provvederà a sottoscrivere un disciplinare con la ASL di Lecce al fine di regolare i rapporti con il soggetto attuatore ed assicurare il costante monitoraggio e rispetto dei tempi.

Va, inoltre, evidenziato che nel cronoprogramma sono considerati anche i tempi necessari per le varianti urbanistiche che si dovessero rendere necessarie nell'area di localizzazione, come descritto nella sezione 4.2 relativa alla fattibilità degli interventi.

Di seguito il quadro economico di sintesi dell'intervento

Attività	Importi	Note
A1 Lavori	95.700.000,00	
A2 Oneri per la sicurezza	2.871.000,00	
A3 Imprevisti	3.800.000,00	
A4 IVA (10%)	10.237.100,00	10% di (A1+A2+A3)
B1 Spese Tecniche ed Amministrative	10.000.000,00	
B2 IVA (22%)	2.200.000,00	22% di B1
B3 Espropri e sistemazione aree esterne	3.582.400,00	a corpo
C1 Attrezzature /Arredi/ Altre spese	13.609.500,00	a corpo
TOT TOTALE	142.000.000,00	

Tabella 9. Quadro economico nuovo ospedale del Sud Salento.

2.2.2 Il nuovo ospedale di Andria (Codice intervento: 2)

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

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione alle determinazioni già assunte con le varie fasi del Piano di Riordino Ospedaliero (da ultimo il RR n. 7/2017), i posti letto che sono destinati ad essere assorbiti dal nuovo presidio ospedaliero di Andria sono in prima battuta:

- Ospedale di Andria (16017401) con n.218 posti letto (da ultima programmazione);
- Ospedale di Canosa (16017402) con n. 60 posti letto (stabilimento oggi aggregato all'ospedale di Andria ed in fase di riconversione in centro riabilitazione post acuzie secondo l'ultima programmazione);
- Ospedale di Corato (16015804) con n.108 posti letto (stabilimento oggi aggregato all'ospedale San Paolo di Bari e riclassificato in ospedale di I livello con l'ultima programmazione).

per un totale di 386 posti letto, incrementabili fino a 400, da realizzare nel nuovo presidio per completare l'offerta di discipline specialistiche e di servizi di supporto.

Per il nuovo ospedale è stato elaborato apposito studio di fattibilità (che si allega in appendice e a cui si rimanda per gli opportuni approfondimenti). Il modello organizzativo e clinico gestionale del nuovo ospedale non è stato definito in funzione dell'attuale assetto accreditato e/o, in sostituzione dei presidi esistenti, come semplice somma dei dimensionamenti dei reparti in chiusura/dimissione; le scelte di dimensionamento, infatti, sono state ragionate, sia temporalmente che logicamente, in conseguenza dell'analisi della rete dei servizi sanitari regionali, dell'attuale produttività e dei bisogni di salute del territorio attuali e latenti.

In figura 6 è riportata l'attuale configurazione della rete ospedaliera della ASL BT (con indicazione anche dello stabilimento di Corato che afferisce alla confinante ASL di Bari).

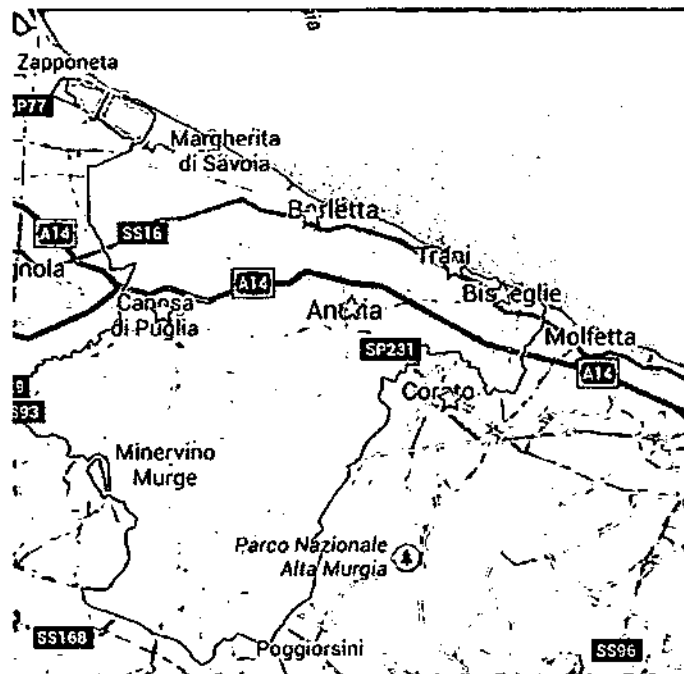


Figura 6. Rete Ospedaliera della ASL BT

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

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

Tabella 10. Distanze degli attuali ospedali dalla localizzazione ipotizzata per il nuovo ospedale.

Il bacino di utenza che presumibilmente usufruirà della nuova struttura ricade nei seguenti comuni della ASL BT ed in parte della ASL BA, per i quali è stata stimata una percentuale di utilizzo atteso, riportati in dettaglio in tabella 11, per una popolazione di riferimento di circa 220.000 abitanti.

	ASL	Distretto	Popolazione residente	% di interesse	Bacino d interesse
ANDRIA	BT	2- Andria	100.518	100,00%	100.518
BARLETTA	BT	Barletta	94.971	0,00%	
TRANI	BT	5- Trani	56.221	30,00%	16.866
Bisceglie	BT	5- Trani	55.517	0,00%	
Canosa di Puglia	BT	3- Canosa	30.459	50,00%	15.230
Trinitapoli	BT	1 - Margherita di Savoia	14.652	30,00%	2.930
San Ferdinando di P	BT	1 - Margherita di Savoia	14.124	30,00%	2.825
Margherita di Savoia	BT	1 - Margherita di Savoia	12.097	30,00%	2.419
Minervino Murge	BT	3- Canosa	9.131	100,00%	9.131
Spinazzola	BT	3- Canosa	6.697	100,00%	6.697
Ruvo di Puglia	BA	2- Ruvo di Puglia	25.650	70,00%	17.955
Corato	BA	2- Ruvo di Puglia	48.511	90,00%	43.660
TOTALE					218.321

Tabella 11. Bacino di riferimento del nuovo ospedale di Andria.

Di seguito, sono analizzate sinteticamente le principali caratteristiche dei presidi esistenti sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, con particolare riferimento alle carenze strutturali ed agli elementi di criticità rilevati.

OSPEDALE DI ANDRIA

L'attuale Ospedale di Andria (figura 6), nonostante le innumerevoli attività manutentive ordinarie e straordinarie effettuate negli anni, non è in grado oggi di soddisfare le esigenze imposte da un lato dalle norme di accreditamento - quindi adeguati spazi per le sale di degenza, dei connettivi e delle aree di servizio - e dall'altro dal Piano di riordino della rete ospedaliera che, per tale Ospedale, prevede un

numero di posti letto pari a 218 (attualmente nell'Ospedale di Andria i posti letto sono 146).

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

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

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



Figura 6. Ospedale di Andria

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

Con riferimento alla dimensione della "accessibilità e fruibilità", si segnala che il presidio si trova in pieno centro cittadino ed una delle principali vie di accesso è interdetta da barriere ferroviarie (figura 7). I collegamenti verticali interni non sono sufficienti in numero, e non risulta praticabile l'ipotesi di installarne altri ancorché esterni. I percorsi sono lunghi e tortuosi, dovuti alle costruzioni dei vari corpi di fabbrica succedutesi negli anni, che si sono dovuti raccordare in termini di sfalsamenti di piano e di zona.

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

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

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

STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CANOSA

L'attuale Ospedale di Canosa non presenta particolari criticità, ad eccezione della sua difformità rispetto alla normativa antisismica, mentre gli impianti elettrici risultano conformi alla normativa vigente solo nelle UU.OO di recente ristrutturazione.

Inoltre, sono attualmente in corso i lavori di adeguamento antincendio per l'ottenimento del C.P.I.

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

con riferimento alla "accessibilità e fruibilità", a differenza dell'Ospedale di Andria, si segnala che il presidio è facilmente raggiungibile, sebbene disponga di un unico accesso, e che l'area esterna e quella per i parcheggi risultano sufficienti. I collegamenti verticali interni sono inadeguati ma è possibile installarli all'esterno.

L'area esterna e quella per i parcheggi risultano sufficienti.

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

- *Costo annuo di manutenzione ordinaria (milioni di euro): 0,5*
- *Costo totale di funzionamento per posto letto (milioni di euro): 0,28*
- *costo totale del piano di manutenzione straordinaria (milioni di euro): 2,2*
- *Costo del Fabbisogno energetico (media triennio precedente) – TEP: 850*
- *Sale operatorie: 4 (di cui 3 di media specialità e 2 di bassa specialità)*

STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CORATO

Anche il Presidio ospedaliero di Corato presenta le medesime limitazioni strutturali e tecnologiche dell'Ospedale di Andria.

L'attuale Ospedale di Corato è attualmente oggetto di lavori di rifacimento dei paramenti murari esterni, sebbene non presenti particolari criticità, ad eccezione della sua inadeguatezza rispetto alla normativa antisismica.

Gli impianti elettrici risultano conformi alla normativa vigente per circa l'80% e sono in corso i lavori di adeguamento antincendio per l'ottenimento del C.P.I.

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

Con riferimento alla "accessibilità e fruibilità", si segnala che il presidio è facilmente raggiungibile, sebbene disponga di un unico accesso. I collegamenti verticali interni sono adeguati in numero, ma non differenziati.

L'area per i parcheggi risulta sufficiente e prossima all'ingresso del Presidio.

I principali dati operativi del Presidio Ospedaliero sono di seguito esposti (anno 2012).

- *Costo annuo di manutenzione ordinaria (milioni di euro): 0,75*
- *Costo totale di funzionamento per posto letto (milioni di euro): 0,24*
- *costo totale del piano di manutenzione straordinaria (milioni di euro): 1,2*
- *Costo del Fabbisogno energetico (media triennio precedente) – TEP: N.D.*
- *Occupazione media (%): 74,0*
- *Sale operatorie: 3 (di cui 3 di media specialità e 1 di bassa specialità)*

Una volta realizzato il nuovo ospedale di Andria le attuali strutture di Andria e Corato potranno essere riconvertite per la ridefinizione dei servizi territoriali, ad esempio attraverso la realizzazione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), che rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. Lo stabilimento di Canosa, invece, è riconvertito in Presidio Post Acuzie con il R.R. 7/2017.

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

Inoltre, sulla scorta delle analisi e valutazioni esplicitate nell'allegato studio di prefattibilità, si ritiene che il nuovo Ospedale di Andria debba essere progettato e realizzato per essere:

- Ospedale di II livello;
- Punto nascita di II livello con UTIN;
- DEA di II livello;
- Ospedale con Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24;
- Stroke Unit di I livello (è vero che tale funzione è già assegnata all'Ospedale di Barletta, ma trattandosi di un nuovo ospedale e avendo già l'Ospedale attuale di Andria, da piano regionale, assegnati dei posti letto di neurochirurgia e neurologia e dei posti di terapia intensiva, si ritiene opportuno assegnare anche questa funzione), oltre alla funzione di Cardiocirurgia, Chir. Vascolare, Chir. Toracica, Chir. Maxillo facciale, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Neuroradiologia, Rianimazione Pediatrica e neonatale, Endoscopia digestiva a elevata complessità);
- Centro Trauma di Zona.

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

Reparto	N. Risorse	Superficie (mq)	Livello Complessità costruttiva
Degenza	400 posti letto	3.500	Medio
Blocco Operatorio/Angiografico	18 sale operatorie	4.500	Alto
Diagnostica per Immagini	14 sale diagnostiche	2.250	Alto
Poliambulatorio	30 ambulatori	1.500	Medio
Area Emergenza/Urgenza	Sale visita + area diagnostica	3.500	Alto
Blocco Parto	8 sale	1.600	Alto
Endoscopia	5 sale	750	Alto
Laboratori (medicina di laboratorio, anatomia patologica, laboratori farmacia, trasfusionale, centro prelievi)		3.000	Medio
Dialisi	25 posti tecnici	750	Medio
Area Servizi (magazzini, spogliatoi, uffici, studi medici, ristorazione, accoglienza, area commerciale)		7.000	Medio/Basso
Centrali tecnologiche		2.000	Medio
Connettivi		13.000	Basso
TOT		59.850	

Tabella 13. Dimensionamento spazi

La superficie di 59.850 corrisponde a 150mq/ posto letto.

Allo stato attuale non si forniscono elementi strutturali del nuovo ospedale (quali ad esempio il numero di piani, il possibile lay-out, il numero di blocchi, ecc.) per i quali si rimanda agli opportuni livelli di progettazione che dovranno tenere in considerazione anche valutazioni di tipo ambientale, urbanistico e paesaggistico al fine di minimizzare gli impatti sul territorio. E' possibile ad ogni modo ipotizzare che si renda necessario realizzare una struttura limitata in altezza, al fine di adeguarsi e non impattare (neanche dal punto visivo) sul paesaggio circostante caratterizzato da edifici bassi e dalla presenza di vegetazione (principalmente ulivi) non ad alto fusto.

Per quanto riguarda il costo di costruzione, sulla base dei costi a mq parametrici differenziati per "Livello di Complessità costruttiva" è di € 91.380.000 (vedi tabella seguente). A tale valore andranno aggiunti i costi di allestimento della centrale tecnologica, delle opere di presidio e delle sistemazioni esterne per un ammontare totale di circa 96,5 milioni di Euro.

Area	Superficie (mq)	Costo parametrico (€/mq ¹)	Costo realizzazione (€)
Area a bassa complessità	22.000	1.000	22.000.000
Area a media complessità	25.250	1.600	40.400.000
Area ad alta complessità	12.600	2.300	28.980.000
TOT	59.850		91.380.000

Tabella 14. Superficie e posti letto

Tutte le fasi necessarie per la realizzazione dell'opera, dalla progettazione all'esecuzione delle procedure di gara, di esecuzione, collaudo e attivazione delle strutture, impianti ed apparecchiature saranno presidiate dalle figure professionali dirigenziali afferenti all'Area Gestione Tecnica della ASL BT che costituiranno all'uopo un gruppo di lavoro mirato supportato anche da strutture regionali sia del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti sia del Dipartimento Mobilità, qualità urbana, opere pubbliche e paesaggio della Regione Puglia.

Ad ogni modo le attività di progettazione, sia tecnica sia clinico-gestionale, saranno tutte affidate all'esterno, in considerazione delle dimensioni dell'investimento e della complessità della progettazione allo stato attuale tale attività non possono essere effettuate con le sole risorse interne alla ASL BT.

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

La realizzazione dell'ospedale a partire dalla ammissione a finanziamento richiede un periodo di circa 5 anni. Nella predisposizione del cronoprogramma si è assunto, come detto, che le attività di progettazione preliminare e definitiva, sui cui procedere ad indire l'appalto integrato per la progettazione esecutiva ed i lavori, siano affidate all'esterno da parte della ASL BT, per cui sono stati considerati anche i tempi previsti per le gare di appalto dei servizi di progettazione.

Anni	1			2			3			4			5			6		
	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q
T0= sottoscrizione accordo di programma	0																	
Gara per affidamento progettazione																		
Progettazione di fattibilità tecnica ed economica																		
Varianti urbanistiche (ove necessarie)																		
Acquisizioni autorizzazioni e VIA																		
Progettazione Definitiva ed esecutiva																		
Gara per esecuzione dei lavori																		
Esecuzione lavori																		
Collaudo e verifiche amministrative															0			
Acquisizione arredi ed attrezzature																		
Trasferimenti																		

Tabella 15. Cronoprogramma di realizzazione dell'ospedale di Andria.

Per T0 si intende la data di sottoscrizione dell'accordo di programma tra Regione Puglia ed Amministrazioni centrali. Inoltre in analogia a quanto effettuato per altri Accordi di Programma, la Regione Puglia provvederà a sottoscrivere un disciplinare con la ASL BT al fine di regolare i rapporti con il soggetto attuatore ed assicurare il costante monitoraggio e rispetto dei tempi.

Va, inoltre, evidenziato che nel cronoprogramma sono considerati anche i tempi necessari per le varianti urbanistiche che si dovessero rendere necessarie nell'area di localizzazione, come descritto nella sezione 4.2 relativa alla fattibilità degli interventi.

Di seguito il quadro economico di sintesi dell'intervento

Attività	Codice	Voce	Costo	IVA	Valore IVA	Costo con IVA
A1 - Lavori	A1.1	Realizzazione opera	€ 91.380.000	10%	€ 9.138.000	€ 100.518.000
	A1.2	Allestimento centrali tecnologiche	€ 1.937.256	10%	€ 193.726	€ 2.130.982
	A1.3	Opere di presidio	€ 1.827.600	10%	€ 182.760	€ 2.010.360
	A1.4	Sistemazioni aree esterne	€ 1.301.500	10%	€ 130.150	€ 1.431.650
A2 - Somme a disposizione dell'Ente	A2.1	Oneri per la sicurezza (3% di A1)	€ 2.893.391	10%	€ 289.339	€ 3.182.730
A3 - Somme a disposizione dell'Ente	A3.1	Lavori in economia e imprevisti (3% di A1)	€ 2.893.391	10%	€ 289.339	€ 3.182.730
	A3.2	Allacciamenti pubblici servizi (1% di A1)	€ 964.464	10%	€ 96.446	€ 1.060.910
B1 - Spese tecniche e amministrative	B1.1	Progettazione (7% di A1)	€ 6.751.245	22%	€ 1.485.274	€ 8.236.519
	B1.2	Direzione lavori (20% di Progettazione)	€ 1.350.249	22%	€ 297.055	€ 1.647.304
	B1.3	Validazione del progetto (6% di Progettazione)	€ 405.075	22%	€ 89.116	€ 494.191
	B1.4	Spese amministrative (4% di Progettazione)	€ 270.050	22%	€ 59.411	€ 329.461
B2 - Esprori	B2.1	Acquisizioni aree ed immobili	€ 3.800.000	0%	€ 0	€ 3.800.000
C1 - Allestimento	C1.1	Apparecchiature	€ 5.200.000	22%	€ 1.144.000	€ 6.344.000
	C1.2	Arredi	€ 3.000.000	22%	€ 660.000	€ 3.660.000
TOTALE			€ 123.974.221		€ 14.054.616	€ 138.028.837

Tabella 16. Quadro economico nuovo ospedale di Andria (importo totale arrotondato pari a 138 milioni)

2.2.3 Gli interventi complementari del nuovo ospedale di Monopoli (Codici intervento: 3 e 4)

Come detto nei paragrafi precedenti, la Regione Puglia ha finanziato il progetto del nuovo ospedale di Monopoli con le risorse FSC (Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute")

Il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA – BR), sarà allocato in un'area al confine tra le province di Bari e Brindisi (figura 8 e figura 9), 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.

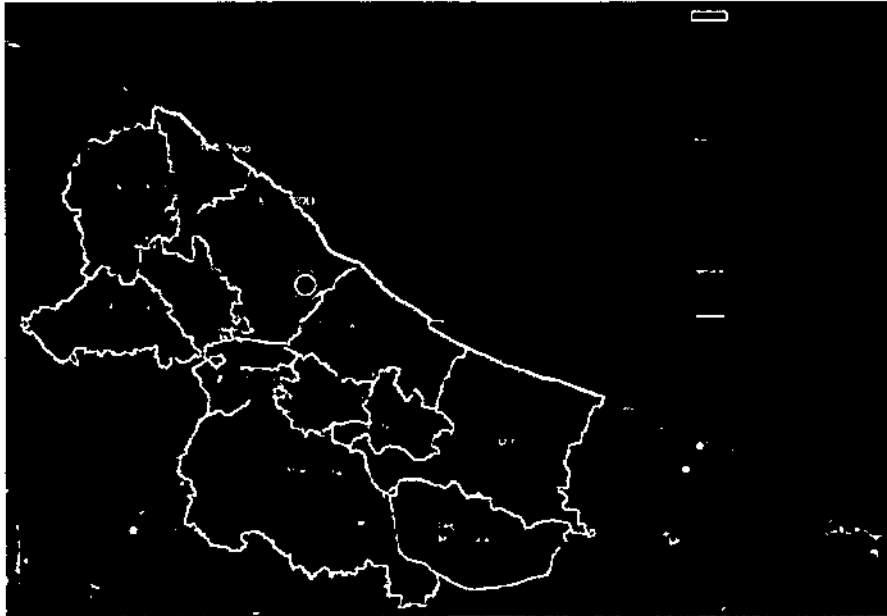


Figura 8. Localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli.



Figura 9. Area di localizzazione del nuovo ospedale di Monopoli (circa 18 ettari)

Il nuovo ospedale di livello intermedio prevede una dotazione di 300 posti letto (inclusi quelli tecnici) e sarà realizzato in un lotto di circa 18 ettari per servire un bacino di circa 260.000 abitanti, come meglio dettagliato in tabella 17.

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

Tabella 17. Bacino di riferimento del nuovo ospedale di Monopoli.

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

L'ospedale dovrà essere 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 definite le relazioni tra di essi, garantendo la rispondenza del progetto alle esigenze clinico-sanitarie di funzionamento della struttura sia a livello di singolo processo che a livello integrato di sistema ospedale, con l'obiettivo di:

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

La progettazione tecnica è stata preceduta da una progettazione clinico-gestionale che ha determinato il modello organizzativo e di processo come nella figura che segue.

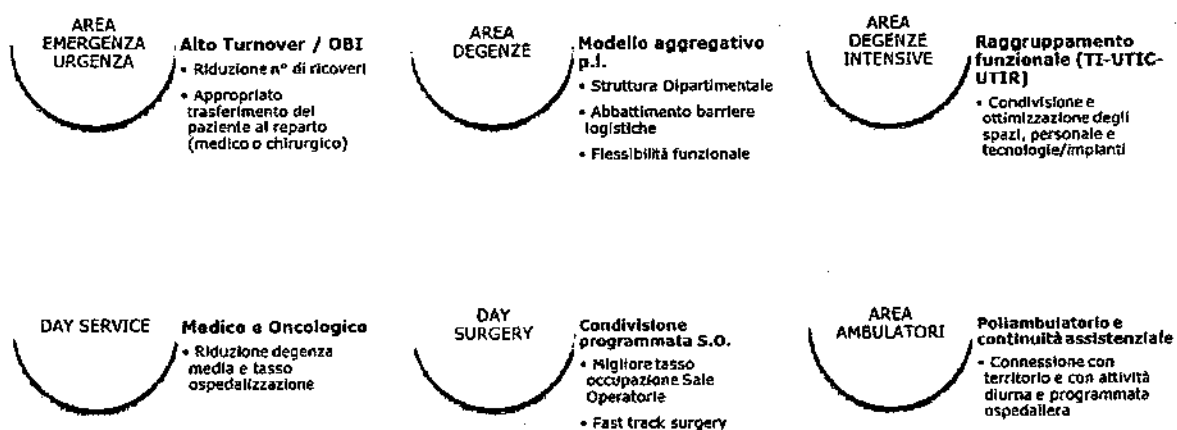


Figura 10. Modello organizzativo del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano.

In figura è riportato il layout preliminare del nuovo ospedale.

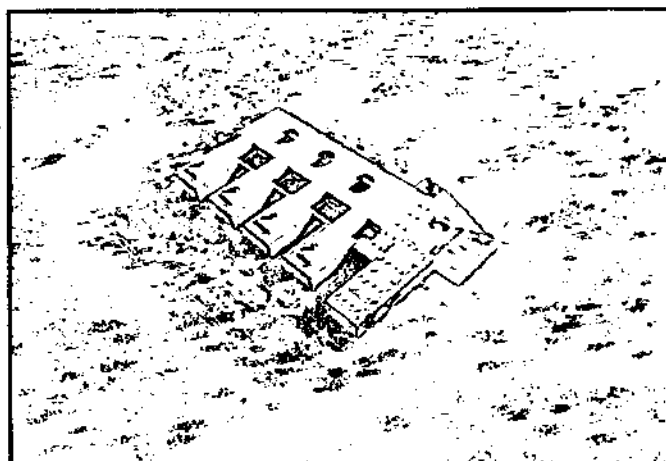


Figura 11. Layout del nuovo ospedale di Monopoli

In figura è riportato lo schema volumetrico del nuovo ospedale.

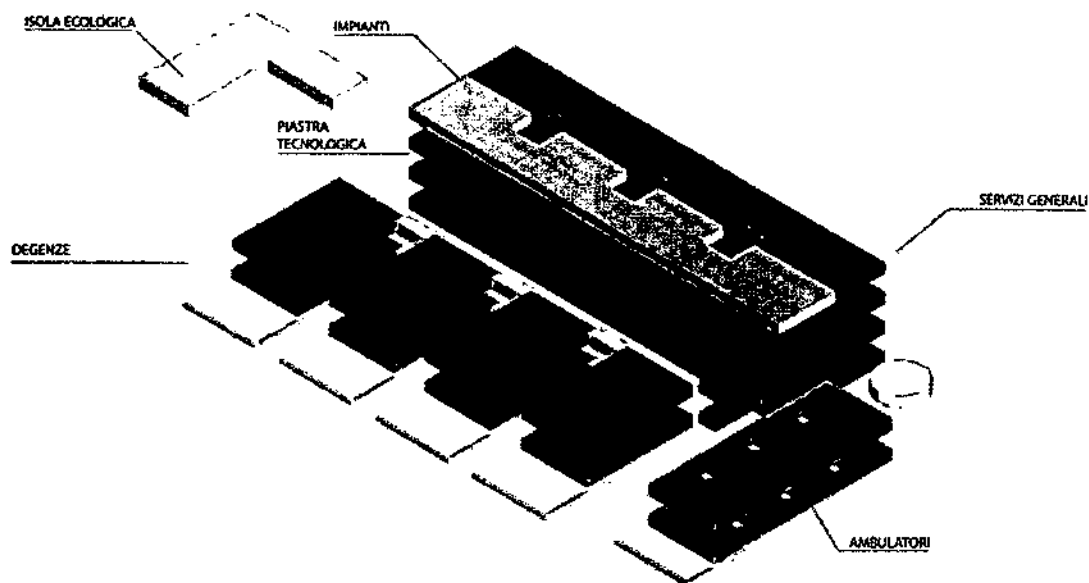


Figura 12. Schema volumetrico del nuovo ospedale di Monopoli-Fasano

La scelta della soluzione architettonica è stata preceduta da una progettazione clinico-gestionale, sulla base della quale sono stati determinati i volumi attesi e le relative dotazioni ed il numero di posti letto previsti, come riportate nelle tabelle 18, 19 e 20.

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

Tabella 18. Volumi di attività annui attesi per il nuovo ospedale di Monopoli

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

Tabella 19 - Dotazioni nuovo ospedale di Monopoli

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

Tabella 20. - Dettaglio dei posti letto del nuovo ospedale di Monopoli.

In tabella 21 sono riportati i dati dimensionali del nuovo ospedale di Monopoli, come da versione della progettazione definitiva ed in tabella 22 sono riportati i dettagli della dotazione di tecnologie (grandi macchine).

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

Tabella 21 Superfici del nuovo ospedale di Monopoli per tipologia di area

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

Tabella 22. Dotazione di grandi macchine previste nel nuovo ospedale di Monopoli.

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

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

Per quanto sopra a conclusione dei lavori oggi in corso si rende necessario procedere all'acquisizione delle attrezzature e degli arredi (come dettagliato in tabella 23) oltre che alla realizzazione di ulteriori lavori complementari per le finiture di completamento dei locali di diagnostica RX, Mammografie, TAC, RM, Sale di angiografia interventistica, Area Ristorazione/Mensa nonché per il completamento della sistemazione delle aree esterne e della viabilità (tabella 24).

FORNITURE	
Tecnologie diagnostica per immagini - grandi macchine	€ 3.512.176,00
Tecnologie Area Cardiologia Invasiva e radiologia Interventistica	€ 1.348.222,40
Tecnologie Area Chirurgica	€ 1.858.054,40
Tecnologie Processo Gestione dei Farmaci e dei Dispositivi Medici	€ 849.720,00
Tecnologie Laboratorio Analisi	€ 1.189.608,00
Riempimento Tecnologie e arredi sanitari	€ 8.236.619,20
Arredi non sanitari	€ 2.832.400,00
Totale Forniture	€ 19.826.800,00
IVA	€ 24.188.696,00
Somme a disposizione dell'Amministrazione	€ 811.304,00
Totale Attrezzature, Tecnologie e Arredi	€ 25.000.000,00

Tabella 23. Quadro economico per acquisto attrezzature e forniture Ospedale Monopoli (intervento 4)

Si rende pertanto necessario integrare le risorse oggi a disposizione con quelle della presente proposta di documento programmatico come dettagliato in tabella 24, ossia:

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

Fonte di Finanziamento	Importi	Note
Codice intervento 3	5.000.000,00	Lavori complementari
Codice intervento 4	25.000.000,00	Acquisto di arredi ed attrezzature
TOT	30.000.000,00	

Tabella 24. Quadro economico per il completamento dell'ospedale di Monopoli.

2.2.4 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 esplodenti.

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 di seguito richiamata:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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).

IDENTIFICATIVO INTERVENTO FINANZIATO	TITOLO INTERVENTO	Azienda beneficiaria	IMPORTO A CARICO STATO (DEL CIPE 16-2013)	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	Importo massimo a carico dell'Azienda (quota del contributo in conto esercizio da destinarsi a investimenti)	Importo massimo intervento.
20	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio della rete idrica antincendio AOU Policlinico di Bari Padiglioni Ospedalieri Policlinico	AOU Policlinico di Bari	790.000,00	41.578,95	168.421,05	1.000.000,00
21	Adeguamento alle norme di prevenzione antincendio del padiglione servizi generali (Farmacia) AOU Policlinico di Bari	AOU Policlinico di Bari	2.528.000,00	133.052,63	538.947,37	3.200.000,00
44	Lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi P.O. "Perrino" Brindisi (Compartimentazione, porte tagliafuoco, apparecchiature illuminazione emergenza e sicurezza)	ASL BR	790.000,00	41.578,95	168.421,05	1.000.000,00
51	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Palazzina Ambulatori, Palazzina Laboratori, Palazzina Malattie Infettive	AOU OO RR Foggia	584.600,00	30.768,42	124.831,58	740.000,00
52	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - terzo lato ala destra e corpo centrale - Adeguamento gas Medicali e messa a norma escensori	AOU OO RR Foggia	316.000,00	16.631,58	67.368,42	400.000,00
54	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia Impianto spegnimento Deposito farmacia	AOU OO RR Foggia	126.400,00	6.652,63	26.947,37	160.000,00
58	Adeguamento Impianti Antincendio Ospedale Di CERIGNOLA "G. TATARELLA"	ASL FG	835.195,83	43.957,89	135.045,48	1.015.000,00

Tabella 25. Interventi antincendio finanziati con risorse delibera CIPE 16/2013

2.2.4.1 Ospedale San Paolo di Bari (Codice intervento: 5)

L'Ospedale San Paolo di Bari nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 come modificato e integrato dal R.R. 3/2018 "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. 3/2018" approvato con DGR 53/2018, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

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

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



Figura 13: Ospedale San Paolo di Bari

La dotazione di posti letto della struttura prevista dalla suddetta deliberazione è pari a 226 a regime.

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

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

1. ristrutturazione ed adeguamento normativo della unità di Rianimazione - Terapia Intensiva. L'amministrazione è in possesso di un progetto, già approvato con parere favorevole da parte del SISP e SPESAL rispettivamente in data 27/07/2015 e 07/06/2015. Il progetto dovrà essere aggiornato in conformità al nuovo codice di cui al D.Lgs. 50/2016, al DM 11 ottobre 2017 relativo ai Criteri Ambientali Minimi e al D.M. 19/06/2015 relativamente alle opere d'adeguamento antincendio;
2. opere di completamento degli arredi ed apparecchiature fisse a servizio del blocco operatorio, dell'Emodinamica e della Rianimazione;
3. realizzazione di nuova centrale elettrica di collegamento (blindo sbarre) tra la stazione di produzione di energia elettrica e emergenze (gruppi elettrogeni) e quadro generale di edificio in bassa tensione (Nuovo Power Center);
4. formazione di nuovo cunicolo interrato di collegamento impiantistico tra le centrali tecnologiche e l'edificio ospedaliero (sottocentrali);
5. riqualificazione ed adeguamento normativo del Pronto Soccorso con formazione di sale a osservazione breve ed integrazione dei flussi degli utenti e d'ottimizzazione dei percorsi sanitari;
6. realizzazione di servizi igienici utenti in corrispondenza delle aree di attesa a ciascun piano (disimpegno/filtro), adeguati alla normativa di accessibilità di cui alla legge 13/1989 ed

eliminazione delle barriere architettoniche di cui al D.P.R. 503/1996;

7. riqualificazione energetica della centrale termica esistente con trasformazione dei fluidi caldi da vapore ad acqua calda con adeguamento di tutte le apparecchiature nella centrale termica e nelle sottocentrali. Il progetto prevede l'installazione di nuovi generatori per la produzione di acqua calda, nuovi produttori di acqua calda sanitaria e idonee reti di distribuzione, la realizzazione di un impianto di cogenerazione in grado di produrre contemporaneamente energia elettrica ed acqua calda ad uso sanitario, in quanto comunque esiste la necessità di installare un nuovo gruppo elettrogeno ad integrazione di quello esistente. L'impianto sarà progettato per soddisfare in continuità i carichi medi annui;
8. sostituzione degli infissi esistenti nei piani degli edifici bassi, (blocco operatorio, rianimazione, pronto soccorso e nelle aree centrali di collegamento tra Le ali EST, CENTRALE ed OVEST in corrispondenza a tutti i piani (denominati rostri), in grado di garantire l'isolamento termico e ridurre i consumi termici stagionali dell'edificio in conformità al D.M. 26/06/2015 in materia di efficienza energetica;
9. riqualificazione ed adeguamento normativo del Servizio Mortuario al regolamento regionale in materia di accreditamenti sanitari;
10. rifunzionalizzazione del nuovo reparto Malattie Infettive da ubicare al quarto piano ala OVEST (Ex U.O. di Chirurgia toracica), con la formazione di ambienti in pressione negativa e idonei filtri di accesso ad ogni singola degenza;
11. riqualificazione del servizio portineria al fine di potenziare il controllo e la gestione di tutti gli accessi per gli utenti esterni ed interni ed incrementare la sicurezza dei visitatori, pazienti e lavoratori in conformità alle prescrizioni di cui al D.Lgs 81/08 (Testo unico sulla sicurezza sul lavoro);
12. riqualificazione del servizio TAO e dell'area postazione 118, ubicata al piano rialzato dell'ala EST;
13. rifacimento della pavimentazione stradale e sistemazione delle aree pedonali (marciapiedi) dell'Presidio Ospedaliero.

Il quadro economico di massima è il seguente:

A) IMPORTO LAVORI A BASE D'ASTA	
A/1 - Importo dei lavori stimati	Euro 7.500.000,00
A/2 - Costo della manodopera	Euro 1.900.000,00
A/3 - Oneri della sicurezza da PSC non soggetti a fribasso	Euro 200.000,00
A/4 - IMPORTO DEI LAVORI A BASE D'ASTA	Euro 7.700.000,00
B) SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMM.NE:	
B/1 - I.V.A. 10% su A/4	Euro 770.000,00
B/2 - Incentivo 2% su A/4 art. 113, comma 3 D.Lgs.n. 50/2016	Euro 154.000,00
B/3 - Spese tecniche (progettazione, CSP, DL, CSE)	Euro 500.000,00
B/4 - Collaudi	Euro 60.000,00
B/5 - Contributi CNPAIA 4% su B/3+B/4	Euro 22.400,00
B/6 - I.V.A. 22% su B/3+B/4+B5	Euro 128.128,00
B/7 - Imprevisti, premi di accelerazione, arrotond: IVA inclusa	Euro 115.472,00
B/8 - Spese varie: Pubblicità, permessi, oneri di gara, ecc.	Euro 50.000,00
B/9 - Lavori in economia IVA inclusa	Euro 100.000,00
C/1 - Attrezzature/Arredi IVA inclusa	Euro 2.000.000,00
in una	Euro 3.900.000,00
TOTALE	Euro 11.600.000,00

Tabella 26. Quadro economico lavori presso l'ospedale "San Paolo"

2.2.4.2 Ospedale "Di Venere" di Bari (Codice intervento: 6)

L'Ospedale "Di Venere" di Bari nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 "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" approvato con DGR 239/2017, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

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

La dotazione di posti letto prevista dal suddetto regolamento è pari a 291 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 14. Ospedale "Di Venere" di Bari

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

1. Adeguamento dei locali del primo piano CORPO ACQ da destinare a U.O. di PSICHIATRIA.
2. rifacimento e completamento delle facciate esterne del corpo E e corpo H con la realizzazione di un cappotto termico esterno, in grado di garantire l'isolamento termico e ridurre i consumi termici

stagionali dell'edificio in conformità al D.M. 26/06/2015 in materia di efficienza energetica;

3. completamento degli arredi ed apparecchiature fisse a servizio della Neuroradiologia, Medicina Nucleare e dell'unità operativa di Patologia Clinica - (Laboratori di Analisi);
4. rifacimento della centrale termica esistente con trasformazione dei fluidi caldi da vapore ad acqua calda previa sostituzione di tutte le apparecchiature nella centrale termica e nelle sottocentrali. Il progetto prevede l'installazione di nuovi generatori per la produzione di acqua calda, nuovi circolatori e circuiti di spillamento, nuovi produttori di acqua calda sanitaria e idonee reti di distribuzione; il progetto prevede la realizzazione di un impianto di cogenerazione in grado di produrre contemporaneamente energia elettrica ed acqua calda. L'impianto sarà progettato per soddisfare in continuità i carichi medi annui;
5. riqualificazione ed adeguamento impiantistico della U.O. Citopatologia – Screening servizio centralizzato aziendale ubicata al piano terra Corpo B;
6. riqualificazione dei locali ubicati al piano seminterrato CORPO B che saranno resi liberi in seguito alla nuova collocazione della unità operativa di Patologia Clinica, da destinare al servizio di Dermatologia con formazione di ambulatori chirurgici e servizi annessi e spogliatoi centralizzati per il personale;
7. ristrutturazione ed adeguamento normativo della Sala Convegni ubicata al piano seminterrato del corpo Q;
8. Riqualificazione ed adeguamento normativo della Medicina Fetale e Medicina Genetica;
9. ristrutturazione dell'edificio Cucina con la realizzazione di idonei locali da destinare a mensa aziendale con annessi servizi;
10. adeguamento impiantistico della U.O.C di Radiologia e Neuroradiologia situata al piano terra e piano interrato del corpo B compatibilmente con i riferimenti normativi relativi ai requisiti strutturali in materia di accreditamenti sanitari;
11. rifacimento della pavimentazione stradale e sistemazione delle aree pedonali (marciapiedi) del Presidio Ospedaliero.

A) IMPORTO LAVORI A BASE D'ASTA

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

B) SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMM.NE:

B/1 – I.V.A. 10% su A/4	Euro	770.000,00
B/2 – Incentivo 2% su A/4 art. 113, comma 3 D.Lgs n. 50/2016	Euro	154.000,00
B/3 – Spese tecniche (progettazione, CSP, DL, CSE)	Euro	500.000,00
B/4 – Colfauti	Euro	60.000,00
B/5 – Contributi CNPA/IA 4% su B/3+B/4	Euro	22.400,00
B/6 – I.V.A. 22% su B/3+B/4+B5	Euro	128.128,00
B/7 – Imprevisti, premi di accelerazione, arrotond. IVA inclusa	Euro	115.472,00
B/8 – Spese varie: Pubblicità, permessi, oneri di gara, ecc.	Euro	30.000,00
B/9 – Lavori in economia IVA inclusa	Euro	100.000,00
C/1 – Attrezzature/Arredi IVA inclusa	Euro	2.000.000,00
in uno	Euro	3.900.000,00
TOTALE	Euro	11.600.000,00

Tabella 27. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Di Venere"

2.2.4.3 Ospedale "Perrino di Brindisi" (Codice intervento: 7)

L'Ospedale "Perrino" di Brindisi nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, è classificato come un ospedale di secondo livello sede di:

- "Stroke Unit" di 1 livello, nell'alveo della "Rete ICTUS";
- "Centro Traumi di Zona", nell'alveo della "Rete Trauma";
- "Centro di Cardiologia con UTIC ed emodinamica H24", nell'alveo della "Rete Cardiologica".

La dotazione a regime per tale struttura, prevista dalla suddetta deliberazione, sarà pari a 600 posti letto.

Va evidenziato che l'ospedale subirà un necessario processo di riorganizzazione e potenziamento derivante dalla chiusura contestuale dei seguenti stabilimenti ospedalieri, che erano funzionalmente aggregati allo stesso ospedale "Perrino" nel precedente piano di riordino ospedaliero:

- OSPEDALE SAN CAMILLO di MESAGNE, riconvertito in Presidio di Assistenza Territoriale (PTA);
- OSPEDALE MELLI di SAN PIETRO VERNOTICO, riconvertito in Presidio di Assistenza Territoriale (PTA).

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 dei suddetti ospedali il bacino di riferimento dell'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.

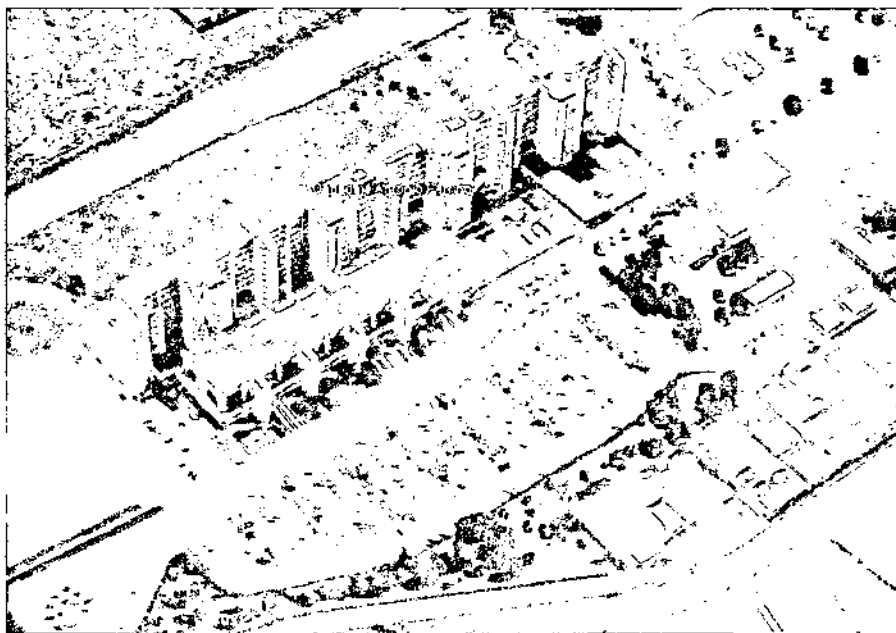


Figura 15. Ospedale Perrino di Brindisi

Alla luce delle suddette previsioni, oltre ai necessari adeguamenti normativi, la ASL di Brindisi ha manifestato l'esigenza di procedere con i seguenti lavori propedeutici alla piena realizzazione di quanto previsto dal piano di riordino ospedaliero:

- una redistribuzione delle postazioni per l'area dell'UTIC, onde consentire l'allocamento di 12 posti, in conformità a quanto previsto nel piano di riordino ospedaliero;
- la realizzazione di una nuova sala operatoria per il reparto Ostetricia, al fine di consentire l'immediatezza degli interventi nei casi urgenti;
- la realizzazione di un corpo di fabbrica che possa consentire la sistemazione del nuovo Pronto Soccorso, del C.U.P. e del Centro Prelievi, nonché del reparto di Anatomia Patologica;

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.

	Attività	Importi	Note
A1	Lavori	8.000.000,00	
A2	Oneri per la sicurezza	240.000,00	3% di A1
A3	Imprevisti	234.181,82	
A4	IVA (10%)	847.418,18	10% di (A1+A2+A3)
B1	Spese Tecniche ed Amministrative	720.000,00	9% di A1
B2	IVA (22%)	158.400,00	22% di B1
B3	Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	a corpo
C1	Attrezzature /Arredi/ Altre spese	3.000.000,00	A corpo
TOT	TOTALE	13.200.000,00	

Tabella 28. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Perrino di Brindisi"

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 in via preliminare il seguente intervento, che non si sovrappone bensì si integra con gli interventi per i quali si richiede il finanziamento con il presente documento:

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

Tabella 29. Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013

Per il suddetto intervento sono stati elaborati due progetti esecutivi, rispettivamente relativi a "Fornitura e installazione di n°160 porte tagliafuoco REI 120, dal piano -2 al piano 10" e "Fornitura e installazione di rilevatori di fumo, segnalatori ottici antincendio, e illuminazione di sicurezza". Sugli stessi è stato acquisito il prescritto parere dei Vigili del Fuoco. Allo stato attuale i due progetti sono stati anche approvati e si è pronti per avviare la procedura di affidamento dell'esecuzione dei lavori.

2.2.4.4 Ospedale di "Francavilla Fontana" (Codice intervento: 8)

L'Ospedale "Camberlingo" di Francavilla Fontana nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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. 7/2017".

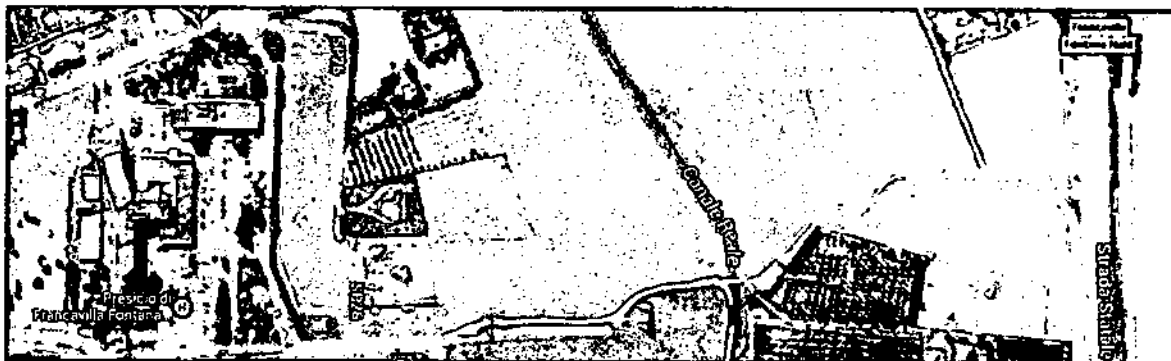
7/2017" approvato con DGR 53/2018, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

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

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

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

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



Alla luce delle suddette previsioni, oltre ai necessari adeguamenti normativi, la ASL di Brindisi ha manifestato l'esigenza di procedere con i seguenti lavori propedeutici alla piena realizzazione di quanto previsto dal piano di riordino ospedaliero:

- una redistribuzione ed adeguamento del Reparto Operatorio;
- la ultimazione del Reparto di Rianimazione/Terapia Intensiva;
- il completamento dell'adeguamento della struttura alle norme antisismiche;

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.

	Attività	Importi	Note
A1	Lavori	4.250.000,00	
A2	Oneri per la sicurezza	127.500,00	3% di A1
A3	Imprevisti	362.510,00	
A4	IVA (10%)	437.750,00	10% di (A1+A2)
B1	Spese Tecniche ed Amministrative	425.000,00	9% di A1
B2	IVA (22%)	97.240,00	
B3	Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	a corpo
C1	Attrezzature /Arredi/ Altre spese	1.500.000,00	A corpo
TOT	TOTALE	7.200.000,00	

Tabella 30. Quadro economico lavori presso l'ospedale "Francavilla Fontana"

2.2.4.5 Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico di Bari – Giovanni XXIII" (Codici intervento: da 9 a 14)

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico di Bari-Giovanni XXIII" nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, è classificato come un ospedale di secondo livello sede di:

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

La dotazione di posti letto dell'Azienda sarà pari a regime a 1370 PL, così distribuiti:

- 1193 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);
- 177 PL presso lo stabilimento collegato "Giovanni XXIII", che è destinato esclusivamente ad attività pediatrica.

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

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

Il Policlinico è situato a Bari, in piazza Giulio Cesare, e 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 (D.M. 18/9/2002 "Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private" come modificato dal DM 19/3/2015 "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" - GU n. 70 del 25/3/2015), 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.

A.O.U. POLICLINICO DI BARI Planimetria Generale

Legenda Edifici

- 1 - Chiesa - Obitorio
- 2 - Istituto Anatomico
- 3 - Istituto malattie infettive - Dermatologia
- 4 - Istituto malattie infettive - Oncologia - O.R. Generale
- 5 - Istituto malattie infettive - Urologia
- 6 - Istituto malattie infettive - Radiologia
- 7 - 7a - Istituto malattie infettive - Oncologia
- 8 - Istituto malattie infettive - Oncologia
- 9 - Istituto malattie infettive - Oncologia
- 10 - Farmacia - Pronto Soccorso - Laboratorio analisi
A.O. Patrocinio
- 11 - Ospedale ortopedico - Podologia ortopedica
- 12 - Ospedale malattie infettive
- 13 - Istituto patologia medica
- 14 - Ospedale
- 15 - Istituto radiologia
- 16 - Direzione Generale / Amministrativa
- 17 - 8) Direzione Sanitaria - 1) Ospedale Generale
- 18 - Area 1 servizi - CED - 119 - centro pronto
- 19 - Istituto malattie infettive - Dermatologia
- 20 - Istituto malattie infettive - Radiologia
- 21 - Istituto malattie infettive - Oncologia
- 22 - Istituto malattie infettive - Oncologia
- 23 - Palestra
- 24 - Radiologia specialistica (diagnostica)
- 25 - Pagine centralizzate di Anestesia 3
- 26 - Istituto malattie infettive
- 27 - Istituto generale
- 28 - A.O. Riforma Sanitaria - Assegno ospedalieri
Spazi Interni
- 29 - Segreteria Unificata
- 30 - N.C.C.E. Anestesia
- 31 - N.C.C.E. Anestesia 2
- 32 - Istituto Radiologia
- 33 - Istituto Radiologia
- 34 - Istituto Radiologia (in corso di costruzione)
- 35 - Istituto Radiologia
- 36 - Istituto Radiologia
- 37 - Palestra
- 38 - Cantina
- 39 - Quaderni
- 40 - Centrale OAS
- 41 - 30 Centrale elettrica / Vano lavaggio

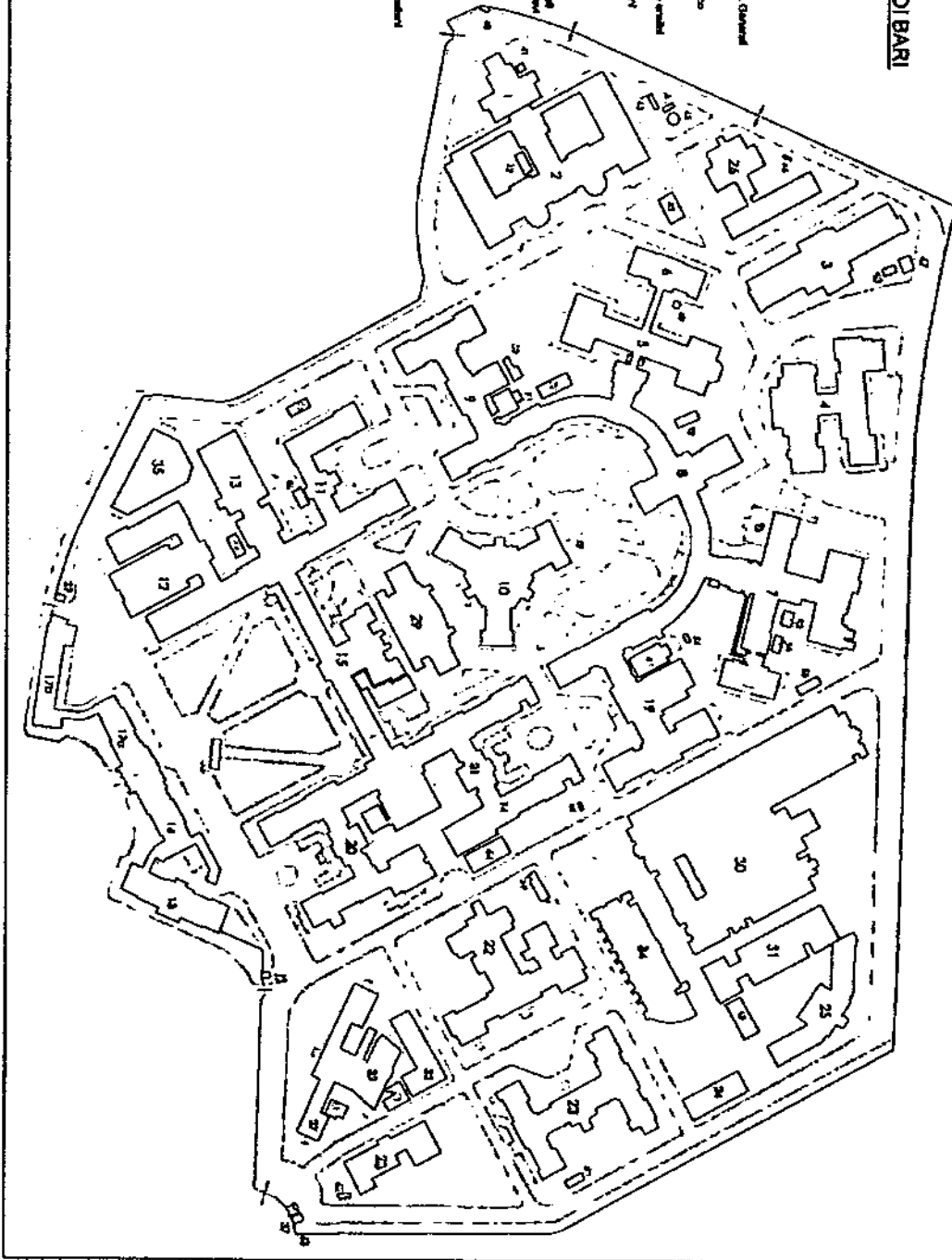


Figura 17. Planimetria ospedale Policlinico di Bari

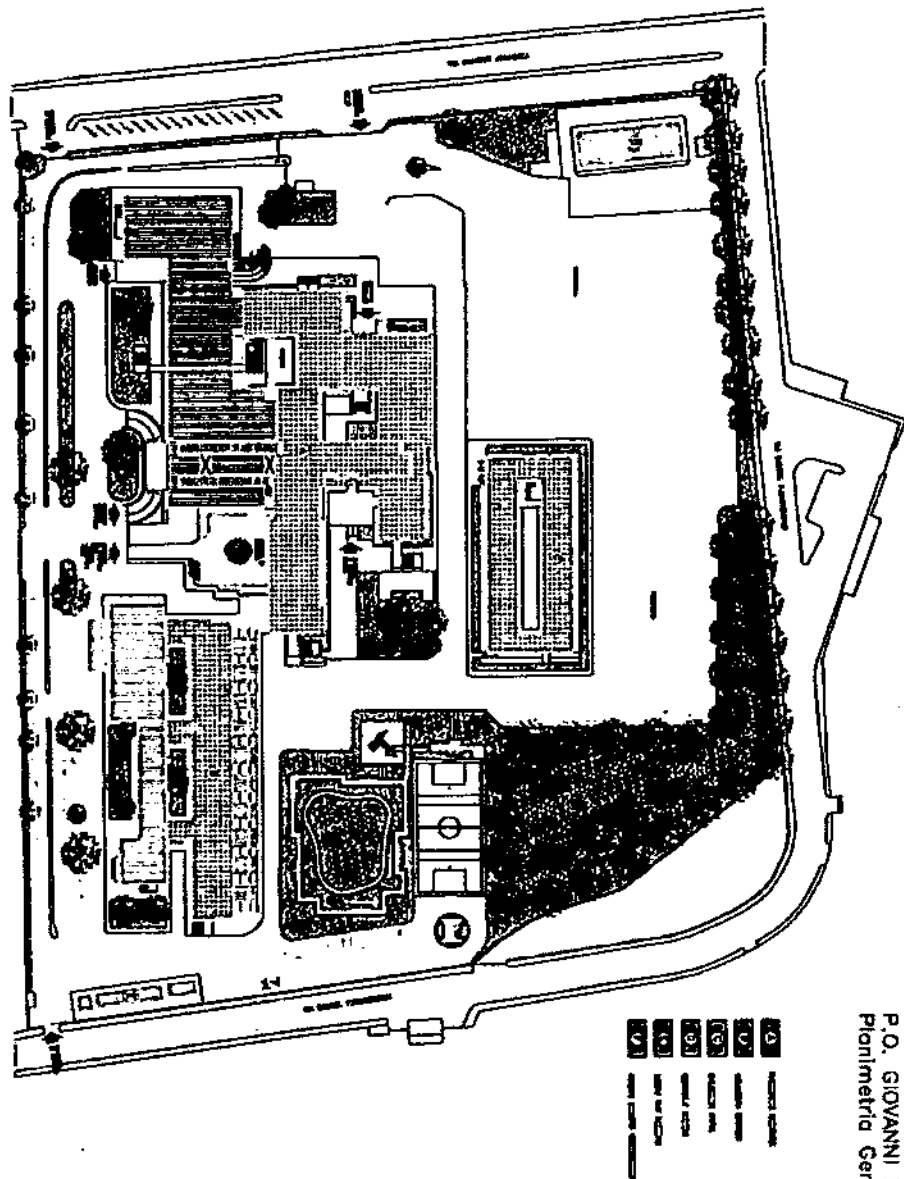


Figura 18. Planimetria Ospedale Giovanni XXII

Alla luce di quanto sopra la 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 per complessivi 24.600 mq (corpo "A" della planimetria in figura 18);*
- **Intervento 10** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'ospedale pediatrico Giovanni XXXIII per complessivi 5.100 mq (corpo "B" della planimetria in figura 18);*
- **Intervento 11** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico di Bari per complessivi 5.700 mq (corpo "8" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Oculistica fa parte del complesso originale progettato e realizzato tra 1936 e il 1938 che mantiene a ad 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 (l'accordo integrativo) che però non prevedeva il recupero dell'intero fabbricato, ma solo di una parte di esso. Tale ulteriore finanziamento consentirebbe il recupero dell'intero fabbricato con interventi di tipo strutturale con miglioramento sismico, adeguamento antincendio e impiantistico (elettrico, climatizzazione, efficientamento energetico e gas medicali), con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi e con l'obiettivo primario dell'accreditamento istituzionale e della riqualificazione dell'assistenza.*
- **Intervento 12** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari per complessivi 7900 mq (corpo "5" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Dermatologia 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 2^a fase che però non prevedeva il recupero dell'intero fabbricato, ma solo di una parte di esso. Tale ulteriore finanziamento consentirebbe il recupero dell'intero fabbricato con interventi di tipo strutturale con miglioramento sismico, adeguamento antincendio e impiantistico (elettrico, climatizzazione, efficientamento energetico e gas medicali), con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi e con l'obiettivo primario dell'accreditamento istituzionale e della riqualificazione dell'assistenza.*
- **Intervento 13** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di Gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari per complessivi 3300 mq (corpo "6" della planimetria in figura 17). Il padiglione che ospita il reparto di Gastroenterologia 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. Si prevede la realizzazione di interventi mirati all'accreditamento della struttura come ad esempio il miglioramento della risposta sismica, l'adeguamento antincendio e impiantistico (elettrico, climatizzazione, efficientamento energetico e gas medicali), con la previsione di somme anche per attrezzature ed arredi e con l'obiettivo primario dell'accreditamento istituzionale e della riqualificazione dell'assistenza.*
- **Intervento 14** - *Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari per complessivi 3600 mq (corpo "13" della planimetria in figura 17). Il fabbricato oggetto di intervento fu completato negli anni settanta e non è mai stato sottoposto ad un intervento di riqualificazione finalizzato all'accreditamento istituzionale per il quale oggi si rende necessaria una rivisitazione del lay-out distributivo, un adeguamento a norma di tipo antincendio, elettrico, climatizzazione, efficientamento energetico, gas medicali e la fornitura di arredi e attrezzature sanitarie.*

Di seguito si riportano i quadri economici suddivisi per intervento

Attività	Importi int. 9	Importi int. 10	Importi int. 11	Importi int. 12	Importi int. 13	Importi int. 14	Note
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	
A2 Oneri per la sicurezza	450.000,00	150.000,00	60.000,00	138.000,00	54.000,00	117.000,00	3% di A1
A3 Imprevisti	159.090,91	113.636,36	81.818,18	115.454,55	37.272,73	95.909,09	
A4 IVA (10%)	1.560.909,09	526.363,64	214.181,82	485.345,46	189.127,27	411.290,51	10% di (A1+A2+A3)
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
B2 IVA (22%)	330.000,00	110.000,00	44.000,00	101.200,00	39.600,00	85.800,00	22% di B1
B3 Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	a corpo
C1 Attrezzature/Arredi/ Altre spese	6.000.000,00	2.500.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	1.100.000,00	1.500.000,00	A corpo
TOT TOTALE	25.000.000,00	8.900.000,00	3.600.000,00	7.400.000,00	3.400.000,00	6.500.000,00	

Tabella 31. Quadri economici degli interventi presso l'AOU Policlinico di Bari.

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:

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

Tabella 32. Interventi finanziati a valere sulle risorse delibera CIPE 16/2013

Per i suddetti interventi è in corso di completamento la progettazione esecutiva.

2.2.4.6 Ospedale "Dimiccoli" di Barletta (Codice intervento: 15)

L'Ospedale "Dimiccoli" di Barletta nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, è classificato come un ospedale di primo livello sede di:

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

La dotazione di posti letto prevista a regime per questa struttura è pari a 261.

IMPORTO DEI LAVORI (Pronto Soccorso - Cabina MYBT - Torre chirurgica - Seostamento Radioterapia metabolica - Sistemazione parti comuni)			
a) Importo per lavori (escluso costi per la sicurezza)	€	3.130.800,00	
b) Costi per la sicurezza diretti	€	97.200,00	
c) Costi per la sicurezza indiretti	€	62.000,00	
		Importo totale LAVORI	€ 3.290.000,00
IMPORTO ATTREZZATURE E ARREDI (TAC BA Alice - Apparecchiature varie 183.000 - Arredi)			
a) Importo per TAC + Attrezzature (escluso costi sicurezza)	€	2.710.000,00	
b) Costi per la sicurezza diretti	€	9.500,00	
		Importo Totale ATTREZZATURE E ARREDI	€ 2.719.500,00
SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE			
1) Lavori in economia, previsti in progetto ed esclusi dall'appalto	€	0,00	
2) Rilievi accertamenti e indagini	€	30.500,00	
3) Allacciamenti ai pubblici servizi	€	15.000,00	
4) Imprevisti	€	190.000,00	
5) Acquisizione aree o immobili e pertinenti indennizzi	€	0,00	
6) Incentivi ai sensi dell'art. 113 del Codice appalti	€	120.190,00	
7) Spese tecniche per Progettazione, Coordinamento sicurezza in fase di progettazione, attività tecnico amministrative connesse alla progettazione	€	512.100,00	
8) Spese per eventuali commissioni giudicatrici (IVA, a oneri inclusi)	€	200.000,00	
9) Spese per pubblicità e, ove previsto, per opere artistiche	€	31.500,00	
10) Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dal CSA, di supporto al RUP per verifica progettazione	€	190.000,00	
11) IRAP 8,50% su 6)	€	10.216,15	
12) I.V.A. al 22% sul totale importo lavori e attrezzature e arredi	€	1.322.090,00	
13) CNPAIA 4% su 7) e 10)	€	27.204,00	
14) I.V.A. al 22% su 1) + 2) + 7) + 9) + 10) + 13)	€	174.086,88	
15) Arrotondamenti	€	67.612,97	
		In uno somme a disp. Amministrazione	€ 2.890.500,00
		Totale generale	€ 3.909.500,00

Tabella 33. Quadro Economico di massima per l'Ospedale di Barletta

2.2.4.7 Ospedale di Castellaneta (Codice intervento: 16)

L'Ospedale di Castellaneta (TA) nella nuova programmazione regionale stabilita dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, è classificato come un ospedale di primo livello a gestione diretta della ASL di Taranto sede di:

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

In particolare si prevede la realizzazione un reparto di rianimazione di 8 posti letto e di una UTIC con 4 posti letto, oggi non presenti.

In coerenza con tale previsione la ASL di Taranto ha definito la seguente esigenza in termini di lavori e acquisto attrezzature:

• REPARTO UTIC

- lavori
- Attrezzature

4 monitor + centrale + telemetria + 1 monitor portatile
 2 ventilatori tipo CPAP bilevel
 1 ventilatore di tipo invasivo
 4 letti elettrici con materasso antidecubito

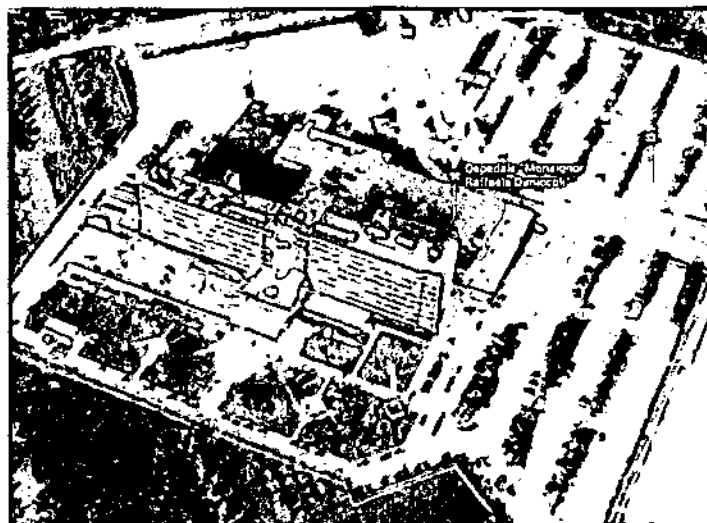


Figura 19. Ospedale di Barletta

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

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

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

Gli interventi pianificati sono:

- realizzazione di un tunnel di collegamento fra la Torre chirurgica e il Blocco operatorio (spesa prevista € 600.000,00);
- lavori di spostamento del servizio di Radioterapia Metabolica (spesa prevista € 600.000,00);
- lavori di adeguamento a norma della cabina elettrica (spesa prevista € 1.800.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione del Pronto Soccorso (spesa prevista € 1.200.000,00);
- lavori di rifunionalizzazione degli spazi comuni della U.O. Radiologia e ammodernamento dei collegamenti verticali (spesa prevista € 1.200.000,00);
- lavori e fornitura di tomografo assiale computerizzato al Pronto Soccorso (spesa prevista € 1.000.220,00);
- forniture di apparecchiature sanitarie (spesa prevista € 2.499.780,00)

Di seguito il quadro economico di massima dell'intervento.

2 ecocardiografi con sonda transesofagea
3 elettrocardiografi a 12 derivazioni
4 sistemi pompe infusione
2 defibrillatori
1 sistemi di contropulsazione aortica
frigorifero
2 pacemaker esterno
1 pacemaker temporaneo VVI/DDD
coagulometro (ACT)
emoglucotest
emodiafiltratore
Emogas
1 arco a C
tavolo radiologico
apparecchio per lo studio elettrofisiologico trans-esofageo;
lampada scialitica
carrello per anestesia e rianimazione
carrello porta ferri
elettrobisturi
cardiomonitor con defibrillatore
stimolatore programmabile
2 poligrafi
apparecchio per anestesia generale

• **REPARTO RIANIMAZIONE**

– Lavori

– Attrezzature

8 monitor + centrale + 1 monitor da trasporto
8 ventilatori
8 letti elettrici con materasso antidecubito (IV grado)
aspiratore
2 colonne per videobroncoscopia + 1 videobroncoscopio portatile
2 ecografi
sistema infusione rapida
sistema pompe infusione TCI
2 carrelli emergenza con defibrillatore
2 carrelli per terapia
sistemi riscaldamento/raffredd
2 elettroencefalogramma 28 canali
eeg 12 canali
3 sollevapazienti
diafanoscopi
lampada scialitica portatile
frigorifero
2 sistemi per emodiafiltrazione
Emogas
Emogas portatile
apparecchio per la misurazione dei tromboelastogramma

1 sterilizzatrice rapida a vapore da banco
 2 termosaldatrici
 pompe per nutrizione enterale
 1 mobile riscaldatore termostato
 8 carrelli-armadio per posto letto
 1 carrello porta cartelle cliniche
 4 aspiratori elettrici mobili
 2 sistemi per videointubazione adulto/pediatrico per casi difficili con anche n. 5 set di laringoscopi
 completi di lame a fibra ottica
 1 ventilatore portatile per emergenza
 1 ventilatore non invasivo
 2 barelle per emergenza complete di accessori
 2 monitor defibrillatori
 1 barella a cucchiaio + materasso a depressione
 dispositivi per l'immobilizzazione e trazione del paziente completi di kit per immobilizzatori di arti rigidi e di set immobilizzatori a depressione
 sistemi di immobilizzazione pediatrici
 1 sedia portantina
 8 Sistemi per il trasferimento orizzontale dei paziente
 2 assi a scivolamento per il trasferimento assistito da letto, carrozzina, ecc
 sistema di compressione toracica per RCP

La ASL di Taranto dispone dei capitolati tecnici per le attrezzature e di studio di fattibilità per i lavori.

Di seguito il quadro economico complessivo.

	Attività	Importi	Note
A1	Lavori	2.400.000,00	
A2	Oneri per la sicurezza	72.000,00	3% di A1
A3	Imprevisti	106.618,18	3% di A1
A4	IVA (10%)	257.861,82	10% di (A1+A2+A3)
B1	Spese Tecniche ed Amministrative	216.000,00	9% di A1
B2	IVA (22%)	47.520,00	22% di B1
B3	Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	a corpo
C1	Attrezzature /Arredi/ Altre spese	1.500.000,00	A corpo
TOT	TOTALE	4.600.000,00	

Tabella 34. Quadro economico di massima per l'ospedale di Castellaneta

2.2.4.8 Ospedale di Cerignola (Codice intervento: 17)

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, 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 174 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.

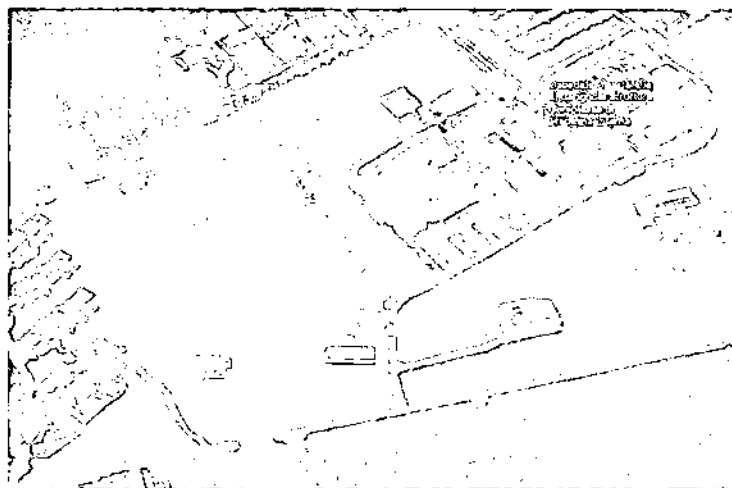


Figura 20. Ospedale di Cerignola

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:

Efficientamento energetico.

Sostituzione vetrate (infissi con vetri basso emissivi e aria disidratata all'interno dell'intercapedine).

Rifunzionalizzazione dei reparti e sistemazioni esterne

Potenziamento del pronto soccorso (DEA di II livello) con la realizzazione di nuovi spazi necessari sia per una migliore accoglienza degli assistiti (fase di *triage*) sia per una ottimizzazione delle operazioni da parte del personale preposto.

Trasferimento del Laboratorio di Analisi al piano seminterrato nei locali al rustico, in modo da ottimizzare gli spazi del Pronto Soccorso.

Rifacimento di pavimenti e/o rivestimenti usurati ove necessario.

Sostituzione degli arredi delle stanze di degenza, a causa della vetustà e dello stato.

Adeguamento dell'atrio di ingresso luogo dell'accoglienza, della comunicazione e dell'informazione; creazione di un sistema di servizi (negozi, parrucchieri, asilo nido, fiorai, ristoranti) dedicati all'accoglienza dei famigliari dei degenti e dei degenti stessi durante il ricovero.

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.

Attrezzature e Tecnologie

Attrezzature elettrico-medicali, tecnologie, macchinari, strumentazioni e quanto altro necessario anche ai fini di una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei

rapporti con il pazienti per il monitoraggio e la consulenza on-line.

Adeguamento antincendio

Interventi per la presentazione della SCIA d 3^a e 4^a fase.

Di seguito il quadro economico di massima.

A) Per lavori a base d'asta:	
Lavori edili ed impianti tecnologici	€ 4.635.000,00
A) Totale lavori	€ 4.635.000,00
A1) Oneri diretti per la Sicurezza non soggetti a ribasso:	€ 135.000,00
A2) Importo soggetto a ribasso (A-A1)	€ 4.500.000,00
A3) Importo totale opera (A1+A2)	€ 4.635.000,00
B) Somme a disposizione:	
B1) Per IVA 10% sui lavori (A)	€ 463.500,00
B2) Spese Generali Collaudi + Sicurezza	€ 414.000,00
B3) Contributo CNPAIA: 4% (su B2)	€ 16.560,00
B4) IVA 22% (su B2+B3)	€ 94.723,20
B5) Spese Art. 113 del D.lgs. n. 50/16 e s.m.i	€ 64.000,00
B6) Arredi, attrezzature e apparecchiature	€ 1.230.000,00
B7) IVA 22% su (B6)	€ 270.600,00
B8) Lavori in economia	€ 10.000,00
B9) IVA 10% su (B10)	€ 1.000,00
B10) Imprevisti	€ 560,73
<u>B11) IVA 10% su (B10)</u>	€ 56,07
Totale somma a disposizione	€ 2.565.000,00
IMPORTO TOTALE PROGETTO (A+B)	€ 7.200.000,00

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:

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

Tabella 36. Interventi finanziati con le risorse Delibera CIPE 16/2013.

Per il suddetto intervento, che consentirà la presentazione della SCIA di seconda fase secondo quanto previsto dal DM 19/03/2015, è stato elaborato il progetto esecutivo e su questo è stato ottenuto il prescritto parere dei Vigili del Fuoco. È attualmente in corso di svolgimento l'iter per l'approvazione del progetto.

2.2.4.9 Ospedale di San Severo (Codice intervento: 18)

Analogamente a quanto previsto per l'ospedale di Cerignola, la nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, ha previsto, riconfermandola, la classificazione di ospedale di

primo livello per il presidio ospedaliero di San Severo. L'inserimento, inoltre, di tale ospedale nell'ambito delle reti TRAUMA e CARDIOLOGICA ha previsto la presenza di un Centro Trauma di Zona e di unità di Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24.

La dotazione a regime dell'ospedale è di 205 PL.

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

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 in copertura con strutture di tipo leggero - Installazione di impianti tecnologici per l'uso di energia da fonti rinnovabili - Adeguamento e ampliamento degli impianti di climatizzazione;
- Interventi per la ristrutturazione e realizzazione dei percorsi finalizzati alla razionalizzazione dei flussi orizzontali e verticali degli utenti fra le varie aree sanitarie esistenti anche in conformità con la vigente normativa di sicurezza antincendio - 2° Fase;
- Potenziamento del pronto soccorso - Trasferimento in spazi diversi della direzione sanitaria e degli uffici amministrativi dell'ospedale;
- Rifacimento della segnaletica interna;
- Attrezzature elettrico-medicali, tecnologie, macchinari, strumentazioni e quanto altro necessario anche ai fini di una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il paziente per il monitoraggio e la consulenza on-line.

Di seguito il quadro economico di massima.

- Interventi in copertura con strutture di tipo leggero - Installazione di impianti tecnologici per l'uso di energia da fonti rinnovabili - Adeguamento e ampliamento degli impianti di climatizzazione	€	2.250.000,00
- Interventi per la ristrutturazione e realizzazione dei percorsi finalizzati alla razionalizzazione dei flussi orizzontali e verticali degli utenti fra le varie aree sanitarie esistenti anche in conformità con la vigente normativa di sicurezza antincendio - 2° Fase	€	1.350.000,00
- Potenziamento del pronto soccorso - Trasferimento in spazi diversi della direzione sanitaria e degli uffici amministrativi dell'ospedale	€	750.000,00
- Rifacimento della segnaletica interna	€	150.000,00
A1 - Totale Lavori	€	4.500.000,00
- Oneri per la sicurezza 3% di A1	€	135.000,00
- Totale Lavori a base d'asta	€	4.365.000,00
- Somme a disposizione		
- A2 - Imprevisti	€	135.000,00
- IVA (10%)	€	450.000,00
- Spese tecniche ed Amministrative	€	405.000,00
- IVA su spese tecniche ed amministrative (22%)	€	89.100,00
- Spese Art. 113 del D.lgs. n. 50/16 e ss.mm.ii.	€	90.000,00
- Espropri e sistemazione aree esterne	€	45.000,00
- Attrezzature/ Arredi/ Altre spese	€	1.200.000,00
TOTALE	€	6.900.000,00

Tabella 37. Quadro economico di massima - Ospedale di San Severo

2.2.4.10 Azienda Ospedaliera Universitaria "Riuniti di Foggia" (Codici intervento: 19 e 20)

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, ha previsto la classificazione di ospedale di secondo livello per l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Riuniti di Foggia", sede di:

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

La dotazione di posti letto è pari a 821 (da programmazione) per cui l'ospedale rappresenta la terza struttura ospedaliera per numero di posti letto dopo l'AOU Consorziata "Policlinico di Bari – Giovanni XIII", nonché una delle due aziende universitarie dell'intera Regione Puglia.

L'Azienda è situata in una zona periferica della città ma strategicamente connessa alle vie di maggior flusso verso il centro città. Ci si trova ad operare in un contesto agricolo tra l'altro dove è necessario affrontare varie criticità ambientali per garantire il funzionamento e la massima sicurezza al complesso ospedaliero.

Dal punto di vista edilizio l'Azienda Ospedaliera presenta diversi plessi o padiglioni, dislocati in due aree separate tra di loro da una strada comunale (viale Pinto).

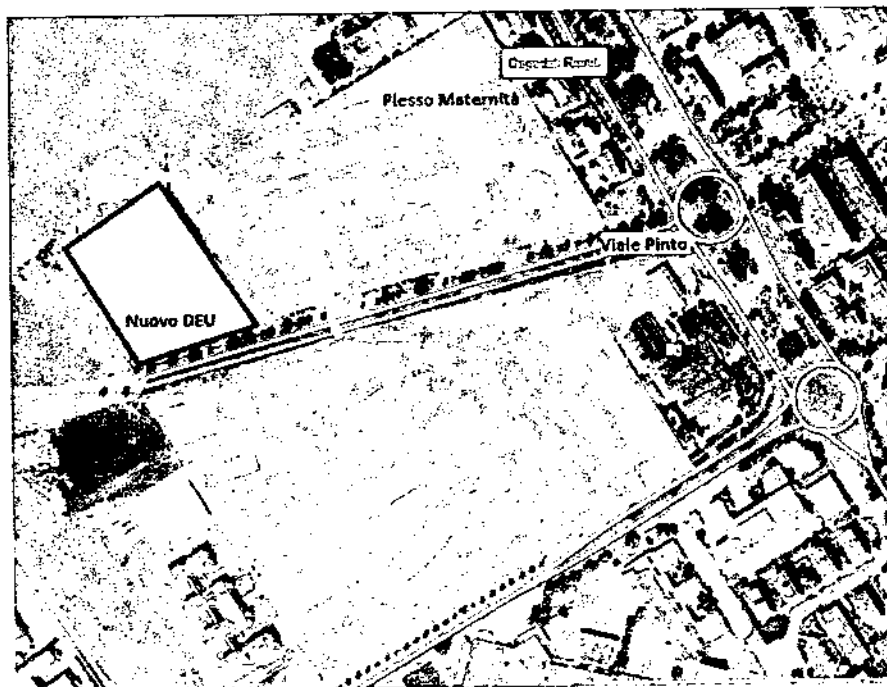


Figura 21. Ospedali Riuniti di Foggia.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia ha in essere il programma di adeguamento sismico e riqualificazione funzionale delle Strutture Aziendali.

Ad oggi gli interventi programmati ed avviati hanno interessato prevalentemente il Presidio Maternità, dotato complessivamente di 400 posti letto, posto nell'area NORTH del presidio, a valere sulle risorse FSC 2007/2013, per un importo di 10 milioni di euro e sulle risorse FSC 2014/2020 per un importo di ulteriori 10 milioni di euro.

L'area SUD del complesso, in cui trovano ubicazione i cosiddetti "Monoblocco" e "Nuovo blocco" - costituiti da corpi di fabbrica interconnessi - ed un cospicuo numero di plessi isolati, presenta rilevanti criticità soprattutto dal punto di vista strutturale; tale problematica è stata solo parzialmente affrontata con interventi già finanziati a valere sui fondi ex art. 20 della l. 67/1988 - Accordo di programma 2004, con i quali è stato possibile ristrutturare o, in alcuni casi, demolire e ricostruire taluni edifici appartenenti al "Nuovo Blocco" al "Monoblocco".

Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" (Intervento 19)

Gran parte del "Monoblocco", soggetto ad inconvenienti statici fin dalla fase di realizzazione a causa principalmente della presenza nell'area interessata di una falda acquifera e sottoposto nel tempo a svariati e non risolutivi interventi di consolidamento, permane in un preoccupante stato di carenza dei requisiti di sicurezza strutturale (sia statici che sismici) che impone l'adozione urgente di opportuni provvedimenti. Alla luce delle risultanze delle verifiche di vulnerabilità sismica effettuate a più riprese da professionisti all'uopo incaricati, risulta necessario il rinforzo diffuso di tutti gli elementi strutturali con interventi invasivi ed onerosi tali per cui emerge la convenienza della demolizione e ricostruzione, tenuto conto anche della vetustà generale, essendo edifici costruiti negli anni 50-60 del secolo scorso.

Considerata l'assoluta urgenza e improcrastinabilità degli interventi in questione, l'Azienda Ospedaliera OO.RR. di Foggia in data 18.12.2017 è stata autorizzata da questa Regione ad "utilizzare quota del contributo in conto esercizio da destinarsi a investimenti al fine di avviare con urgenza le attività di progettazione dell'intervento, secondo un programma finanziario per annualità successive e per livelli di progettazione". Successivamente è stato presentato uno studio di prefattibilità relativo al Monoblocco (che si allega in appendice 3), che prevede nello specifico la demolizione e successiva ricostruzione dei corpi A1, A2, D, E, F, G per un importo complessivo di € 40.000.000,00.

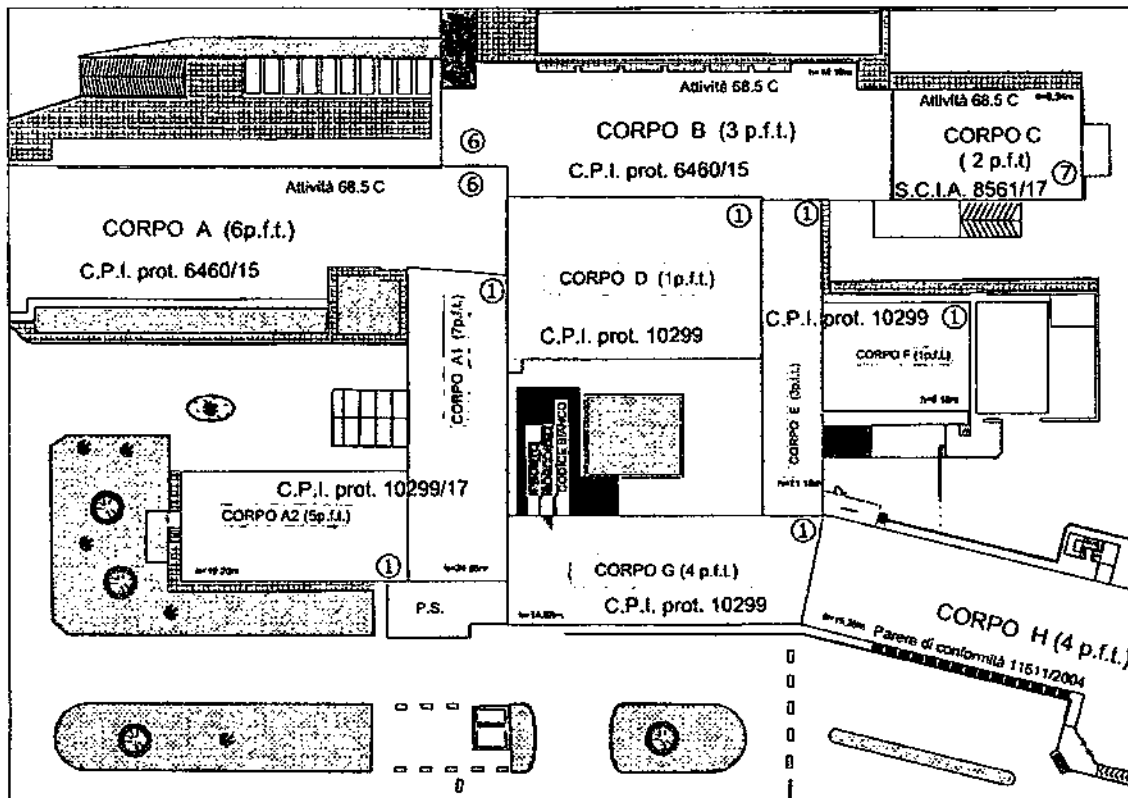


Figura 22 In colore ciano i corpi di fabbrica del cosiddetto "Monoblocco" interessati dagli interventi di cui al presente documento.

Di seguito si riporta il cronoprogramma dell'intervento tratto dallo studio di prefattibilità:

N.	DESCRIZIONE	MESI	SEQUENZA LOGICA																				
1	Gara per l'affidamento dei servizi tecnici di progettazione definitiva, esecutiva, C.S.P., Direzione Lavori e contabilità, C.S.E., rilievi, indagini geognostiche e relazione geologica	2																					
	Gara per l'affidamento dei servizi tecnici di verifica ai fini della validazione della progettazione definitiva ed esecutiva	2																					
2	Redazione progettazione definitiva, rilievi, indagini e relazione geologica	3																					
3	Acquisizione dei pareri sulla progettazione definitiva	4																					
4	Verifica della progettazione definitiva	8																					
5	Redazione della progettazione esecutiva e del piano di Sicurezza e Coordinamento	2																					
6	Verifica della progettazione esecutiva e successiva validazione	3																					
7	Appalto dei lavori di realizzazione delle opere	2																					
	Gara per l'affidamento dei servizi tecnici di collaudo tecnico-amministrativo e statico delle opere	2																					
8	Esecuzione dei lavori	42																					
	Direzione Lavori, contabilità e Coordinamento della Sicurezza in fase di Esecuzione	42																					
9	Collaudi tecnico-amministrativo e statico	45																					
10	Attivazione opera	1																					
11	TOTALE	64																					

Tabella 38. Cronoprogramma intervento 19

Il quadro economico di massima è il seguente:

N.	DESCRIZIONE	COSTO
A)	LAVORI	
A1)	Importo per demolizione e smaltimento	€ 5.060.910,70
A2)	Importo dei lavori di costruzione	€ 20.985.527,50
A3)	oneri della sicurezza (3% di "A1 + A2")	€ 781.393,15
A4)	sommano	€ 26.827.831,35
B)	SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	
B1)	I.V.A. 10% su A4)	€ 2.682.783,13
B2)	spese generali (progettazione D.L.L., coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, inarcassa, fondo incentivante, collaudi, ecc.) 15% di A4)	€ 4.024.174,70
B3)	arredi e attrezzature 15% di A4)	€ 4.024.174,70
B4)	I.V.A. (22% su "B2 + B3")	€ 1.770.636,87
B5)	Imprevisti e arrotondamenti	€ 670.399,24
B6)	sommano	€ 13.172.168,65
C)	TOTALE PROGETTO (A4+B6)	€ 40.000.000,00

Tabella 39. Quadro economico intervento 19

Riqualificazione dei plessi minori (Intervento 20)

L'intervento sui plessi minori comprende opere necessarie all'adeguamento antisismico, impiantistico ed

antincendio, con riqualificazione distributiva, delle strutture esistenti.

Nel corso degli anni, soprattutto con riferimento alle problematiche di carattere statico, sono state fatte eseguire, sugli edifici esistenti e facenti parte dei "plessi minori", numerose verifiche, modellazioni ed indagini di carattere strutturale nonché verifiche sismiche. Le analisi condotte hanno messo in luce una serie di criticità di carattere strutturale, più o meno gravi, delle strutture esistenti ed ivi la necessità di prevedere interventi di adeguamento sismico delle stesse.

Si riporta, nel seguito, una planimetria dell'area con individuazione, con colorazione ocra, delle strutture che necessitano di interventi di adeguamento.

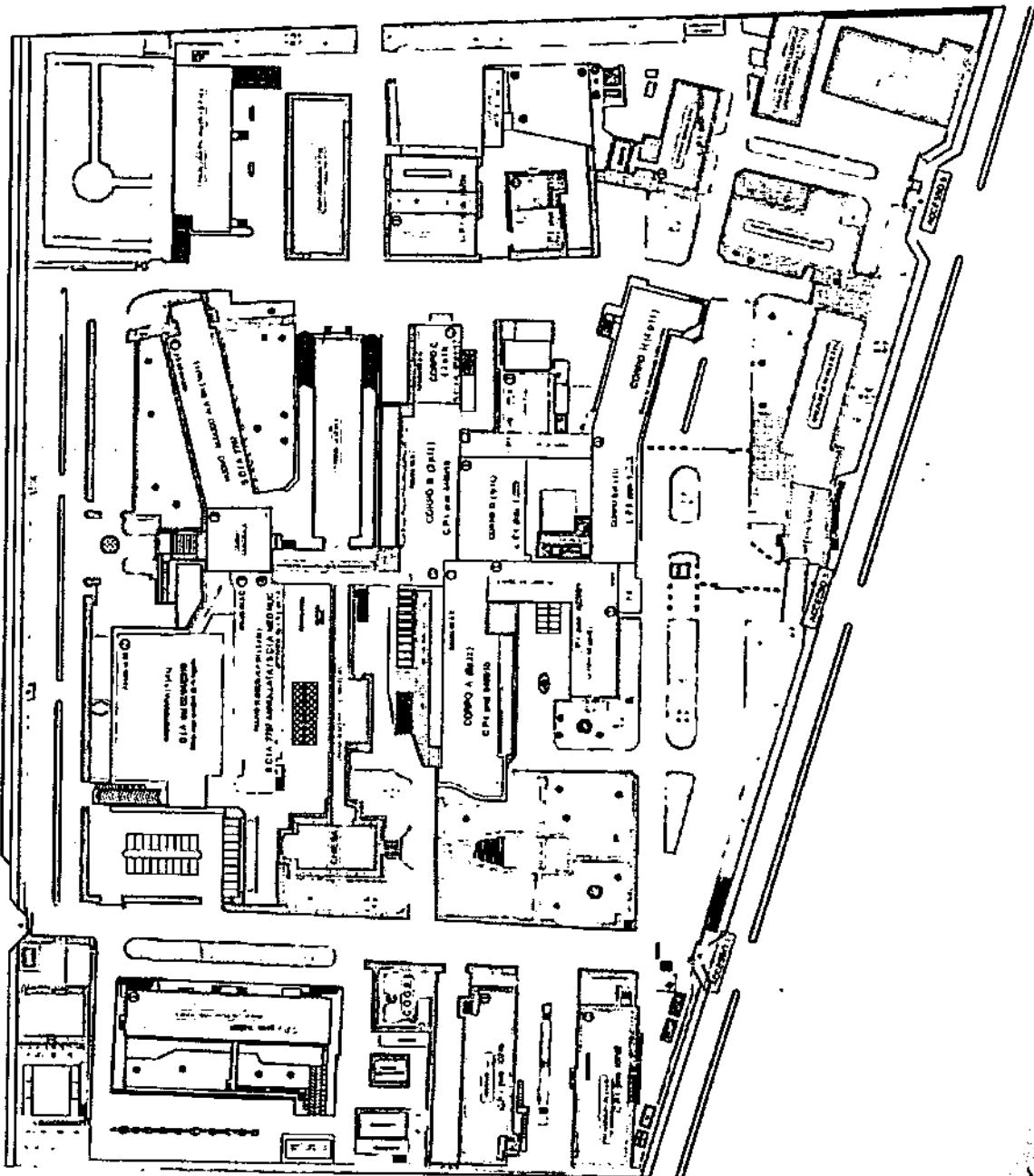


Figura 23. In ocra i plessi minori dell'ospedale che necessitano di adeguamento

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 l'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia con DGR 1903 del 30/11/2016 sono stati ammessi a finanziamento in via preliminare i seguenti 3 interventi, che non si sovrappongono ma si integrano con gli interventi per i quali si chiede in questa sede il finanziamento:

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
51	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - Palazzina Ambulatori, Palazzina Laboratori, Palazzina Malattie Infettive	584.600,00	30.768,42	124.631,58	740.000,00
52	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - terzo lotto ala destra e corpo centrale - Adeguamento gas Medicali	316.000,00	16.631,58	67.368,42	400.000,00
54	Adeguamento normativa antincendio OO.RR. Foggia - Impianto spegnimento Deposito farmacia	126.400,00	6.652,63	26.947,37	160.000,00

Tabella 40. Interventi a valere sulla delibera CIPE 16/2013

Per i suddetti interventi, che consentiranno la presentazione della SCIA di 2^a fase secondo le scadenze previste dal DM 19/03/2015, sono stati prodotti i rispettivi progetti esecutivi ed è stato acquisito il prescritto parere dei Vigili del Fuoco. Allo stato attuale è in corso di perfezionamento l'iter per l'approvazione dei progetti.

N.	DESCRIZIONE	COSTO
A)	LAVORI	
A1)	Importo dei lavori di realizzazione	€ 9.522.304,00
A2)	oneri della sicurezza (3% di A1)	€ 285.669,12
A3)	sommano	€ 9.807.973,12
B)	SOMME A DISPOSIZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE	
B1)	I.V.A. 10% su A3)	€ 980.797,31
B2)	Spese generali (progettazione D.U., coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, inarcassa, fondo incentivante, collaudi, ecc.) 15% di A3)	€ 1.471.195,97
B3)	Arredi e attrezzature (15% di A3)	€ 2.500.000,00
B4)	I.V.A. 22% su B2)	€ 323.663,11
B5)	Imprevisti e arrotondamenti	€ 116.370,49
B6)	sommano	€ 5.392.026,88
C)	Totale progetto (A3+B6)	€ 15.200.000,00

Tabella 41. Quadro economico OO.RR. Foggia

2.2.4.11 Ospedale di Gallipoli (Codice intervento: 21)

La nuova programmazione regionale delineata con il R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, ha previsto la classificazione di ospedale di I livello per il presidio ospedaliero di Gallipoli con una dotazione di 224 PL a fronte degli attuali 245 PL, sede di:

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



Figura 24. 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).

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.

E' inoltre necessaria una riqualificazione complessiva delle attrezzature e degli arredi.

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

	Attività	Importi	Note
A1	Lavori	3.000.000,00	
A2	Oneri per la sicurezza	90.000,00	3% di A1
A3	Imprevisti	90.000,00	3% di A1
A4	IVA (10%)	318.000,00	10% di (A1+A2+A3)
B1	Spese Tecniche ed Amministrative	270.000,00	9% di A1
B2	IVA (22%)	59.400,00	22% di B1
B3	Espropri e sistemazione aree esterne	0,00	a corpo
C1	Attrezzature /Arredi/ Altre spese	1.500.000,00	A corpo
TOT	TOTALE	5.300.000,00	

Tabella 42. Quadro economico dell'intervento.

2.2.5 Il nuovo ospedale del Nord Barese (Codice intervento: 22)

L'area individuata per il nuovo Ospedale del Nord Barese, che si intende realizzare, si trova a cavallo della ASL di Bari (160114) e della ASL BT (160113), ossia tra i comune di Bisceglie e di Molfetta.

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione a quanto previsto dal R.R. 7/2017 così come modificato dal R.R. 3/2018 "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 53/2018, il nuovo ospedale è finalizzato ad assorbire le seguenti strutture:

- Ospedale "Vittorio Emanuele II" di Bisceglie (cod. 16017801), per il quale il suddetto regolamento prevede la classificazione quale ospedale di base, sede di un "pronto soccorso traumatologico" all'interno della "rete Trauma" e di una "cardiologia di base con guardia H24" all'interno della "rete Cardiologica".
- Ospedale "San Pellegrino di Trani" (cod. 16017802), funzionalmente connesso all'ospedale di Bisceglie, per il quale la suddetta deliberazione prevede la riconversione in PTA;
- Ospedale di Molfetta – BA – (cod. 16015803), funzionalmente attualmente connesso all'ospedale San Paolo di Bari, per il quale la suddetta deliberazione prevede la classificazione in ospedale di base, sede di un "pronto soccorso traumatologico" all'interno della "rete Trauma".
- Ospedale di Terlizzi - BA – (cod. 16015805) funzionalmente attualmente connesso all'ospedale San Paolo di Bari, per il quale la suddetta deliberazione prevede la riconversione in Presidio Post Acuzie.

Pertanto alla luce dell'attuale programmazione regionale il nuovo ospedale di primo livello da 280 posti letti che si prevede di realizzare è destinato ad assorbire i 250 PL dati dalla somma dei 178 posti letto dell'ospedale di Bisceglie e 70 posti dell'ospedale di Molfetta.

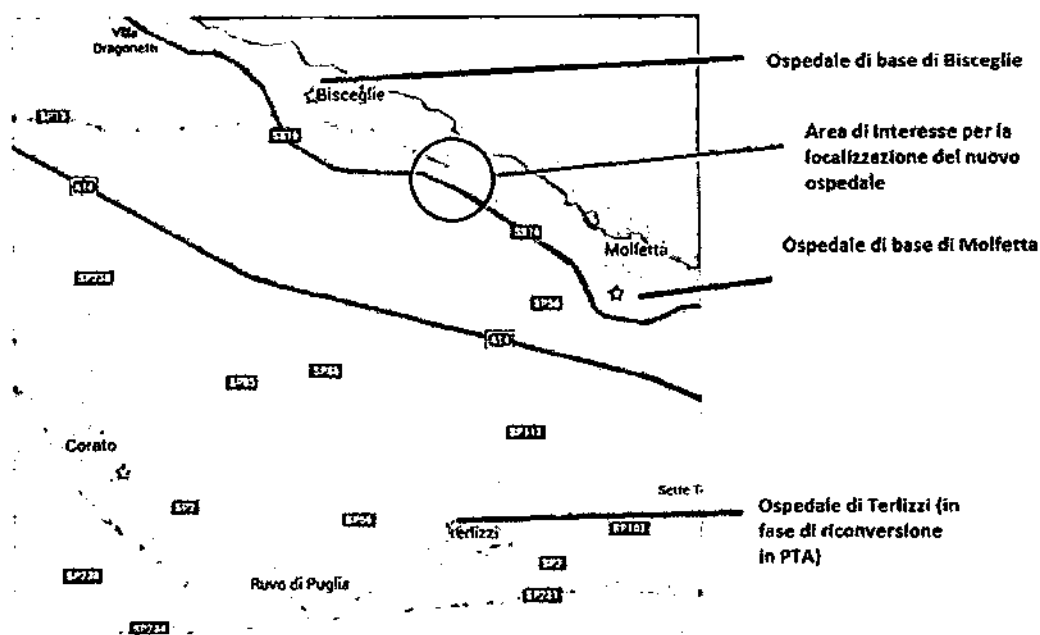


Figura 25. Localizzazione del nuovo ospedale del Nord Barese

Nell'area di riferimento con un bacino demografico di poco più di 192mila abitanti, questo nuovo presidio ospedaliero rappresenta il tassello finale di una riqualificazione che vede l'area della ASL BT-Nord Barese puntare su tre ospedali di 1 livello (Andria, Barletta, Nuovo Ospedale del Nord Barese) – che costituiscono i punti di riferimento tra i due grandi poli ospedalieri della AOU OO RR di Foggia e dell'Ospedale Regionale

"Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo a Nord e dell'AOU Policlinico di Bari – Giovanni XXIII a Sud.

Il bacino di utenza che presumibilmente usufruirà della nuova struttura ricade, infatti, nei seguenti comuni per i quali è stata stimata una percentuale di utilizzo atteso, basata sugli attuali flussi e sulle distanze chilometriche.

Comune	Provincia	Distretto Socio Sanitario	Residenti	% di interesse	Popolazione di riferimento
Bisceglie	BT	Trani	55.517	100,00%	55.517
Molfetta	BA	Molfetta	60.397	100,00%	60.397
Giovinazzo	BA	Molfetta	20.573	80,00%	16.458
Terlizzi	BA	Ruvo di Puglia	27.091	100,00%	27.091
Trani	BT	Trani	56.221	40,00%	22.488
Ruvo di Puglia	BA	Ruvo di Puglia	25.650	30,00%	7.695
Corato	BA	Ruvo di Puglia	48.511	10,00%	4.851
TOTALE					194.498

Tabella 43. Popolazione di riferimento del nuovo ospedale del Nord-Barese.

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

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

Tabella 44: Distanze chilometri medie dalla nuova struttura

Questi i principali indicatori di attività ospedaliera dei presidi ospedalieri presenti nell'area, con una particolare attenzione per gli Ospedali di Bisceglie e Molfetta e sia pure in misura minore dell'ospedale di Corato.

Indicatori (anno 2014)	Corato	Bisceglie	Molfetta
Posti letto totali	82	148	101
Numero ricoveri totali	4.700	6618	4089
Indice di attrazione residenti AUSL	79,09%	74%	87%
% ricoveri per residenti del Distretto sociosanitario	68,50%	64%	63%
Indice attrazione in regione	18,55%	22%	11%
Indice attrazione fuori regione	2,36%	3%	2%
Peso medio ricoveri totali	0,73	0,82	1,03
Degenza media ordinari	4,52	6,41	6,83
Occupazione media percentuale ordinari	68%	78%	72%
Indice di rotazione ordinari	55	45	38
Indice di turnover ordinari	2	2	3
% chirurgici/Totale ordinari	38%	21%	38%
Peso medio chirurgici ordinari	0,94	1,21	1,38
% ricoveri urgenti	76%	71%	82%

Indicatori (anno 2014)	Corato	Bisceglie	Molfetta
Indice ricoveri ripetuti (Testo Unico conferenza Stato-Regioni)	0,78%	2,4%	1,2%
numero parti	1212	616	0
valore economico ricoveri totali	8.829.701	14.732.190	12.158.044
valore economico medio ricoveri totali	1.879	2.226	2.973
Valore economico medio dei ricoveri (appropriati)*	1.869	2.335	2.998
Val economica medio ricoveri norma	2.158	2.579	3.372
Prestazioni specialistiche per esterni	241.585	164.278	590.990
Accessi al Pronto soccorso	20667	22.037	24.242
Indice di case-mix	0,71	0,79	1,03
Indice comparativo di performance	0,86	1,14	1,04

Tabella 45. Indicatori di attività ospedaliera

Di seguito sono analizzate le principali caratteristiche dei presidi esistenti sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, con particolare riferimento alle carenze strutturali ed agli elementi di criticità rilevati.

OSPEDALE DI BISCEGLIE

L'attuale Ospedale di Bisceglie, nonostante le manutenzioni ordinarie e straordinarie effettuate negli anni, presenta alcuni evidenti problemi:

- il manto impermeabilizzante, oramai esausto, necessita di un totale rifacimento;
- i paramenti dei prospetti esterni sono completamente da ristrutturare;

Inoltre, il fabbricato non è conforme alla normativa antisismica. La struttura ospedaliera non possiede il C.P.I. (certificato di prevenzione incendi) e gli impianti elettrici risultano conformi alla normativa vigente solo nelle aree di recente ristrutturazione.

Gli arredi, ad eccezione dei reparti ristrutturati, necessitano di sostituzione, mentre le apparecchiature risultano idonee, sebbene soggette alla normale obsolescenza. Con riferimento alla "accessibilità e fruibilità", si segnala che il presidio è facilmente raggiungibile, ma dispone di un unico accesso. I collegamenti verticali interni non sono sufficienti, né differenziati. L'area a parcheggio è sufficiente e non molto lontana dall'ingresso al P.O. ed i parcheggi risultano sufficientemente differenziati.



Figura 26. Localizzazione dell'attuale ospedale di Bisceglie

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

Costo annuo di manutenzione ordinaria (€/mgI) 370

Costo totale di funzionamento per posto letto (€/mgI) 193

Costo del Piano Triennale di manutenzione straordinaria (€/mgI) 3900

Costo Fabbisogno Energetico (media triennio) - TEP 1000

In tabella 45 è riportato il modello CP (Costi dei Presidi) per l'anno 2014 dell'ospedale di Bisceglie.

Voce	Totale (in migliaia di Euro)	
80010	B.1) Acquisti di beni	10357
80020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	4135
80030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	291
80040	B.1.c) Materiali per la proflessi (vacuini)	1
80050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	2090
80060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	320
80070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	1601
80080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	1335
80110	B.1.j) Prodotti alimentari	14
80120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	169
80130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	292
80140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	77
80150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	13
80200	B.1.o) Altro	53
80210	B.2) Acquisti di servizi	6031
80240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	250
80440	B.2.7) per altra assistenza	0
80470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMONETA)	269
80510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	292
80540	B.2.11) Altri servizi sanitari	2
80580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	0
80590	B.2.13) Servizi non sanitari	3218
80671	B.2.13.a) Utenze	913
80691	B.2.13.b) Altro	4305
80700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1604
80750	B.4) Godimento di beni di terzi	135
80800	B.5) Personale del ruolo sanitario	26916
80810	B.6) Personale del ruolo professionale	65
80820	B.7) Personale del ruolo tecnico	3425
80830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	766
80840	B.9) Oneri diversi di gestione	82
80881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	0
80940	B.14) Variazione delle rimanenze	0
89999	Totale costi della produzione (6)	49411

Tabella 46. Modello CP anno 2014 del Presidio Bisceglie-Trani

OSPEDALE DI MOLFETTA

L'attuale Ospedale di Molfetta è localizzato in una zona periferica della città.

Per quanto attiene lo stato presenta situazioni di degrado delle coperture, mentre con riferimento alle pareti esterne sono stati già approvate le progettazioni per il loro rifacimento. Il fabbricato è inadeguato rispetto alla normativa antisismica.

Gli impianti elettrici risultano in corso di adeguamento per la messa a norma, così come per l'impianto antincendio, mentre l'impianto di condizionamento è stato realizzato solo per circa il 50% della struttura.

La struttura non è realizzata secondo gli ultimi standard costruttivi per cui si rendono particolarmente onerosi e non sempre fattibili interventi volti al miglioramento dei collegamenti verticali ed orizzontali, soprattutto con riferimento alla separazione ed alla ottimizzazione dei percorsi e dei flussi di persone e materiali.

Con riferimento alla "accessibilità e fruibilità", si segnala che il presidio non comporta particolari problemi di accesso, sebbene la sua posizione all'interno del contesto urbano lo rende fruibile quasi esclusivamente da utenza della stessa città. La dotazione di aree parcheggio risulta insufficiente e non sono facilmente realizzabili interventi di ampliamento.

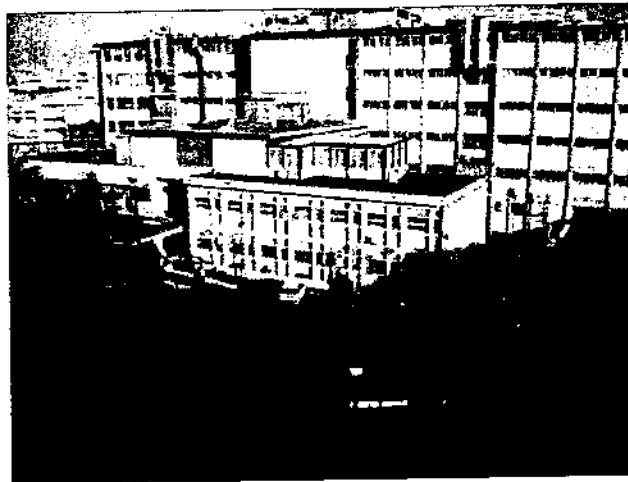


Figura 27. Immagine dell'Ospedale di Moliterno



Figura 28. Localizzazione ospedale di Moliterno

Il nuovo Ospedale del Nord-Barese, in considerazione del fabbisogno, degli standard e dell'offerta esistente, dell'assorbimento delle strutture esistenti come sopra individuate e della potenziale capacità di assorbimento di ulteriore domanda dalle aree limitrofe, sarà dimensionato per 280 posti letto in totale (fino a un massimo di 300).

Tale fabbisogno tiene conto degli attuali standard di cui al D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

Inoltre, considerando che si tratta di un ospedale intermedio di I livello, ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. b) del RR n. 14/2015 e del punto 2.3 dell'allegato 1 del D.M. 2 aprile 2015, sarà dotato delle seguenti specialità: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (in funzione della soglia per volumi di parto superiori a n. 500/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia h24 e/o reperibilità in rete per le patologie che lo prevedono.

La struttura deve inoltre prevedere i Servizi di radiologia con almeno TAC ed Ecografia, un'articolazione della rete dei laboratori e un'articolazione della rete dei Servizi Trasfusionali in base alla complessità dell'attività svolta ai sensi del Regolamento regionale n. 15 del 2 luglio 2013 e n. 14 del 25/06/2014.

La struttura dovrà essere dotata inoltre di posti letto tecnici per l'osservazione breve intensiva, la terapia subintensiva multidisciplinare. Il dimensionamento della struttura dovrà rispettare gli standard sanitari di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alle leggi regionali in materia.

Per il dimensionamento della struttura, sulla base degli standard presenti e delle attività attualmente in corso di progettazione di altri ospedali a livello regionale (Monopoli e Taranto), si ritiene di dover assumere uno standard per posto letto di degenza di 170mq, che sviluppa per la struttura in questione una superficie lorda coperta di 47.600 mq.

Allo stato attuale, in assenza di alcun livello di progettazione, non si forniscono elementi strutturali del nuovo ospedale (quali ad esempio il numero di piani, il possibile lay-out, il numero di blocchi, ecc.) per i quali si rimanda agli opportuni livelli di progettazione che dovranno tenere in considerazione anche valutazioni di tipo ambientale, urbanistico e paesaggistico al fine di minimizzare gli impatti sul territorio. E' possibile ad ogni modo ipotizzare che si renda necessario realizzare una struttura limitata in altezza, al fine di adeguarsi e non impattare (neanche visivamente) sul paesaggio circostante caratterizzato da edifici bassi e dalla presenza di vegetazione (principalmente ulivi) non ad alto fusto.

Tuttavia, al fine di determinare, il quadro economico di massima dell'intervento, sulla base della progettazione di ospedali di dimensioni comparabili, si è assunta la seguente ripartizione della superficie, secondo le seguenti macro-categorie (tabella 48)

Area	Funzioni contenute	mq	costo al mq	Costo Totale€
Area a basso contenuto tecnologico (BT)	locali tecnici, aree tecnologiche in copertura, archivi, spogliatoi, depositi CED, collegamenti, ecc;	19.040	800	15.232.000,00
Area a medio contenuto tecnologico (MT)	Lavanderia, atrio e collegamenti verticali, orizzontali Piano Terra, Centro Unico Prenotazioni, Attività Religiosa, Accoglienza, Ambulatori, Studi Medici, Didattica, Associazioni Volontariato, Aree degenza	19.040	1.700	32.368.000,00
Area ad alto contenuto tecnologico (AT)	Laboratori, Diagnostica per Immagini, Ambulatori Chirurgici	9.520	2.400	22.848.000,00
Superficie Totale		47.600	1.480	70.448.000,00

Tabella 47. Superficie lorda complessiva del nuovo ospedale del Nord Barese (stima)

Si evidenzia che, per la esatta individuazione dell'area in cui realizzare l'opera, si procederà ad una manifestazione di interesse rivolta ai Comuni di Bisceglie e Molfetta (e loro Comuni confinanti) al fine di valutare i lotti che meglio soddisfano le condizioni previste dalla deliberazione della Giunta regionale n. 2302/2014 recante "DGR n.1725 del 7 agosto 2012. Approvazione dei criteri generali per la localizzazione dei nuovi presidi ospedalieri in coerenza con la programmazione sanitaria regionale".

Tutte le fasi necessarie per la realizzazione dell'opera, dalla progettazione all'esecuzione delle procedure di gara, di esecuzione, collaudo e attivazione delle strutture, impianti ed apparecchiature potranno essere presidiate dalle figure professionali dirigenziali afferenti all'Area Gestione Tecnica sia della ASL BT sia della ASL BA che costituiranno all'uopo un gruppo di lavoro mirato supportato anche da strutture regionali sia del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti sia del Dipartimento Mobilità, qualità urbana, opere pubbliche e paesaggio della Regione Puglia.

Ad ogni modo le attività di progettazione, sia tecnica sia clinico-gestionale, saranno tutte affidate all'esterno, in considerazione delle dimensioni dell'investimento e della complessità della progettazione allo stato attuale tale attività non possono essere effettuate con le sole risorse interne delle Aziende Sanitarie Locali.

La realizzazione dell'ospedale a partire dalla ammissione a finanziamento richiede un periodo di circa 7 anni. Nella predisposizione del cronoprogramma (tabella 49) si è assunto, come detto, che le attività di progettazione preliminare e definitiva, sui cui procedere ad indire l'appalto integrato per la progettazione esecutiva ed i lavori, siano affidate all'esterno da parte della ASL BT e dalla ASL BA, per cui sono stati considerati anche i tempi previsti per le gare di appalto dei servizi di progettazione.

Anni	1			2			3			4			5			6			7			8	
	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	2Q	3Q	1Q	
T0= sottoscrizione accordo di programma	◊																						
Gara per affidamento progettazione																							
Progettazione preliminare																							
Varianti urbanistiche (ove necessarie)																							
Acquisizioni autorizzazioni e VIA																							
Progettazione Definitiva ed esecutiva																							
Gara per esecuzione dei lavori																							
Esecuzione lavori																							
Collaudo e verifiche amministrative																						◊	
Acquisizione arredi ed attrezzature																							
Trasferimenti																							

Tabella 48. Cronoprogramma di realizzazione dell'ospedale del Nord-Barese

Per T0 si intende la data di sottoscrizione dell'accordo di programma tra Regione Puglia ed Amministrazioni centrali. Inoltre in analogia a quanto effettuato per altri Accordi di Programma, la Regione Puglia provvederà

a sottoscrivere un disciplinare con la ASL BT e la ASL BA al fine di regolare i rapporti con il soggetto attuatore ed assicurare il costante monitoraggio e rispetto dei tempi.

Va, inoltre, evidenziato che nel cronoprogramma sono considerati anche i tempi necessari per le varianti urbanistiche che si dovessero rendere necessarie nell'area di localizzazione, come descritto nella sezione 4.2 relativa alla fattibilità degli interventi.

Di seguito il quadro economico di sintesi dell'intervento

	Attività	Importi	Note
A1	Lavori	70.448.000,00	
A2	Oneri per la sicurezza	2.113.440,00	3% di A1
A3	Imprevisti	2.113.440,00	3% di A1
A4	IVA (10%)	7.467.488,00	10% di (A1+A2+A3)
B1	Spese Tecniche ed Amministrative	6.340.320,00	9% di A1
B2	IVA (22%)	1.394.870,40	22% di B1
B3	Espropri e sistemazione aree esterne	3.000.000,00	a corpo
C1	Attrezzature /Arredi/ Altre spese	14.000.000,00	A corpo
TOT	TOTALE	106.900.000,00	

Tabella 49. Quadro economico di massima del nuovo ospedale del Nord-Barese.

2.2.6 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:

- quattro nuovi ospedali moderni e all'avanguardia sul piano logistico-tecnologico che avranno sostituito dieci stabilimenti ospedalieri attualmente attivi e che rimarranno attivi fino alla completa messa a regime dei nuovi ospedali, a cui va aggiunto il nuovo ospedale di Taranto finanziato su altre fonti (FSC 2007/2013);
- la razionalizzazione della rete ospedaliera con la dismissione dei piccoli ospedali, che saranno sostituiti da Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), costituita esclusivamente da presidi di riferimento per un ampio bacino di popolazione ai sensi di quanto previsto dal DM 70/2015;
- l'avvio di 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;
- la riduzione della 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;

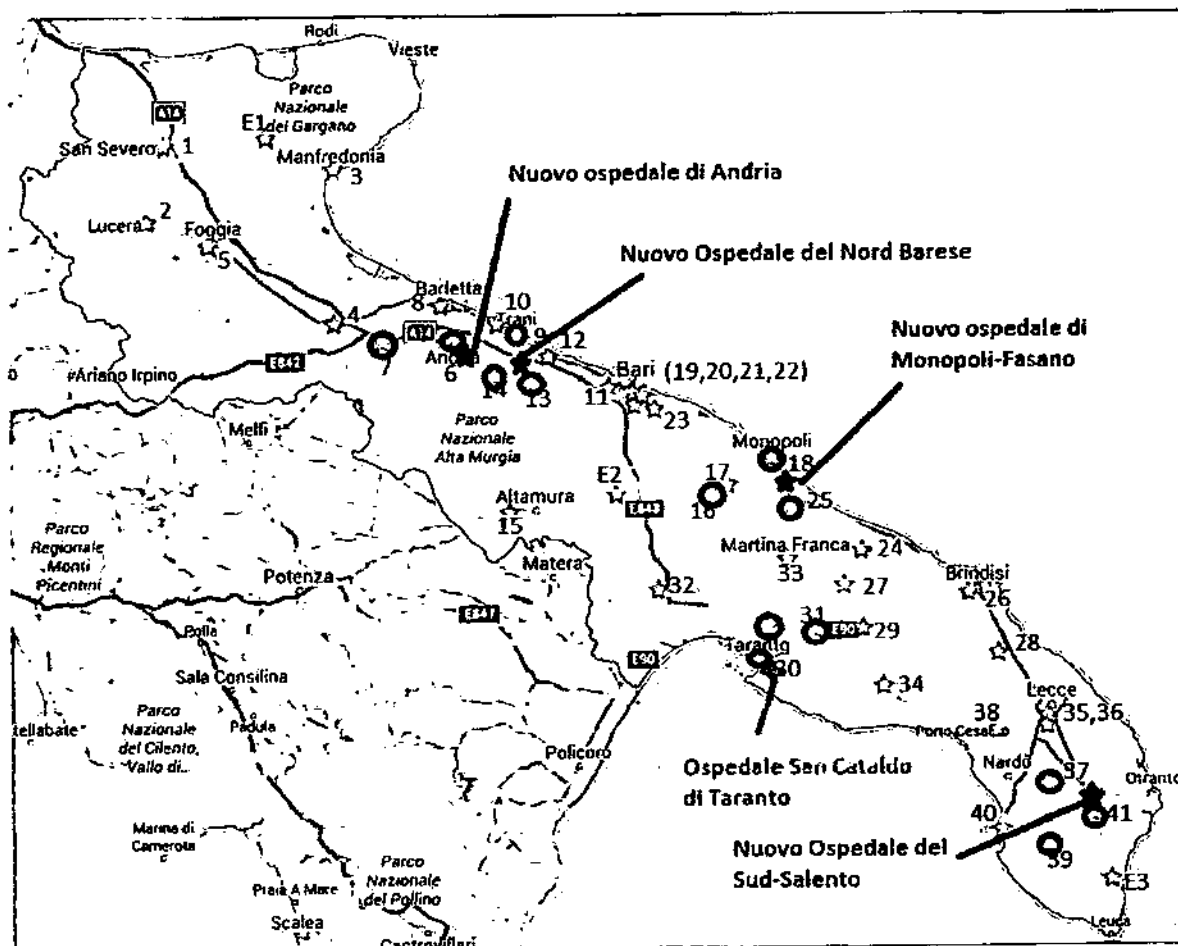
In tabella 50 è riportata la sintesi degli interventi del piano di investimenti (nell'ordine di priorità)

In figura 29 la rete ospedaliera pugliese dopo la realizzazione dei nuovi ospedali e la dismissione di quelli indicati.

Obiettivo	Intervento	Note
O1	Nuovo Ospedale del Sud Salento	Disattivazione degli ospedali di Galatina (LE), Scorrano (LE)
O2	Nuovo Ospedale di Andria	Disattivazione di Andria (vecchio presidio), Corato (BA) e Canosa (BT)

03	Nuovo Ospedale di Monopoli	Disattivazione di Monopoli (BA) e Fasano (BR)
04	Potenziamento degli ospedali di I e II livello esistenti	Interventi prioritari di ammodernamento di 11 ospedali
05	Nuovo Ospedale del Nord Barese	Disattivazione degli ospedali di Bisceglie, Molfetta e Corato

Tabella 50. Offerta post-operam.



Gli ospedali cerchiati in rosso sono quelli che vengono dismessi con la costruzione dei nuovi. Per la legenda si rimanda alla tabella 1.

Figura 29. Offerta post-operam: rete ospedaliera pubblica a seguito della costruzione dei nuovi ospedali oggetto del presente programma di interventi.

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 (22, di cui 3 relativi alla costruzione di altrettanti nuovi ospedali, 2 relativi al completamento di un nuovo ospedale, 17 relativi al

potenziamento di 11 ospedali esistenti di I e II livello), per cui non si intravedono particolari relazioni di complementarità.

Infatti la realizzazione dei due nuovi ospedali del Sud-Salento e di Andria afferisce a due contesti provinciali distanti tra loro per cui non vi sono né conflitti né condizioni di propedeuticità tali da costituire una relazione d'ordine tra i due. L'attuale programmazione regionale li pone, tra l'altro, allo stesso livello di priorità. Di priorità secondaria è invece l'intervento relativo al nuovo ospedale del Nord-Barese, sicuramente complementare all'intervento di Andria che afferisce ad una area confinante.

In questa sede è opportuno evidenziare l'indifferibilità dell'intervento "Completamento del nuovo ospedale di Monopoli", in quanto ha lo scopo di completare l'intervento, già avviato, di realizzazione a valere su altre risorse finanziarie, rendendo la struttura più facilmente completamente funzionale e dotata della più moderne tecnologie.

Infine vi sono diciassette interventi afferenti ad 11 ospedali, sui quali è possibile operare una scelta di priorità solo sulla base della effettiva disponibilità delle risorse finanziarie e della loro modulazione negli anni. E' tuttavia indubbio che una priorità rivestono le Aziende ospedaliere che nel prossimo ciclo di programmazione non potranno, se non in misura molto ridotta, accedere alle risorse del PO FESR 2014/2020, destinate al territorio.

2.3.2 Analisi dei rischi

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

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

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

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

Detti fattori sono classificabili in due categorie:

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

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

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

I punti di forza individuati hanno come denominatore comune la determinazione dell'Amministrazione regionale nel voler perseguire l'obiettivo del rinnovamento dell'offerta sanitaria in accordo con quanto perseguito a partire dal 2010 con il Piano di Rientro 2010-2012 e successivamente con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma Operativo 2016-2018. Si tratta di un rinnovamento che ha interessato sia gli aspetti tipicamente economici e finanziari, attraverso la definizione delle modalità rientro del deficit sanitario, sia gli aspetti di natura qualitativa con la promozione di un modello di gestione delle Aziende sanitarie maggiormente orientato all'efficacia del servizio. Peraltro, anche la scelta di concentrare nel presente

documento programmatico quasi esclusivamente interventi di ammontare rilevante e tutti concentrati nella assistenza ospedaliera è indicativa della volontà di imprimere al servizio sanitario regionale una svolta verso l'innovazione e la concentrazione delle risorse in un ridotto numero di punti di erogazione. Gli investimenti di minore dimensione relativi agli ospedali sono, invece, lasciati alla pianificazione finanziaria delle singole Aziende che dovranno sostenerli con propri fondi destinati alle spese in conto capitale. Va inoltre evidenziata la congruità del programma con la pianificazione regionale in materia di utilizzo dei fondi europei (PO FESR 2014/2020) sulla quale sono concentrati tutti gli interventi destinati alla assistenza territoriale.

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 51. Matrice SWOT

AP

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, amministrazione, 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 la programmazione sanitaria (Piano di Rientro e Piano Operativo)

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 socio-sanitari territoriali adeguata rispetto a un bisogno di salute in profonda evoluzione rispetto all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore incidenza delle patologie croniche.

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

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

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

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

Il suddetto piano di investimenti ha previsto:

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

Da ultimo va richiamato il RR n. 14/2015 ("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"), che ha espressamente previsto all'art.12 - così come novellato dal R.R. 7/2017 e confermato dal R.R. 3/2018 - recante "Programmazione relativa alla costruzione dei nuovi ospedali", che "la razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 4 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, nonché per effetto del Reg. R. n. 18/2011 e n. 36/2012, come di seguito indicati:

- a. Nuovo Ospedale del Sud-est barese, tra Monopoli e Fasano, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Monopoli e Fasano;
- b. Nuovo Ospedale di Andria, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Andria, Canosa e Corato;
- c. Nuovo Ospedale del Sud-Salento, tra Maglie e Melpignano, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Scorrano e Galatina;
- d. Nuovo Ospedale del Nord-Barese, area adriatica, tra Bisceglie e Terlizzi, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Bisceglie, Trani, Molfetta e Terlizzi;

2. Nella città di Taranto è prevista la realizzazione di n. 1 nuovo presidio ospedaliero di II livello, in sostituzione a regime dei seguenti stabilimenti ospedalieri facenti capo al presidio del Santissima Annunziata di Taranto:

- a. San Marco di Grottaglie
- b. Santissima Annunziata-Moscato di Taranto.

3. 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";
- b) in relazione alla maggiore dotazione finanziaria a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali, **prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud-Salento**.

Infine gli interventi sugli undici ospedali esistenti hanno lo scopo di dare attuazione in tali strutture alle disposizioni del DM 70/2015.

3.1.2 Coerenza con la programmazione regionale in tema di fondi strutturali

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

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

L'esperienza fatta con l'utilizzo dei Fondi Strutturali ha fatto registrare ad oggi risultati assai lusinghieri in termini di:

- finanziamenti concessi (100% delle risorse disponibili);
- incidenza degli impegni giuridicamente vincolanti già assunti (superiore all'80% dei finanziamenti concessi);
- avanzamento della spesa certificata;

Il Programma Operativo Regionale Puglia 2014-2020, approvato con decisione della commissione europea

C(2015) 5854, prevede 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 considerate ammissibili 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) prevede una dotazione finanziaria complessiva pari a 404.004.011 euro.

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

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

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

3.2 Sostenibilità degli interventi

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

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

- l'intervento relativo al nuovo ospedale di Monopoli è di mero completamento di un'opera già in corso di progettazione avanzata nell'alveo di un diverso finanziamento e già soggetta ad un iter di verifica amministrativa e procedurale nonché che ad una analisi costi/benefici con parere favorevole da parte del

Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti della Regione Puglia;

- gli interventi relativi al potenziamento ed adeguamento a norma degli ospedali esistenti non presentano grosse criticità e rappresentano interventi necessari per la piena conformità alle norme vigenti.

Per quanto sopra l'analisi che segue è incentrata sui nuovi ospedali.

Va, inoltre, segnalato che tali interventi in quanto di valore superiore a 10 milioni di euro saranno sottoposti, a seguito dell'approvazione del presente documento, ad una ulteriore analisi costi/benefici di dettaglio da parte del Nucleo di Valutazione degli Investimenti della Regione Puglia, ai sensi di quanto previsto dall'art. della L.R. n. 4/2007, analogamente a quanto già effettuato per i nuovi ospedali di Taranto e Monopoli.

3.2.1 Fattibilità tecnica

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

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

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

Spazi e servizi dovranno essere progettati in modo da rendere possibili al meglio i diversi *setting* d'assistenza, evitando sprechi ed inefficienze, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e promuovere lo spostamento delle attività dalla modalità del ricovero ordinario a quella della ospedalizzazione diurna o, meglio ancora, verso l'assistenza ambulatoriale (*day-service*).

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

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

Si prevede che le aree di degenza siano definite su due linee, una medica ed una chirurgica, senza separazioni fisiche tra reparti bensì letti funzionali ed aree "polmone" per rispondere in modo flessibile alla variazione stagionale della domanda, per ottimizzare gli spazi e contenere i consumi nei periodi di basso afflusso. L'aggregazione unificata dell'area delle degenze permette inoltre l'identificazione dei team specialistici dei professionisti a vantaggio dell'integrazione tra il personale in servizio.

I posti letto previsti a fronte della quantità e della qualità della domanda attesa saranno dunque raggruppati in dipartimenti (o livelli) con l'obiettivo di non attribuire le degenze a specifiche unità operative, ma organizzarle in aree nelle quali possano collaborare le necessarie multi-professionalità, mantenendo una distinzione netta tra:

- funzioni mediche e funzioni chirurgiche;
- funzioni di emergenza e urgenza e funzioni che traggono beneficio dalla possibilità di programmare i ricoveri in modo ordinato;
- funzioni attinenti la sfera materno-infantile e qualsiasi altra funzione;

La progettazione delle struttura sarà realizzata considerando la seguente articolazione delle degenze:

- **terapia intensiva e subintensiva:** l'unità di terapia intensiva occuperà un'area strutturalmente definita, con personale qualificato e attrezzature idonee al monitoraggio, trattamento e supporto delle funzioni vitali di pazienti in condizioni critiche. Questo servizio accoglierà tutti i pazienti critici che hanno bisogno di essere monitorati in continuo, post operatori, cardiologici e con scompenso multiorgano. In tale articolazione saranno trattate anche le degenze sub-intensive;
- **degenze mediche;**
- **degenze chirurgiche;**
- **degenza diurna (*day hospital, day surgery, day-service*):** si svolge in spazi dedicati e caratterizzati da assetti planimetrici specifici, che per definizione non prevedono il pernottamento del paziente nella struttura. Il paziente viene ospitato con un ricovero tradizionale solo nel caso in cui insorgano complicazioni durante il trattamento chirurgico, o nella successiva fase di *follow-up* postoperatorio;

Le strutture dovranno essere dotate, inoltre, di posti letto tecnici per l'osservazione breve intensiva, la terapia subintensiva multidisciplinare.

In linea con gli attuali standard di costruzione, le strutture ospedaliere saranno realizzate prevalentemente privilegiando lo sviluppo orizzontale, limitando ove possibile lo sviluppo verticale (si prevede di realizzare strutture su massimo tre piani oltre al seminterrato, di altezza inferiore rispetto agli alberi di alto fusto presenti nelle zone verde circostanti, in modo da ridurre anche l'impatto ambientale e visivo nella zona interessata).

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

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

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

3.2.2 Sostenibilità ambientale

Dalla analisi preliminare degli interventi relativi ai nuovi ospedali e nei limiti del grado di approssimazione degli studi allo stato attuale embrionale degli studi di fattibilità, non si ravvedono particolari criticità dal punto di vista dell'impatto ambientale.

Il contesto normativo di riferimento oltre alla normativa comunitaria e nazionale in materia (d. lgs. 152/2006 - *Norme in materia ambientale*; d. lgs. 128/2010 - *Modifiche ed integrazioni al d.lgs. n. 152/2006 a norma dell'articolo 12 della legge 18 giugno 2009, n. 69*; Direttiva 2001/42/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 giugno 2001 concernente la valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente) è rappresentato dalla normativa regionale in materia di VIA (Valutazione di Impatto Ambientale) e di VAS (Valutazione Ambientale Strategica) ed in particolare da:

- L.R. n. 11 del 12 Aprile 2001- Norme sulla valutazione dell'impatto ambientale.
- L.R. n. 44 del 14 Dicembre 2012 - Disciplina Regionale in materia di Valutazione Ambientale Strategica
- R.R. 9 ottobre 2013, n. 18 - "Regolamento di attuazione della legge regionale 14 dicembre 2012, n. 44 (Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica), concernente piani e programmi urbanistici comunali".

In particolare va evidenziato che la legge regionale n. 11/2001 nel ripartire le competenze in materia ambientale tra Regione, Provincia e Comune non prevede nello specifico tra gli interventi dettagliati negli allegati alla suddetta normativa la realizzazione di nuovi ospedali. Infatti l'art. 6 recante "*Autorità competenti*" stabilisce che:

"1. La Regione è competente per le procedure di VIA relative ai:

- a) progetti identificati negli elenchi A.1 e B. 1;*
- b) progetti identificati negli elenchi A. 2 e B. 2 la cui localizzazione interessa il territorio di due o più province.*

1-bis. La Regione è competente per le procedure di valutazione di incidenza per:

- a) i piani territoriali, urbanistici, di settore e loro varianti, ivi compresi i piani agricoli e faunistico-venatori;*
- b) gli interventi di cui al comma 4 dell'articolo 4, non compresi negli allegati A1 e B1 e negli allegati A2 e B2 la cui localizzazione interessa il territorio di due o più province.*

2. La Provincia è competente per le procedure di V.I.A. e di valutazione di incidenza ambientale relative ai:

- a) progetti identificati negli elenchi A2 e B2;*
- b) progetti elencati negli elenchi A3 e B3 la cui localizzazione interessa il territorio di due o più comuni ovvero che ricada all'interno di aree naturali protette e di siti di cui al comma 4 dell'articolo 4 (11);*
- b-bis) gli interventi di cui al comma 4 dell'articolo 4, non compresi negli allegati A1 e B1 e negli allegati A2 e B2.*

3. Il Comune è competente per le procedure di V.I.A. relative ai progetti elencati negli allegati A3 e B3 che ricadano interamente nell'ambito del territorio del Comune. I Comuni sono altresì competenti per le procedure di valutazione di incidenza previste dal Reg. 28 settembre 2005, n. 24, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia 4 ottobre 2005, n. 124 (Misure di conservazione relative a specie prioritarie di importanza comunitaria e uccelli selvatici nidificanti nei centri edificati ricadenti in proposti siti di importanza comunitaria - pSIC - e in zone di protezione speciale - ZPS...]

Ne consegue che la determinazione della competenza in materia di VIA per la realizzazione dei nuovi ospedali dipende dall'opera economicamente prevalente tra quelle presenti nella realizzazione di un ospedale e ricompresi nei suddetti allegati (ad esempio parcheggi – allegato B.3.c, impianto fotovoltaico allegato B2.5g).

Ad ogni modo le nuove strutture ospedaliere, in considerazione delle caratteristiche strutturali e dimensionali (*in primis* il numero di parcheggi necessari superiore a 350) saranno in ogni caso oggetto perlomeno di verifica di assoggettabilità a VIA (*screening*) sulla base della progettazione preliminare. Nel caso in cui la precisa localizzazione dell'area dovesse richiedere variazioni agli strumenti urbanistici dei comuni ospitanti presso i quali sorgeranno le opere sarà avviata la necessaria procedura di VAS, eventualmente integrata con la procedura di VIA ai sensi dell'art. 17 della L.R. 44/2012.

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

titolo esemplificativo:

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

I nuovi ospedali saranno dotati delle migliori tecnologie volte a minimizzare il carico ambientale connesso all'uso delle fonti energetiche. In particolare, per quanto concerne l'involucro edilizio, si prevede l'impiego di materiali isolanti eco-sostenibili e con ottimali prestazioni di durabilità e manutenibilità, l'utilizzo di facciate ventilate ed il miglioramento del controllo della radiazione solare entrante mediante l'impiego di tende e vetri termici. Per quanto attiene invece alla componente impiantistica saranno previsti:

- un impianto solare termico per la produzione di acqua calda sanitaria;
- un impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica;
- un impianto di cogenerazione per la produzione combinata di energia elettrica e calore.

Il tutto al fine di garantire un buon inserimento ambientale della struttura nel contesto di destinazione, uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento e ventilazione), nonché la promozione delle migliori tecnologie energetiche capaci di accrescere la sostenibilità del complesso ospedaliero sotto il profilo energetico ed ambientale.

Per far fronte alle diverse richieste energetiche del complesso ospedaliero e nel frattempo garantire un'adeguata scorta in caso di avaria o malfunzionamento, si provvederà alla realizzazione di "energy house" disposta su più livelli che conterrà centrali termiche, frigorifere, idriche e antincendio, gruppi elettrogeni e di cogenerazione a gas, gruppi di continuità, cabine di trasformazione e quadri generali di bassa tensione.

3.2.3 Analisi della compatibilità e sostenibilità delle localizzazioni

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

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

- localizzazione fuori dai centri abitati o comunque in aree periferiche al fine di prevenire che l'espansione dei centri urbani nei decenni futuri inglobi le nuove costruzioni con conseguente congestione degli assi viari per l'accesso ai nuovi ospedali sia per l'utenza sia per i servizi connessi (con particolare riferimento ai servizi dell'emergenza-urgenza) e consentire, laddove applicabile, una valenza urbana di riqualificazione di aree periferiche;
- localizzazione in lontananza da siti industriali o comunque da aree inquinate o a rischio inquinamento;
- localizzazione in aree sufficientemente estese tali da:
 - a) assicurare gli spazi necessari per la realizzazione delle elisuperfici a supporto delle attività di elisoccorso;
 - b) favorire uno sviluppo prevalentemente orizzontale della struttura con numero limitato di piani fuori terra, in linea con i più recenti orientamenti realizzativi, che permette di ottimizzare le relazioni funzionali e le connessioni tra le varie unità operative e servizi riducendo gli spostamenti verticali, risponde al bisogno di una elevata flessibilità organizzativa e consente di consolidare il rapporto con il

- contesto circostante riducendo l'impatto ambientale e visivo;
- c) assicurare sufficienti spazi adibiti a verde intorno alla struttura;
 - d) assicurare la realizzazione di punti di accesso distinti e ben distanziati nonché vie di transito dedicate che conducono a nodi protetti di collegamento tra i vari reparti, separati a seconda delle varie tipologie di utenti (visitatori, pazienti, dipendenti, fornitori, ecc.) per garantire gli standard igienici previsti ed un funzionamento efficiente della struttura;
 - e) garantire la massima flessibilità nell'orientamento della struttura in un'ottica di efficienza energetica;
 - f) garantire una progettazione senza particolari vincoli;
- localizzazione in aree baricentriche rispetto ai bacini di area vasta cui si rivolge l'offerta sanitaria ospedaliera prevista, tenendo conto dei Comuni dell'area e delle principali vie di accesso, in relazione alle zone isocrone intorno al punto di localizzazione e a un parametro medio di riferimento non superiore ai 30-40 minuti;
 - localizzazione in aree caratterizzate da elevata parcellizzazione della proprietà onde evitare rischi di speculazione in fase di esproprio delle aree stesse.

Come anticipato nei paragrafi dedicati ai singoli interventi le aree di localizzazione dei nuovi ospedali sono state individuate in via preliminare sebbene allo stato attuale, data l'indeterminatezza dei tempi di finanziamento delle opere, non si è proceduto con alcun atto di vincolo delle aree. In particolare:

- **Ospedale del Sud-Salento.** Il nuovo ospedale dovrà essere ricompreso nel territorio a cavallo dei comuni di Melpignano e Maglie. Nel corso della conferenza dei sindaci della ASL di Lecce del 11/7/2012 è stato condiviso che la migliore collocazione per collegamenti, fruibilità del territorio e facilità di accesso, è quella ubicata a cavallo fra i comuni di Melpignano e Maglie, in corrispondenza dell'incrocio delle due direttrici principali: Lecce-Leuca e Otranto-Maglie-Gallipoli. In sede di apposita Conferenza dei Servizi in data 28/03/2018 si è individuata quale migliore soluzione tra i diversi lotti disponibili nell'area di interesse, il lotto ricadente in parte nel Comune di Maglie e in parte nel Comune di Melpignano, compreso tra la SS16 e la linea ferroviaria L6 Zollino – Gagliano delle Ferrovie del Sud-Est, avente una estensione di circa 12 ettari.
- **Ospedale di Andria.** Allo stato della redazione del presente studio, in sede di apposita Conferenza dei Servizi, è stata identificata un'area di 19 ettari, baricentrica rispetto al bacino di utenza, ricompresa completamente all'interno del Comune di Andria, in una zona periferica della città (contrada Macchia di Rose), sufficientemente esterna rispetto all'abitato e pertanto facilmente espandibile. Per quanto attiene l'accessibilità, l'area è adiacente ad una importante arteria di comunicazione, ossia la S.P. 231 (ex S.S. 98), che collega i Comuni di Ruvo di Puglia, Andria e Corato.
- **Ospedale del Nord-Barese.** L'area individuata per il nuovo Ospedale del Nord Barese, si trova a Sud-Est di Bisceglie e a Nord-Ovest di Molfetta e confina a Nord con la linea ferroviaria per circa 300 m., a Est col confine della Provincia di Bari, per circa 400 m., anche se non in perfetta aderenza, e a Sud con la S.S. 16. Su tale area non vi sono vincoli urbanistici ed ambientali, mentre sussiste un vincolo sismico. Analogamente a quanto descritto sopra si procederà ad avviare una procedura di manifestazione di interesse rivolta ai Comuni interessati al fine di determinare la migliore soluzione tra i diversi lotti disponibili nell'area di interesse, anche alla luce delle sopravvenute disposizioni in materia di programmazione urbanistica e territoriale.

3.2.4 Sostenibilità amministrativa/finanziaria e gestionale

La realizzazione dei nuovi ospedali sarà affidata alle Aziende Sanitarie Locali interessate dagli interventi, quindi la ASL di Lecce e la ASL Barletta-Andria-Trani.

Nel processo di realizzazione del presente intervento, oltre alla Regione Puglia, con le sue varie articolazioni in particolari afferenti al Dipartimento per la (Sezione Urbanistica, Sezione Ecologia, Sezione Lavori Pubblici,

Sezione VIA/VAS, Servizio Assetto del Territorio, Servizio Trasporti, ecc.) ed alle ASL interessate, dovranno intervenire nel procedimento autorizzativo anche il Comune di Maglie, il Comune di Melpignano, il Comune di Andria, di Bisceglie e Moifetta per l'adozione degli atti di propria competenza, gli uffici competenti delle Province di Lecce e della BAT e dell'Area metropolitana di Bari per i necessari pareri, nonché tutte le altre Amministrazioni competenti nel rilascio di autorizzazioni/pareri per l'approvazione della progettazione (Autorità di Bacino, Soprintendenze, ecc.).

Considerata la complessità delle opere da realizzare, in continuità con quanto già positivamente sperimentato per la progettazione dei nuovi ospedali di Monopoli e Taranto, tutte le fasi di progettazione saranno affidate all'esterno non ravvisandosi all'interno delle ASL le necessarie risorse umane sia in termini numerici che di specifiche competenze per le progettazioni in parola.

Le Aziende Sanitarie Locali saranno costantemente coordinate dagli uffici regionali sia del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per Tutti sia del Dipartimento Mobilità, qualità urbana, opere pubbliche, ecologia e paesaggio.

3.2.5 Sostenibilità di risorse umane

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

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

3.2.6 Sostenibilità economica e finanziaria

L'analisi complessiva della sostenibilità economica e finanziaria del presente documento programmatico non può prescindere dallo stato di attuazione degli interventi di riequilibrio e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, previsti nei già citati Piano di Rientro 2010/2012, Piano Operativo 2013/2015 e Piano Operativo 2016/2018, di cui alla DGR n. 129/2918. Si riporta quindi una breve sintesi della *condizione finanziaria del sistema sanitario pugliese*.

Negli ultimi anni a livello nazionale si sono susseguiti una serie di provvedimenti legislativi ed economici che hanno visto ridurre l'incremento delle risorse destinate alle Regioni e per il Servizio Sanitario Regionale. Si riporta l'andamento grafico del finanziamento statale per il SSN (valori in miliardi di euro). L'andamento di crescita del periodo 2001-2012 è stato interrotto nel 2013, anno in cui per la prima volta il Fondo Sanitario Nazionale si è ridotto rispetto all'anno precedente per riprendere nell'esercizio successivo ad una crescita tendenzialmente inferiore al decennio precedente.

Occorre invero evidenziare che gli incrementi degli ultimi anni, dopo la riduzione registrata nel 2013 ha interessato in particolare specifiche voci di bilancio come il finanziamento dei farmaci innovativi, vaccinazioni e nuovi lea (nuove prestazioni garantite come livelli essenziali di assistenza).

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 Servizio Sanitario Regionale (SSR) ma per non aver rispettato il Patto di stabilità interno per gli anni 2006 e 2008.

Attraverso il Piano di Rientro 2010-2012 ed il Piano Operativo 2013-2015 e poi 2016-2018 sono state attivate ulteriori azioni di contenimento della spesa nonché le linee di cambiamento che hanno caratterizzato e caratterizzeranno la riorganizzazione e lo sviluppo della sanità pugliese.

Sulla base del Piano Operativo, nonché di quanto previsto dalla normativa nazionale, alla verifica circa

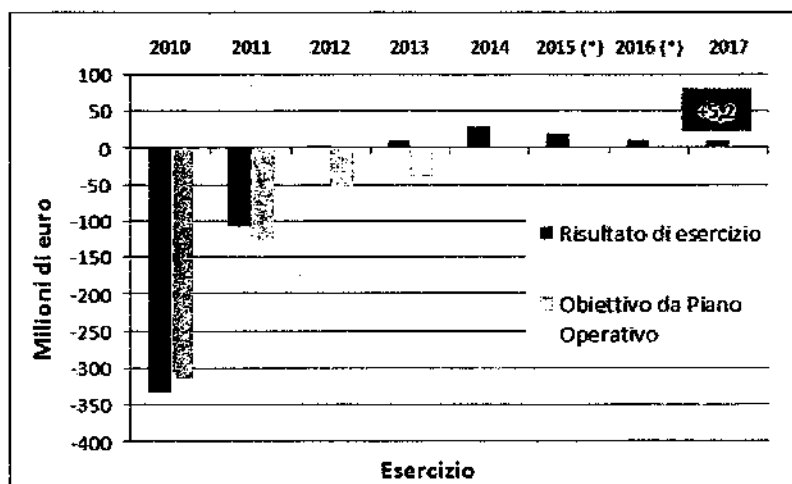
l'effettivo conseguimento degli obiettivi e dei relativi adempimenti si provvede annualmente nell'ambito del Tavolo tecnico congiunto di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni e Comitato LEA.

Analizzando i risultati del Bilancio Consolidato del Servizio Sanitario Regionale degli ultimi anni si possono evidenziare i notevoli risultati raggiunti sia dal punto di vista dell'equilibrio economico che dei livelli di assistenza.

Nella riunione del 29 marzo 2018 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza si è registrato un risultato positivo sulla base dei conti economici preconsuntivi al IV trimestre 2017 e parallelamente il Ministero della Salute ha registrato un risultato positivo per la verifica LEA (ultimi dati 2016), registrando complessivamente 169 punti (una regione è considerata adempiente se supera i 160 punti).

Ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2014, n. 311 la regione Puglia ha assicurato l'equilibrio economico anche per l'esercizio 2017 alla verifica del 29 marzo u.s. evidenziando che rispetto al 2015 ed al 2016 senza il contributo in conto esercizio da parte della regione. La regione ha previsto per il 2017 un contributo di 30 milioni di euro in conto capitale per gli investimenti non coperti da altre fonti di finanziamento statale o dell'Unione Europea.

Si riporta un grafico con l'andamento dei risultati di esercizi degli ultimi anni.



(*) = Per il 2015 e 2016 incluso contributo in c/esercizio regionale.

Esercizio 2017, risultato preconsuntivo.

Figura 30. Andamento esercizio degli ultimi anni

Sebbene risulti ancora sospeso il Payback per il superamento dei tetti di spesa 2015 e 2016 (contenzioso tra Aziende farmaceutiche ed AIFA), nonostante l'accantonamento per il rinnovo del contratto del personale dipendente e convenzionato, oltre all'equilibrio di bilancio, si è registrato:

- Inversione della spesa farmaceutica convenzionata, grazie alle misure avviate dalla Regione, con un risparmio annuo di 34 milioni con una significativa incidenza nell'ultimo trimestre dell'anno;
- Maggiore "payback" altro incassato, ulteriori 25 milioni di euro nell'ultimo trimestre;
- Riduzione del File F (somministrazione farmaci) da privati (EE e IRCCS privati);
- Incremento dei costi del personale per le nuove assunzioni;
- Miglioramento delle poste straordinarie;
- Riduzione netta degli interessi di mora addebitati per competenza.

La successiva tabella pone a raffronto i risultati economici della gestione degli ultimi sei anni di Piano di Rientro (per il 2017 come evidenziato si tratta del preconsuntivo).

RISULTATI 2011 - 2017

	2011	2012	2013	2014	2015 (1)	2016 (2)	PreCons. 2017	2017(2016)
	Euro/000	Euro/000	Euro/000	Euro/000	Euro/000	Euro/000	Euro/000	%
Totale valore della produzione	7.340.344	7.399.339	7.412.955	7.590.247	7.724.921	7.719.661	7.823.105 (*)	1,34%
Totale costi della produzione	-7.254.937	-7.246.951	-7.251.000	-7.411.560	-7.577.191	-7.564.573	-7.665.150	1,33%
<i>Risultato gestione caratteristica</i>	85.407	152.388	161.955	178.687	147.730	155.088	157.955	1,85%
Totale proventi ed oneri finanziari	-15.669	-10.701	-11.774	-7.374	-4.111	-3.855	-4.840	25,55%
Totale imposte e tasse	-153.002	-148.912	-145.477	-144.544	-143.850	-142.532	-144.812	1,50%
<i>Risultato al netto della gest. straordinaria</i>	-83.264	-6.325	4.704	26.769	-231	8.701	8.303	
Totale proventi ed oneri straordinari	-62.874	10.276	600	-12.092	7.509	-3.886	-3.089	
Risultato	-146.138	3.951	5.304	14.677	7.278	4.815	5.214	

(1) - per il 2015 incluso il contributo di 60 milioni di Bilancio Autonomo

(2) - per il 2016 inclusi contributi in esercizio di Bilancio Autonomo e riserve GSA per complessivi 32 mln

Tabella 52. Risultati di esercizio 2011/2017

I dati 2017 definitivi saranno riportati nel Bilancio di Esercizio Consolidato (consuntivo) che è predisposto ai sensi del decreto legislativo n. 118/2011 entro il 30 giugno 2018.

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

Va infatti evidenziato che i suddetti risultati sono stati ottenuti senza degradare, anzi migliorando, i livelli assistenziali. Infatti, il percorso di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in atto viene confermato da alcuni degli indicatori del Sistema di Valutazione degli Adempimenti inerente i Livelli Essenziali di Assistenza.

L'ultimo anno validato dal Ministero, recentemente durante la citata verifica del 29 marzo u.s., è il 2016. Nel 2016 si è registrato una ulteriore riduzione del tasso di ospedalizzazione, ormai abbondantemente entro i limiti stabiliti dal Ministero della Salute ed in particolare, si riduce ancora la quota di ricoveri potenzialmente inappropriati (dal 30% del 2013 al 20% del 2016).

Migliora l'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione in età adulta per alcune patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva), che vengono gestite in maniera più appropriata dalla strutture territoriali.

Anche gli indicatori dell'assistenza territoriale mostrano importanti miglioramenti: la percentuale di anziani assistiti con Assistenza Domiciliare Integrata, che era l'0,8% nel 2013 è nel 2016 il 3%. Sono aumentati i posti letto per anziani >65 anni in strutture residenziali e i posti letto in Hospice.

Nell'ambito degli indicatori di qualità dell'assistenza, i risultati del Programma Nazionale Esiti certificano i progressi compiuti dalla Sanità pugliese, che consolidano il trend in miglioramento degli indicatori di esito delle cure in tutte le aree cliniche esplorate.

Migliora la tempestività di intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età, essenziale per ridurre gli esiti negativi dopo il trauma e consentire il migliore recupero funzionale: se nel 2010 solo il 14% dei pazienti pugliesi veniva operato entro due giorni, nel 2016 la proporzione di interventi tempestivi è del 53%.

In esito al processo di valutazione, come già evidenziato, il Sistema Sanitario della Regione Puglia ha conseguito un punteggio sulla griglia LEA di 169, ovvero di piena adempienza agli standard ministeriali la cui soglia è fissata a 160 (La griglia LEA è composta da un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli

ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni, e consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.



Figura 31. Andamento GRIGLIA LEA

Nella riunione del Tavolo di Verifica del 29 marzo 2018 il Comitato LEA ha comunicato il superamento delle inadempienze (sanitarie) nonché il rispetto degli impegni ed obiettivi previsti dal Piano Operativo.

Pertanto la Regione sta proseguendo il percorso di consolidamento dell'equilibrio finanziario e contemporanea riqualificazione dell'assistenza sanitaria, come previsto dal già citato Piano Operativo 2016/2018, approvato nella sua versione finale solo a novembre 2017 sulla scorta del confronto, delle condivisioni e delle indicazioni emerse nelle sessioni congiunte del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA, che è articolato in obiettivi, interventi e azioni che consentano di ottemperare alle specifiche prescrizioni del verbale del 26 luglio 2016 (ossia alle criticità presenti ancora al termine del precedente piano 2013/2015) ed in particolare:

- a) adempimento a quanto previsto dal D.M. n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e della emergenza-urgenza. In particolare: dimensionamento delle discipline pubbliche e private rispetto ai bacini di utenza; articolazione della rete dell'emergenza-urgenza con individuazione dei nodi della rete nonché il relativo cronoprogramma degli interventi;
- b) rivisitazione delle reti di specialità in conformità alla rete ospedaliera, con particolare riferimento a quella oncologica, cardiologica, pediatrica, malattie rare, riabilitativa;
- c) riguardo al percorso nascita, attuazione di quanto stabilito nell'Accordo in Conferenza Unificata n. 137/CU del 16/12/2010;
- d) potenziamento attività di prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici e a quelli relativi alle malattie rare;
- e) interventi previsti sulla rete laboratoristica (pubblica e privata) e sulla rete territoriale (anche in considerazione delle osservazioni già formulate, in particolare sui PTA);
- f) Protocolli d'intesa con le Università, così come programmato con le Università di Bari e Foggia;
- g) equilibrio economico ed azzeramento dell'eventuale ritardo dei pagamento dei fornitori;
- h) interventi di riduzione della spesa farmaceutica e rispetto dei tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale.

Per quanto fin qui esposto è evidente che il presente documento programmatico, focalizzato sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, è correlato in particolare alle azioni di cui alle precedenti lettere a), b) e c), con lo scopo di rendere più efficiente il sistema sanitario regionale, ottimizzando le risorse a disposizione a parità di garanzia dei LEA.

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

RICAVI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COSTI

I costi di esercizio possono essere suddivisi in:

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

I costi per l'acquisto di beni e servizi sono, generalmente, codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, etc.. Appare, pertanto, evidente come la ricerca di soluzioni in grado di razionalizzare e contenere la dinamica della spesa in tale settore sia divenuta centrale all'interno del processo di *spending review*. La riduzione dei costi si correla con le concomitanti attività di centralizzazione ed aggregazione degli acquisti ai sensi della DGR n. 2256 del 17-12-2015 avente ad oggetto: "Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni" in attuazione del D.L. n. 66/2014 e del DPCM 24/12/2015 che individua le quattordici categorie merceologiche per le quali è obbligatoria, nell'alveo del Servizio Sanitario Regionale (SSR), l'acquisizione in forma aggregata e quindi, nello specifico, mediante ricorso al soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A., così come individuato ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014.

I costi per manutenzioni e riparazioni ricomprendono i costi per la manutenzione delle strutture, delle apparecchiature e attrezzature sanitarie e degli arredi e dipende solitamente dalla natura e dalla complessità tecnica dei sistemi e dai canoni tecnologici di costruzione. Le voci di manutenzione possono essere calcolati, pertanto, come percentuale del costo di realizzazione o acquisto del componente.

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

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

E' evidente che la riduzione dei costi rispetto ad una "ipotesi zero", ossia senza gli interventi previsti nel presente documento programmatico, parte da una analisi tecnico-strutturale per la stima dei necessari interventi di manutenzione straordinaria e, dall'altro, da una proiezione dei conti economici previsionali della gestione. Una ipotesi di piano d'investimenti per i principali interventi di manutenzione straordinaria necessaria per colmare il gap strutturale e tecnologico delle strutture esistenti (non prevedendo la costruzione dei nuovi ospedali) tiene conto dei maggiori costi di manutenzione straordinaria che si riferiscono ad interventi di sicurezza antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, condizioni microclimatiche e requisiti di accreditamento sanitario.

Lo scenario in assenza degli interventi principali (costruzione dei nuovi ospedali) prevede spese ingenti per la gestione corrente di strutture costruite con vecchi standard e quindi non ottimizzate, nonché per gli interventi necessari e non rinviabili relativi all'ammodernamento ed alla manutenzione straordinaria delle strutture esistenti.

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

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

In definitiva la sostenibilità economico-finanziaria del presente documento programmatico rinviene dalla coerenza stessa con le direttrici della strategia regionale finalizzata alla costruzione di un moderno Servizio Sanitario Regionale, basato su:

- la riorganizzazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente con poche grandi strutture di eccellenza complete e 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* in condizioni di sicurezza e con standard qualitativi elevati, nonché come strutture di servizio per la rete dei presidi di salute territoriale, 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 extra-ospedalieri e sociosanitari a carattere residenziale e semiresidenziale capaci di costituire il necessario complemento ai progetti individualizzati di presa in carico fortemente centrati sulla domiciliarità.

Da ciò discendono le azioni di riduzione della spesa e di razionalizzazione della stessa (efficientamento complessivo del SSR e della rete ospedaliera in particolare che si intende attuare con il presente documento programmatico):

- riduzione della mobilità passiva
- riduzione della parcellizzazione dell'offerta ospedaliera regionale (e dei relativi costi di gestione);
- incremento dell'offerta di qualità colmando le lacune nella rete dell'offerta attuale;
- riduzione del rischio clinico (e dei relativi costi);
- 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.

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

Infine, si vuole rimarcare in particolare che la gestione dei nuovi ospedali presenta minori costi economici (anche solo di esercizio, quindi al netto dei costi di investimento per la manutenzione straordinaria) rispetto alla ipotesi "senza progetto". Pertanto, l'iniziativa di investimento qui rappresentata produce apprezzabile valore sia sotto il profilo strettamente finanziario che sotto quello economico sociale, in un contesto in cui

tutte le Aziende Sanitarie, al pari dell'intero sistema sanitario regionale, hanno già intrapreso un percorso virtuoso tendente al sostanziale equilibrio finanziario.

In tale contesto non si può infine non fare riferimento alla legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) che all'art. 1, commi 524, 525 e 526, introduce i Piani delle Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse. Ai sensi del comma 535 dell'art. 1 della medesima legge è previsto che a decorrere dal 2017, le disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, coerentemente con le previsioni normative di cui agli articoli 2, comma 2-sexies, lettera d), e 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal decreto di cui al comma 536, primo periodo, si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Gli interventi previsti nel documento programmatico che prevede la dismissione dei vecchi ospedali con costi di gestione elevati e basse prestazioni in termini di volumi, qualità ed esiti delle cure, da sostituirsi con moderne strutture altamente efficienti vanno nella direzione proprio delle previsioni della legge di stabilità 2015 per il perseguimento della efficienza gestione delle Aziende.

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

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

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

4.1.1 Indicatori di contesto

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

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

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

periodicità: annuale

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

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

4.1.2 Indicatori di programma

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

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

Di seguito gli indicatori di realizzazione proposti:

- *Numero di interventi attivati ad una certa data*
 fonte: Regione
 periodicità: semestrale
 interventi interessati: tutti
- *Andamento della spesa (% di erogazione della 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 del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto*
 fonte: soggetto attuatore
 periodicità: semestrale
 interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria
- *Lunghezza della viabilità di accesso realizzata ad una certa data*
 fonte: soggetto attuatore
 periodicità: semestrale
 interventi interessati: ospedale Monopoli

Di seguito gli indicatori di risultato proposti:

- *Numero di vecchi presidi ospedalieri dismessi*
fonte: Regione Puglia
periodicità: ad un anno dalla conclusione dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *Numero di posti letto dimessi nei vecchi presidi ospedalieri*
fonte: Regione Puglia
periodicità: ad un anno dalla conclusione dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli

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: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *Dimissioni volontarie*
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *Variazione % dei costi annui di manutenzione ordinaria sostenuti dal soggetto beneficiario per le strutture ospedaliere*
fonte: soggetto attuatore
periodicità: annuale dopo la conclusione dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *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
- *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 nuovo ospedali):*
fonte: flusso SDO
periodicità: annuale
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *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 del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli
- *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: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria, ospedale Monopoli

4.1.3 Indicatori di efficienza ed efficacia

Di seguito gli indicatori di efficacia proposti.

- *Scostamento % dal tempo di realizzazione previsto* (rapporto tra la differenza tra il tempo di realizzazione effettivo ed il tempo previsto)
fonte: soggetto attuatore
periodicità: a conclusione dell'intervento
interventi interessati: tutti
- *Scostamento finale % dal Costo Totale di realizzazione previsto* (rapporto tra la differenza del costo di realizzazione effettiva ed il costo di realizzazione previsto)
fonte: soggetto attuatore
periodicità: al termine dell'intervento
interventi interessati: tutti
- *Rispetto del cronoprogramma* (scostamento in giorni delle varie milestone dell'intervento rispetto al cronoprogramma)
fonte: soggetto attuatore
periodicità: per milestone (approvazione progettazione, stipula contratto lavori, avvio lavori, collaudo, attivazione struttura)
interventi interessati: tutti

Di seguito gli indicatori di efficienza proposti.

- *Costo effettivo per posto letto*
fonte: soggetto attuatore
periodicità: al termine dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria
- *Costo effettivo per mq effettivo*
fonte: soggetto attuatore
periodicità: al termine dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale del Sud-Salento, nuovo ospedale Andria
- *Costo effettivo per km di strada*
fonte: soggetto attuatore
periodicità: al termine dell'intervento
interventi interessati: nuovo ospedale di Monopoli

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 alla costruzione dei nuovi ospedali, avrà un accoglimento favorevole da parte delle comunità oggetto degli interventi ed una

presumibile opposizione da parte delle comunità interessate dalla dismissione degli attuali stabilimenti ospedalieri a causa della percezione di una ridotta protezione sanitaria, del ridotto prestigio locale derivante dalla chiusura dell'ospedale (in particolare se sede di punto nascita), mancate o ridotte opportunità di impiego, possibili disagi dovuti a minore accessibilità dei servizi.

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Valore aggiunto del programma

La realizzazione di grandi opere come quelle oggetto del presente programma di investimenti (si fa riferimento in particolare ai nuovi ospedali) rappresenta un elemento nuovo non solo nel contesto sanitario, ma anche dal punto di vista economico ed occupazionale in quanto si tratta di alcuni tra i più rilevanti investimenti in generale del sistema Regione.

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

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

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

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

- un posizionamento che riduca i percorsi di arrivo e la possibilità di utilizzare strumenti di mobilità sostenibile per raggiungere l'ospedale (ad esempio, trasporto pubblico locale, piste ciclabili, ecc.);
- uno sfruttamento razionale delle energie naturali (luce, soleggiamento, ventilazione);

- una progettazione degli impianti con particolare attenzione alla gestione razionale delle risorse (sistemi di riscaldamento con acqua a bassa temperatura, cogenerazione, utilizzo di acqua sanitaria riciclata, etc...)

La realizzazione di nuove strutture avrà dei benefici, pertanto, anche in termini di ridotto inquinamento ambientale prodotto dagli ospedali, rispetto alle attuali strutture.



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.

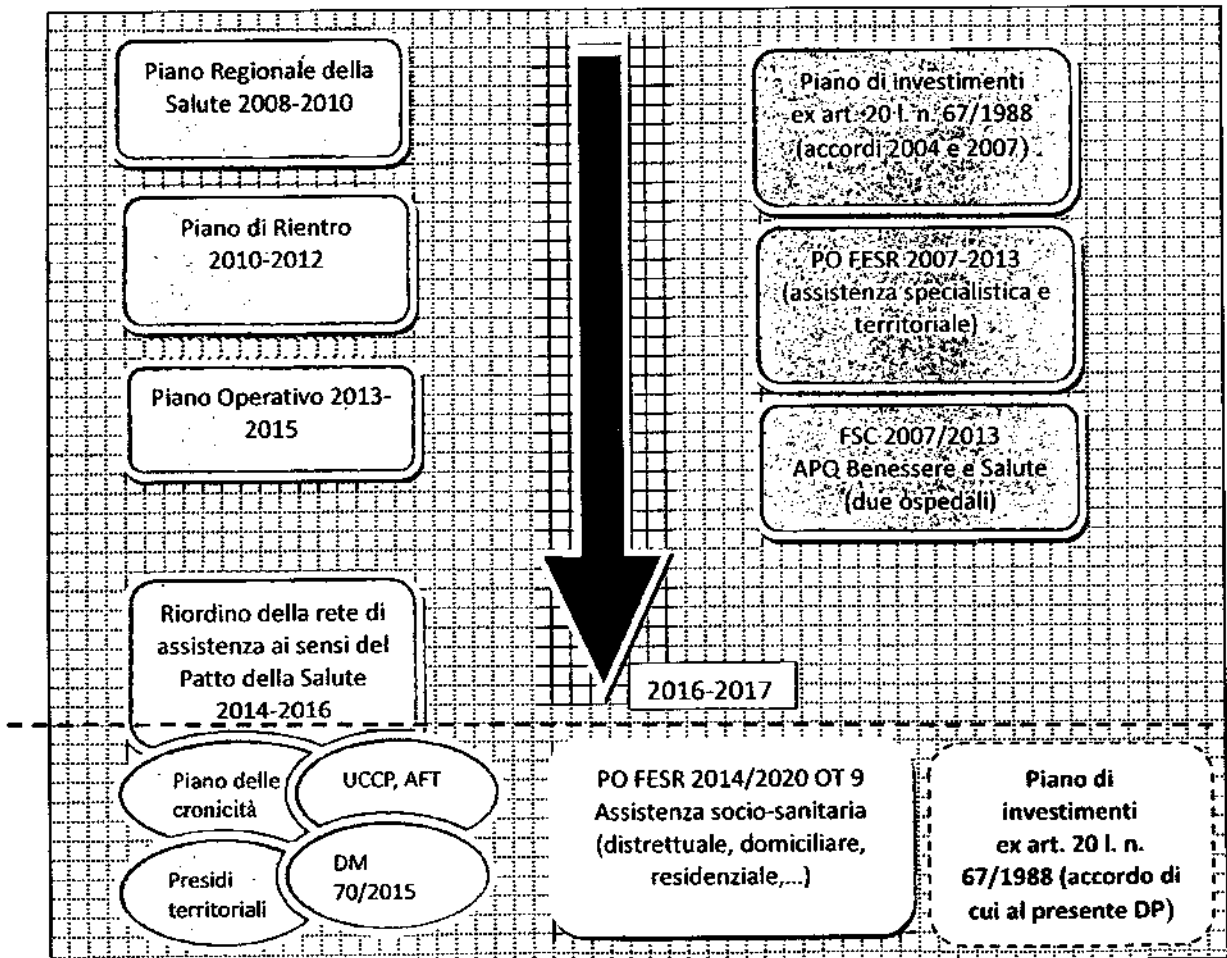


Figura 32. Relazione tra piano di investimenti e programmazione sanitaria.

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 (di cui da ultimo quello 2014-2016);
- ✓ il Piano di Rientro 2010-2012 ed i successivi Piano Operativo 2013-2015 e Programma Operativo 2016-2018;
- ✓ 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.

Va, infatti, evidenziato che i principali interventi previsti nel presente piano sono stati inclusi nel RR n. 14/2015 e ss.mm.ii., 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 nel 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 Assetto organizzativo per la gestione

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

- ✓ con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 12 novembre 2014, n.743, di riorganizzazione degli uffici regionali, è stata creata la *Sezione Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità* (ora *Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche*) con il compito di coordinare e programmare i vari investimenti nel settore sanitario in accordo ed in coordinamento per la componente socio-sanitaria con la Sezione Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria (ora *Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione delle Reti Sociali*) avente competenze in materia di investimenti nel sociale;
- ✓ con DGR n.2336 del 22/12/2015 è stata riorganizzata la *Cabina di Regia per gli Investimenti sanitari ospedalieri e territoriali* presso il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, di supporto al Direttore di Dipartimento per il coordinamento di tutte le fonti finanziarie disponibili per il finanziamento degli investimenti strutturali e tecnologici rispondenti ai fabbisogni delle ASL, delle AA.OO. e degli IRCCS pubblici del Servizio Sanitario Regionale, con la seguente composizione:
 - il direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, in qualità di coordinatore della Cabina di Regia;
 - il Segretario Generale della Presidenza della Regione Puglia;
 - il Responsabile dell'AdP ex art. 20 l.n. 67/1988, pro tempore individuato nel dirigente della Sezione Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità (ora *Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche*);
 - il Responsabile Unico dell'Attuazione dell'APQ "Benessere e salute" (FSC 2007-2013), nonché responsabile dell'Asse III del PO FESR 2007-2013, pro tempore individuato nella dirigente della Sezione Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria (ora *Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione delle Reti Sociali*);
 - il Responsabile dell'attuazione dell'Asse Prioritario 9 (OT IX) del POR Puglia 2014-2020;
 - il Responsabile dell'attuazione dell'Azione 9.12 "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari non ospedalieri" del POR Puglia 2014-2020;
 - i dirigenti di Sezione competenti in materia di programmazione dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, nonché i Direttori Generali delle Aziende pubbliche del SSR, in relazione agli argomenti trattati.

Va evidenziato che 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 dell'Assessorato alle Politiche della Salute con la Sezione Lavori Pubblici della Regione Puglia per i necessari controlli di natura tecnica connessi alla realizzazione degli interventi.

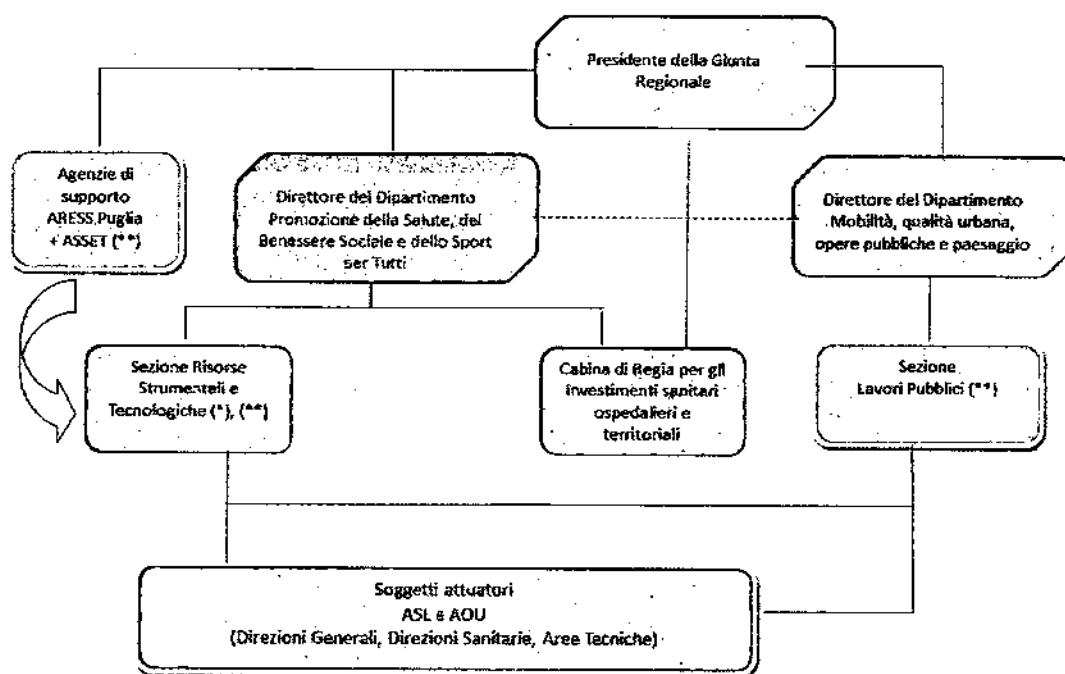
Va altresì evidenziato il Responsabile dell'AdP ex art. 20 l.n. 67/1988, pro tempore individuato nel dirigente della Sezione Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità (ora Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche) è anche:

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

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

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

Una rappresentazione grafica del suddetto modello di governance è riportata in figura 33.



Note: (*) Responsabile dell'Accordo per la Regione Puglia, (**) I nomi di alcune Sezioni possono subire modifiche nell'ambito della riorganizzazione delle strutture regionali (modello MAIA).

Figura 33. Rappresentazione del modello regionale di governance degli investimenti sanitari.

5.2 Sistema di monitoraggio del programma

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

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

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

A latere del sistema di monitoraggio sull'attuazione degli interventi definito dal Ministero, la Regione Puglia – sulla scorta della positiva esperienza condotta nel periodo 2009-2012 in ordine al monitoraggio e ai controlli degli interventi ammessi a finanziamento a valere sulla Linea 3.1 del PO FESR 2007-2013 – adotterà un proprio Manuale interno per il Monitoraggio e il Controllo.

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

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

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

Le attività di controllo si articoleranno su due livelli:

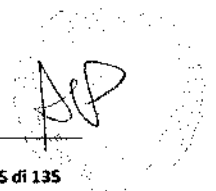
- controllo di I livello a carico del soggetto attuatore (ASL)
- controllo di II livello e audit di sistema a carico del responsabile dell'accordo per la Regione Puglia.

Il manuale dei controlli provvederà a fornire a tutti i soggetti attuatori apposite *check-list* per il controllo di primo livello dell'avanzamento procedurale dell'intervento, della regolarità amministrativa degli atti adottati e della regolarità contabile delle spese assunte, e a rendere note le procedure e gli strumenti di verifica dell'Audit di Sistema e controllo di II livello che saranno adottati dalla Cabina di Regia regionale, responsabile

delle attività di controllo interno per gli interventi nei confronti dei soggetti attuatori.

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

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



Allegato "A"

TAVOLE relative alla Sezione 1 Analisi Socio-Sanitaria-Economica e Rispondenza della Strategia ai Bisogni Identificati



Provincia	Numero di comuni	Popolazione	Superficie (km ²)
Bari	41	1.266.379	3.821
Barletta-Andria-Trani	10	394.387	1.543
Brindisi	20	400.721	1.840
Foggia	61	633.839	6.965
Lecce	97	806.412	2.759
Taranto	29	588.367	2.430
REGIONE	258	4.090.105	19.358

Tavola 1. 2 Popolazione e suddivisione amministrativa (2015)

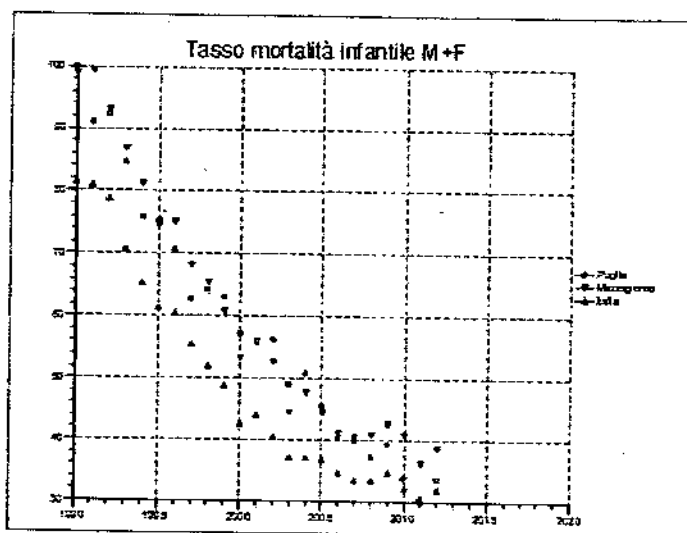
Provincia	Popolazione (2015)					
	0-14	15-64	65-74	75-84	85+	Totale
Bari	31.417	216.855	798.546	250.978	71.867	1.266.379
Barletta	10.158	74.453	249.639	70.295	18.741	394.387
Brindisi	9.509	65.751	249.392	85.578	24.651	400.721
Foggia	16.364	115.949	391.035	126.855	37.909	633.839
Lecce	18.529	130.015	494.938	181.459	54.278	806.412
Taranto	14.742	100.424	364.969	122.974	33.556	588.367
Totale Regione	100.719	703.447	2.548.519	838.139	241.002	4.090.105
Provincia	Principali classi di età (2015)					
	0-14	15-64	65-74	75-84	85+	Totale
Bari	2,5%	17,1%	63,1%	19,8%	5,7%	100,0%
Barletta	2,6%	18,9%	63,3%	17,8%	4,8%	100,0%
Brindisi	2,4%	16,4%	62,2%	21,4%	6,2%	100,0%
Foggia	2,6%	18,3%	61,7%	20,0%	6,0%	100,0%
Lecce	2,3%	16,1%	61,4%	22,5%	6,7%	100,0%
Taranto	2,5%	17,1%	62,0%	20,9%	5,7%	100,0%
Totale Regione	2,5%	17,2%	62,3%	20,5%	5,9%	100,0%

Tavola 1. 1 Popolazione e principali classi di età per ASL – Provincia (2015)

Regioni	Poco istruiti	Disoccupati	Abitazioni in affitto	Densità abitativa (per 100 mq)	Famiglie monogenitoriali	Indice di deprivazione	SMR	Pil pro capite per regione - Anno 2008 - Italia = 100
Piemonte	35,8 (9,8)	6,3 (4,6)	23,8 (16,5)	2,7 (0,9)	8,4 (3,9)	0,41	103,8	109,16
Valle d'Aosta	35,0 (9,0)	5,3 (4,3)	23,3 (16,5)	2,8 (0,9)	8,7 (4,6)	0,62	111,2	130,12
Lombardia	33,5 (9,8)	4,8 (3,2)	20,8 (18,5)	2,7 (0,8)	8,7 (3,6)	-0,24	100,9	128,75
Bolzano	33,6 (10,4)	2,4 (2,7)	21,4 (19,1)	3,1 (0,8)	11,1 (5,8)	1,78	96,9	101,61
Trento	32,3 (10,2)	3,9 (3,6)	16,9 (15,3)	2,7 (0,6)	8,5 (4,5)	-1,1	95,7	129,96
Veneto	36,4 (9,3)	4,1 (3,3)	16,2 (14,7)	2,5 (0,7)	8,7 (4,1)	-1,14	96,2	117,40
Friuli Venezia Giulia	32,5 (10,4)	5,0 (3,5)	16,6 (16,5)	2,4 (0,7)	9,4 (3,9)	-1,35	101,3	116,73
Uguria	33,7 (10,0)	8,5 (4,9)	23,8 (14,7)	2,8 (0,8)	9,7 (3,9)	1,29	101,7	111,45
Emilia-Romagna	37,2 (10,2)	4,3 (3,6)	19,0 (15,0)	2,5 (0,7)	8,8 (4,5)	-0,54	95	124,44
Toscana	38,4 (10,1)	6,5 (4,6)	16,7 (14,5)	2,7 (0,8)	8,5 (4,3)	-0,18	95,1	108,97
Umbria	37,9 (9,9)	6,8 (4,3)	13,4 (11,8)	2,7 (0,7)	8,0 (4,3)	-0,99	93,5	92,98
Marche	39,0 (9,8)	5,6 (3,8)	13,7 (11,4)	2,7 (0,5)	8,0 (4,1)	-0,76	90,9	101,32
Lazio	30,2 (11,3)	13,0 (7,1)	21,3 (23,4)	3,0 (1,0)	10,2 (4,5)	1,66	102,1	117,06
Abruzzo	38,2 (11,1)	10,3 (5,8)	13,6 (13,8)	2,8 (0,6)	8,2 (4,1)	0	95	83,48
Molise	40,6 (13,0)	13,7 (7,1)	11,5 (12,9)	2,8 (0,5)	7,8 (4,0)	0,06	96,4	77,09
Campania	38,1 (10,5)	26,8 (13,7)	28,4 (21,1)	3,6 (0,9)	9,5 (3,9)	6,54	116,1	63,26
Puglia	40,9 (10,9)	20,0 (9,5)	18,6 (15,7)	3,1 (0,7)	7,8 (3,8)	2,83	97,5	66,19
Basilicata	41,1 (11,7)	18,2 (8,5)	15,1 (15,5)	3,3 (0,6)	7,9 (3,9)	2,6	98,4	71,18
Calabria	40,2 (11,7)	23,8 (12,5)	15,0 (14,7)	3,0 (0,7)	8,9 (4,1)	3,02	99,3	64,08
Sicilia	40,6 (12,4)	26,4 (13,3)	18,2 (16,0)	3,1 (0,8)	8,3 (4,1)	3,45	106,4	66,16
Sardegna	37,2 (11,1)	21,6 (9,6)	14,5 (16,2)	2,8 (0,6)	10,6 (4,5)	2,35	100,3	76,55
Italia	36,5 (11,0)	12,4 (11,9)	19,7 (17,8)	2,9 (0,8)	8,9 (4,2)			100

Tavola 1. 3 indice di deprivazione, Pil pro-capite (Dati 2008)

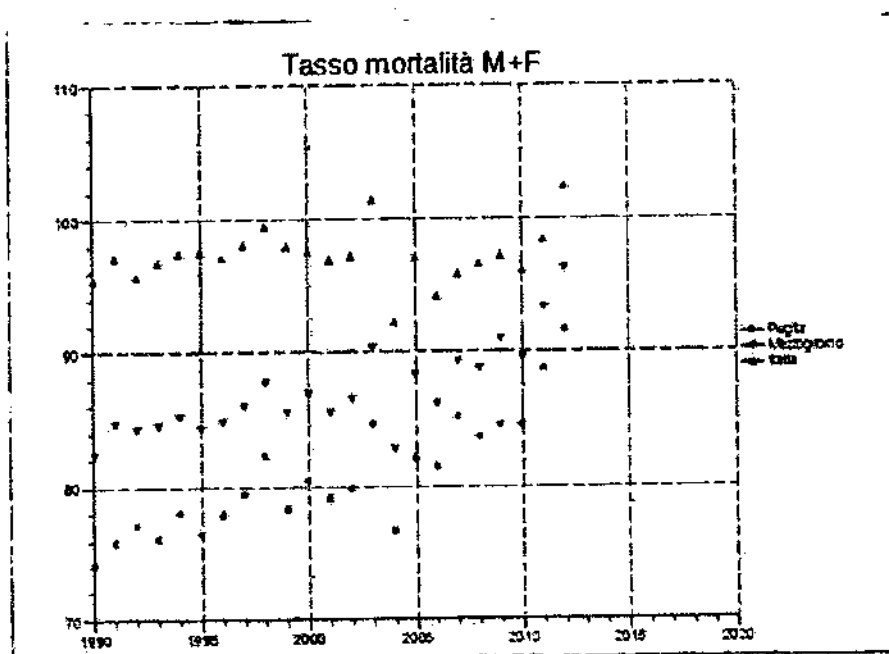
Territori	Anni					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Foggia	42,15	37,63	46,3	40,14	38,2	42,8
Bari	33,64	37	27,29	38,68	29,46	25,76
Taranto	49,4	44,29	47,6	31,29	33,05	42,79
Brindisi	33,55	36,35	41,69	29,4	29,26	34,31
Lecce	46,41	31,44	48,57	35,84	34,89	28,91
Barletta-Andria-Trani	ND	ND	ND	13,03	10,35	37,63
Puglia	39,98	37,15	39,33	33,77	30,4	33,57
Italia	33,43	33,41	34,76	32,11	30,09	32,01



Fonte: health for all – ISTAT – 2015.

Tavola 1. 4 Tasso di mortalità infantile per 10.000 nati vivi

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Foggia	108,81	111,11	111,69	108,33	110,46	115,06
Bari	105,11	99,11	98,3	100,2	100,14	99,97
Taranto	89,64	90,66	91,13	90,24	90,69	95,34
Brindisi	82,58	83,75	81,33	82,01	81,92	85,08
Lecce	90,38	91,09	90	90,58	92,25	96,34
Barletta-Andria-Trani	110,98	115,09	113,52	113,09	113,6	116,19
Puglia	85,16	83,68	84,58	84,56	88,75	91,61
Italia	95,9	96,64	97,22	96,11	98,42	102,44



Fonte: health for all – ISTAT - 2015.

Tavola 1. 5. Tasso di mortalità della popolazione generale

2007	23,08	22,14	24,33	24,5	26,43	ND	23,7
2008	23,43	22,85	25,36	24,97	26,85 <td>ND</td> <td>24,31</td>	ND	24,31
2009	22,02	22,69	24,32	24,64	26,28 <td>ND</td> <td>23,72</td>	ND	23,72
2010	23,52	23,89	25,44	24,26	27,72	21,34	24,61
2011	24,87	24,2	27,23	24,34	28,76	20,72	25,32
2012	24,42	25,34	26,05	25,51	27,91	21,91	25,43

2007	4,99	4,47	5,01	5,56	4,49	ND	4,73
2008	5,04	4,76	4,69	4,89	4,26 <td>ND</td> <td>4,71</td>	ND	4,71
2009	5,36	6,22	5,29	5,66	4,54 <td>ND</td> <td>4,97</td>	ND	4,97
2010	5,02	4,52	5,05	5,33	4,47	4,23	4,72
2011	5,42	5,27	5,26	5,0	4,96	5,66	5,33
2012	5,9	5,6	5,31	5,6	5,1	5,59	5,51

2007	35,01	30	32,83	35,77	34,84	ND	32,78
2008	32,46	28,68	32,52	33,11	33,11 <td>ND</td> <td>31,18</td>	ND	31,18
2009	32,26	28,31	33,54	35,68	32,41 <td>ND</td> <td>31,34</td>	ND	31,34
2010	33,47	27,46	32,78	33,63	34,66	26,25	31,13
2011	35,99	29,82	33,58	34,44	35,49	25,31	32,46
2012	36,03	30,17	35,61	37,86	37,34	28,72	33,9

2007	6	5,25	6,43	6,5	7,8	ND	6,11
2008	5,66	5,36	5,56	6,3	6,21 <td>ND</td> <td>5,8</td>	ND	5,8
2009	6,05	5,84	6,59	7,44	7,61 <td>ND</td> <td>6,49</td>	ND	6,49
2010	5,24	5,45	5,58	6,2	7,24	5,3	5,83
2011	6,22	6,03	6,27	6,64	8,18	6,07	6,59
2012	6,05	5,58	6,19	7,37	8,55	5,97	6,54

2007	3,59	3,84	3,83	3,9	3,2	ND	3,21
2008	3,93	3,58	3,43	3,75	2,93 <td>ND</td> <td>3,51</td>	ND	3,51
2009	4,19	3,81	3,43	4,67	3,36 <td>ND</td> <td>3,81</td>	ND	3,81
2010	3,62	3,21	3,26	3,99	3,5	4,33	3,75
2011	4,22	3,58	3,37	3,36	3,39	4	3,63
2012	4,15	3,67	3,15	3,82	3,47	3,98	3,66



Tavola 1. 6 Tassi di mortalità per causa

- A- Per tumori
- B- Per Malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo
- C- Per Malattie del sistema circolatorio
- D- Per Malattie dell'apparato respiratorio
- E- Per Malattie dell'apparato digerente

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RESIDENTI - ANNO 2014 - DISTRETTI

ASL CODICE	ASL DESCRIZIONE	DISTRETTI O 2010	DISTRETTO DESCRIZIONE	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PESATO						
				TOTALE	ORDINARI	ORDINARI ACUTI	DNOS	ORDINARI NON-ACUTI	IEDIC	CHIRURGICI
106	BRINDISI	01	BRINDISI	161,97	129,12	124,50	32,65	4,54	185,78	96,22
106	BRINDISI	02	FASANO	147,72	120,28	114,91	27,46	4,33	90,15	51,55
106	BRINDISI	03	FRANCAVILLA FONTANA	160,67	129,41	125,66	31,34	3,77	105,71	64,96
106	BRINDISI	04	MESAGNE	197,94	120,53	124,16	29,41	4,35	184,49	53,53
106 BRINDISI				147,95	116,27	112,83	30,71	3,54	94,20	52,88
112	TARANTO	01	CASTELLANETA	126,36	100,92	96,29	27,46	4,63	78,21	50,11
112	TARANTO	02	MASSAFRA	141,57	115,37	109,88	26,29	5,49	88,56	55,02
112	TARANTO	03,04	TARANTO	148,89	127,20	121,54	21,69	5,08	95,73	63,12
112	TARANTO	05	MARTINA FRANCA	138,78	111,66	109,40	27,12	5,25	83,45	65,23
112	TARANTO	06	GROTTAGLIE	196,81	129,73	129,91	27,88	3,23	109,56	66,68
112	TARANTO	07	MANDURIA	141,56	116,94	112,23	24,62	4,73	90,06	51,58
112 TARANTO				136,99	113,44	108,03	25,15	5,41	85,88	52,69
113	BAT	01	MARGHERITA	186,84	131,42	126,56	27,42	2,66	104,53	51,64
113	BAT	02	ANDRIA	145,13	122,15	118,98	22,98	3,18	97,58	47,57
113	BAT	03	CANOSA	182,65	124,88	123,28	27,66	1,70	105,62	47,01
113	BAT	04	BARLETTA	156,20	131,81	128,48	24,39	2,33	106,68	47,37
113	BAT	05	TRANI	132,65	113,76	108,37	19,95	5,33	91,63	31,71
113 BAT				139,19	115,38	112,01	23,69	3,29	93,97	45,13
114	BARI	51	BITONTO	139,93	118,69	115,16	21,28	3,47	89,60	50,02
114	BARI	52	CORATO	148,51	121,82	118,97	18,68	3,75	92,04	48,38
114	BARI	53	MOLFETTA	138,79	118,00	112,80	20,79	3,21	87,76	48,98
114	BARI	54	ALTAMURA	134,65	114,77	109,04	19,76	5,23	87,28	47,30
114	BARI	55	ORIANO APPULA	152,39	128,67	123,34	27,72	5,33	99,64	57,27
114	BARI	58	MODUGNO	145,89	123,43	119,34	23,26	4,08	94,67	52,69
114	BARI	60	TRIGGIANO	145,09	121,43	117,34	23,64	4,19	93,20	51,77
114	BARI	61	NOLA	142,17	119,80	116,03	22,28	3,86	91,21	50,73
114	BARI	62	CONVERSANO	142,88	124,01	128,28	16,07	3,73	90,66	51,42
114	BARI	63	GIOIA DEL COLLE	148,14	124,14	128,44	25,09	3,79	93,21	58,93
114	BARI	64	PUTIGNANO	129,54	109,78	105,65	19,78	4,18	79,33	50,38
114	BARI	56,57,58	BARI	158,89	130,86	126,92	29,95	3,95	105,44	53,73
114 BARI				135,87	112,43	108,79	23,44	3,64	85,98	49,83

Tavola 1.7 - : Tasso di ospedalizzazione per distretto socio-sanitario (Dati ARES Puglia, 2014) - ASL BR, TA, BT e BA



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RESIDENTI - ANNO 2014 - DISTRETTI

ASL CODICE	ASL DESCRIZIONE	DISTRETT O 2010	DISTRETTO DESCRIZIONE	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PESATO						
				TOTALE	ORDINARIO	ORDINARI ACUTI	DH/DS	ORDINARI NON-ACUTI	MEDICI	CHIRURGICI
115	FOGGIA	51	SAN SEVERO	165,21	131,00	128,82	34,21	2,18	113,42	51,76
115	FOGGIA	52	SAN MARCO IN LAMIS	169,44	165,96	163,57	307,64	2,99	113,11	70,48
115	FOGGIA	53	VICO DEL GARAGANO	189,44	185,50	182,46	33,94	3,03	110,96	58,47
115	FOGGIA	54	MANFREDONIA	204,69	189,65	178,00	39,54	6,66	157,40	76,70
115	FOGGIA	55	CERIGNOLA	204,69	170,45	170,24	31,24	3,21	135,95	98,54
115	FOGGIA	56,57	FOGGIA	189,55	150,01	142,11	39,54	2,96	155,28	67,65
115	FOGGIA	58	LUCERA	189,55	150,01	142,11	39,54	2,96	155,28	67,65
115	FOGGIA	59	TROIA	190,18	128,04	126,16	32,14	1,88	106,80	53,38
115 FOGGIA				190,47	149,63	146,53	40,83	3,10	127,26	63,16
116	LECCE	51	LECCE	135,26	114,00	106,98	21,26	5,02	84,62	50,63
116	LECCE	52	CAMPI SALENTINA	132,62	111,23	107,86	21,39	3,37	83,71	48,89
116	LECCE	53	NARDO	150,57	126,28	121,22	24,29	5,06	100,73	49,80
116	LECCE	54	MARTANO	139,62	116,00	112,56	22,62	3,44	89,89	48,89
116	LECCE	55	GALLIPOLI	185,82	137,52	133,89	28,10	3,67	115,05	50,53
116	LECCE	56	GALLIPOLI	155,94	127,70	123,76	28,24	3,94	103,81	52,02
116	LECCE	57	MAGLIE	172,27	138,79	134,26	33,48	4,53	120,59	51,66
116	LECCE	58	POGGIARDO	172,17	137,13	130,01	35,03	7,12	123,36	48,71
116	LECCE	59	CASARANO	168,77	137,23	131,49	31,54	5,74	113,07	55,66
116	LECCE	60	GAGLIANO DEL CAPO	174,49	142,17	131,55	32,32	10,62	120,71	53,65
116 LECCE				142,14	115,02	110,93	27,12	4,09	92,51	49,57

Tavola 1. 8 Tasso di ospedalizzazione per distretto socio-sanitario (Dati ARES Puglia, 2014) - ASL FG e LE



Ricoveri * in Puglia, anni 2001-2013

Anno	A ricoveri in regione di residenti			B ricoveri fuori regione			A+B ricoveri totali residenti			Residenti	C mobilità attiva			A+C ricoveri TOT in regione		
	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT		Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT
	2001	240.876	159.143	399.759	47.163	12.532	59.695	787.779	121.575		959.454	4.026.008	37.259	4.117	41.376	777.978
2002	538.530	112.577	651.107	47.499	13.743	61.246	746.029	128.323	874.352	4.018.500	35.324	3.235	38.559	731.954	115.812	847.766
2003	643.624	120.403	764.027	49.676	15.016	64.692	692.500	135.419	827.919	4.023.952	32.054	3.401	35.455	676.078	121.804	797.882
2004	615.202	152.686	767.888	52.539	17.612	70.151	667.741	170.293	838.034	4.040.590	29.176	3.801	32.977	641.380	156.587	797.967
2005	611.254	171.983	783.237	53.016	18.311	71.327	664.270	190.294	854.564	4.068.157	25.531	4.022	31.023	538.195	176.065	714.260
2006	621.608	182.051	803.659	55.024	13.628	68.652	676.632	201.279	877.911	4.071.518	26.144	4.325	30.469	642.752	136.974	779.726
2007	616.379	196.913	813.292	56.219	19.638	75.857	672.598	215.551	888.149	4.069.359	26.717	4.912	31.629	642.752	136.974	779.726
2008	694.499	215.182	909.681	47.243	15.035	62.278	651.742	234.217	885.959	4.076.585	25.217	5.167	30.384	630.216	240.349	870.565
2009	507.423	223.888	731.311	46.227	17.847	64.074	553.650	241.735	795.385	4.079.702	26.903	3.756	30.659	611.433	228.644	840.077
2010	575.258	227.597	802.855	43.298	17.552	60.850	519.556	245.530	765.086	4.084.035	26.018	6.048	32.066	603.253	233.641	836.894
2011	538.153	206.309	744.462	33.447	16.183	49.630	571.600	224.492	796.092	4.091.259	24.910	5.950	30.860	593.068	212.253	805.321
2012	502.082	154.327	656.409	33.053	15.178	48.231	535.135	169.505	704.640	4.050.072	24.497	5.029	29.526	577.579	159.356	736.935
2013	465.702	127.699	593.401	31.354	14.479	45.833	529.056	142.178	671.234	4.050.003	27.214	5.114	32.328	512.916	132.813	645.729

Tassi di ospedalizzazione

Anno	T.O. ricoveri in regione solo res.			T.O. ricoveri fuori regione			T.O. totale residenti		
	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT
2001	181,2	34,9	220,2	11,3	3,1	14,6	192,8	42,0	234,8
2002	179,8	24,0	201,8	11,4	3,4	15,2	185,6	31,5	217,0
2003	159,9	19,9	189,9	12,1	3,7	15,9	172,1	33,7	205,7
2004	152,2	37,6	190,0	12,8	4,0	17,1	165,0	42,1	207,1
2005	156,3	62,3	212,5	13,9	4,5	17,5	163,4	46,8	210,2
2006	152,7	43,9	197,5	13,5	4,6	16,1	166,2	49,4	215,6
2007	151,6	48,4	200,0	12,4	5,6	16,9	162,9	53,0	216,9
2008	148,3	52,8	201,1	11,6	5,7	16,3	159,9	57,5	217,3
2009	144,8	54,9	198,9	11,3	4,0	15,7	155,3	58,3	214,6
2010	140,9	55,7	196,6	10,2	4,4	15,2	151,7	60,1	211,8
2011	131,5	50,0	182,0	10,6	3,4	15,1	142,2	53,9	197,0
2012	124,1	38,1	162,2	10,9	3,7	14,4	134,7	41,9	176,6
2013	119,9	31,5	151,4	10,7	3,4	14,3	130,8	35,1	165,7

* Dai ricoveri sono esclusi i ricoveri sanzi (DRG 991) e l'assistenza indiretta (numero delle dipendenze 3 o 4)

Tavola 1.9 Numero di ricoveri in regione e fuori regione dei residenti pugliesi (Dati ARES Puglia, 2001-2013)

Territorio	Prestazioni non terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche						TOTALE ASL
	Visite	Diagnostica strumentale	Altra diagnostica	Laboratorio	Terapia fisica	Riabilitazione	Radioterapia	Oncologia	Odontoiatria	Chirurgia ambulatoriale	altre	
AO Ospedale Cons	442.384	223.121	41.038	1.619.283	4.931	66.613	4.307	53.563	2.307	8.040	89.595	2.334.149
AO Ospedali Riuniti	200.655	143.795	16.634	1.115.251	2.850	30.208	-31.815	36.869	7	3.587	63.424	1.531.506
BARI	1.193.625	1.130.823	85.447	10.364.382	313.337	1.417.568	1.602	159.157	78.729	38.635	386.266	13.904.085
BAT	355.266	257.118	22.795	2.771.180	240.690	1.095.904	31.287	59.716	9.309	11.755	128.875	4.488.585
BRINDISI	393.885	334.728	44.252	3.862.521	70.086	258.685	28.046	47.463	31.036	8.119	127.978	4.793.895
FOGGIA	420.458	438.178	39.733	3.290.342	45.940	165.881	30.068	23.389	8.437	9.348	101.027	4.179.151
IRCSS Oncologico	49.553	41.176	2	187.235		20	18.876	1.445		505	18.752	302.222
IRCSS S. De Bellis	11.379	20.052	3.315	295.064				372		305	5.494	309.380
LECCE	708.336	702.794	44.588	8.806.157	242.770	940.471	8.456	42.210	166.885	27.577	139.147	10.852.010
TARANTO	552.127	31.623	5.251.065	177.168	566.503	34.329	63.041	19.302	15.689	169.319	6.657.215	
TOTALE REGIONE	4.327.662	3.291.785	329.427	37.562.480	1.101.772	4.542.854	188.826	487.226	316.062	124.061	1.229.877	49.222.198

Tavola 1. 10 - Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2011



Territorio	Prestazioni non terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche						TOTALE ASL
	Viale	Diagnostica strumentale	Altra diagnostica	Laboratorio	Terapia fisica	Riabilitazione	Radioterapia	Dialisi	Oncologia	Chirurgia ambulatoriale	altre	
AO Ospedale Cons	415.223	199.657	36.105	1.577.242	3.900	64.864	2.496	41.328	2.239	7.924	90.085	2.233.254
AO Ospedali Riunit	185.670	140.376	16.486	1.134.570	2.709	30.710	23.462	38.075	2	2.945	66.306	1.534.531
BARI	1.224.139	1.087.096	88.812	10.434.803	232.813	1.160.146	837	153.698	70.059	40.632	388.565	13.680.074
BAT	365.473	255.813	22.917	2.642.095	114.838	1.025.153	29.106	59.020	9.492	14.876	126.766	4.262.923
BRINDISI	376.977	317.130	43.411	3.599.202	61.211	245.064	24.456	46.186	32.392	8.881	132.884	4.420.341
FOGGIA	247.097	319.382	28.542	2.529.506	28.280	115.261	31.505	24.066	5.229	6.567	66.174	3.116.726
IRCSS Oncologico -	52.824	41.450	9	296.294	-	-	25.084	1.830	-	500	22.469	415.842
IRCSS S. De Bellis -	12.749	19.575	3.245	303.478	-	-	-	372	-	263	5.205	317.099
LECCE	699.501	688.762	55.822	8.633.770	189.182	788.285	44.268	37.930	156.350	24.356	145.097	10.548.298
TARANTO	546.460	423.394	28.797	5.274.713	123.649	432.932	28.644	68.259	14.557	13.014	179.935	6.507.239
TOTALE REGIONE	4.126.113	3.492.635	324.146	36.425.673	856.562	3.862.515	209.862	472.764	290.326	124.038	1.223.486	47.036.327

Tavola 1. 11 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2012



Territorio	Prestazioni non terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche						TOTALE ASI
	Visite	Diagnostica strumentale	Altra diagnostica	Laboratorio		Terapia fisica	riabilitazione	Radioterapia	Dialisi	Odontoiatria	Chirurgia ambulatoriale	
AO Ospedale Consorti	536.895	244.048	36.107	1.764.908	3.297	56.071	953	43.688	1.904	9.154	92.508	2.563.798
AO Ospedali Riuniti -	149.093	125.320	16.422	1.146.815	2.618	27.610	26.868	32.100	5	2.627	59.477	1.482.920
BARI	1.215.918	1.070.114	96.579	10.322.384	223.363	1.111.100	1.404	139.047	73.685	42.951	396.934	13.516.690
BAT	368.232	280.478	24.497	2.776.209	239.551	1.114.181	32.741	57.371	10.249	13.200	126.648	4.515.120
BRANDISI	388.125	339.707	41.917	3.530.662	52.578	240.659	26.898	48.038	31.366	9.143	136.980	4.401.105
FOGGIA	331.014	377.528	36.683	3.588.818	20.786	89.152	29.761	25.067	6.822	8.768	74.154	4.130.675
IRCSS Oncologico - Ba	59.178	44.522	15	311.879			27.493	2.054			508	26.248
IRCSS S. De Bellis - Ca	12.875	19.572	2.874	309.802				508			379	6.262
LECCE	755.672	702.147	58.072	8.682.172	193.446	782.641	60.003	59.296	142.764	29.592	214.779	10.947.430
TARANTO	529.663	408.403	27.705	4.651.757	131.424	452.523	35.020	64.728	14.379	12.402	171.999	5.934.326
TOTALE REGIONE	4.306.665	3.611.839	340.871	37.285.336	767.063	3.873.937	241.141	473.897	281.194	128.724	1.305.989	48.260.287

Tavola 1. 12 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2013



Territorio	Prestazioni non terapeutiche				Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche						TOTALE ASL
	Visite	Diagnostica strumentale	Altra diagnostica	Laboratorio	Terapia fisica	Riabilitazione	Radioterapia	Dialisi	Odontoiatria	Chirurgia ambulatoriale	altre	
AO Ospedale Consorte	485.399	255.302	39.909	1.896.743	2.868	52.372	716	43.837	1.806	9.006	90.504	2.712.263
AO Ospedali Riuniti -	150.127	130.036	15.997	1.201.393	1.000	10.639	24.880	33.929	9	2.467	57.406	1.522.318
BARI	1.407.288	1.235.770	103.207	11.638.784	194.179	1.006.747	2.172	130.593	58.371	44.201	384.461	15.041.523
BAT	368.763	311.886	24.160	3.064.794	235.394	997.067	26.413	60.480	11.211	12.188	131.211	4.714.450
BRINDISI	378.866	338.663	39.344	3.639.964	43.504	232.728	26.787	47.082	31.368	8.658	135.898	4.494.378
FOGGIA	178.896	316.318	27.232	4.742.660	20.445	91.057	30.317	9.726	4.133	6.807	57.185	4.584.336
IRCSS Oncologico - Ba	61.292	50.045	8	313.822		58	32.250	6.389		696	34.484	472.448
IRCSS S. De Bellis - Ca	15.175	23.140	2.758	366.721				903		455	5.601	384.654
LECCE	873.704	734.102	59.010	9.198.536	165.476	711.902	64.043	110.830	141.066	31.607	333.597	11.521.189
TARANTO	673.754	500.252	27.935	6.004.363	105.381	401.800	27.783	48.035	10.936	15.005	143.623	7.389.638
TOTALE REGIONE	4.593.264	3.895.514	339.560	42.067.780	768.847	3.504.370	245.361	491.804	258.900	132.290	1.373.970	52.836.997

Tavola 1. 13 Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno 2014

Istituto	N 2010	%	% Cum	N 2014	%	% Cum
AO POUCLINICO - GIOVANNI XXII	88504	10%	10%	67919	11%	11%
EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	56529	7%	17%	54326	9%	19%
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	53949	6%	23%	44701	7%	26%
DI SUMMA, MESAGNE, S. PIETRO V.CO-CEGLIE M	39825	5%	28%	28969	5%	31%
TARANTO "SS. ANNUNZIATA" - GROTTAGLIE	39673	5%	32%	31128	5%	36%
EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	39343	5%	37%	34219	5%	41%
LECCE "V. FAZZI" - SAN CESARIO - CAMPI S. NA	35593	4%	41%	31112	5%	46%
BARI "DI VENERE" - TRIGGIANO - RUTIGLIANO	31960	4%	45%	17685	3%	49%
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	24579	3%	48%	23074	4%	52%
SAN SEVERO - TORREMAGGIORE - S. MARCO	18299	2%	50%	14736	2%	55%

Tavola 1. 14 Numero di ricoveri nei principali presidi ospedalieri (2010 e 2014)

ASL		Residenti ISTAT al 01/01/2014	2014		Residenti ISTAT al 01/01/2015	2015	
114	BARI	1.261.964	4.344	3,44	1.266.379	4.379	3,46
113	BAT	393.769	842	2,14	394.387	722	1,83
106	BRINDISI	401.652	1.108	2,76	400.721	1.122	2,80
115	FOGGIA	635.344	2.695	4,24	633.839	2.384	3,76
116	LECCE	807.256	2.561	3,17	806.412	2.552	3,16
112	TARANTO	590.281	1.546	2,62	588.367	1.556	2,64
	TOTALE REGIONE	4.090.266	13.096	3,20	4.090.105	12.715	3,11

Tavola 1. 15 Posti letto in Puglia (numero per 100 abitanti) pubblici e privati accreditati, fonte HSP 12 e 13 (quadro E e F)



TUTTI I RICOVERI E POSTI LETTO ORDINARI				
ASL		2014		
		PL ORDINARI	ES Degenza	TO
114	BARI	4.246	1.165.653	75%
113	BAT	686	222.371	89%
106	BRINDISI	1.034	333.517	88%
115	FOGGIA	2.363	695.590	81%
116	LECCE	2.337	685.216	80%
112	TARANTO	1.522	449.657	81%
	TOTALE REGIONE	12.188	3.552.004	80%

Tavola 1. 16 Tasso di occupazione dei posti letto ordinari - anno 2014

ASL		2014			2015		
		PL TOT.	PL DH/DS	%	PL TOT.	PL DH/DS	%
114	BARI	4.344	265	6,10	4.379	278	6,35
113	BAT	842	57	6,77	722	47	6,51
106	BRINDISI	1.108	97	8,75	1.122	93	8,29
115	FOGGIA	2.695	237	8,79	2.384	214	8,98
116	LECCE	2.561	200	7,81	2.552	199	7,80
112	TARANTO	1.546	92	5,95	1.556	92	5,91
	TOTALE REGIONE	13.096	948	7,24	12.715	923	7,26

Tavola 1. 17 Incidenza posti di DH sul totale dei posti letto - anni 2014-2015



ANNO	AZIENDA	Autoconsumo comune	Autoconsumo USL	Ricoveri totali ospedali USL (compresa mobilità attiva)	Ricoveri residenti USL (anche in MPI)	Ricoveri Residenti comuni (anche in MPI)	Indice dipendenza USL popolazione dalle strutture	Indice dipendenza COMUNE popolazione dalle strutture	Indice dipendenza strutture dalla popolazione	Mobilità attiva (intrausl)	Mobilità attiva extra-regionale	Mobilità attiva sul totale	Giorni di degenza ORD	Num ricoveri ORD	
2012	AO Ospedale Consorziale Policlinico	27.588	55.716	74.023	739.942	129.982	7,50%	21,20%	75,30%	14.695	3.612	25%	353.745	47.222	
	AO Ospedali Riuniti - Foggia	24.844	43.940	49.305	739.942	40.073	5,90%	62,00%	88,80%	3.824	1.741	11%	212.755	32.144	
	BARI	47.255	130.970	164.008	739.942	732.366	17,70%	6,50%	79,90%	25.220	7.818	20%	877.194	135.879	
	BAT	0	42.286	50.719	739.942	68.069	5,70%	0,00%	83,40%	6.973	1.460	17%	250.302	38.321	
	BRINDISI	19.009	46.202	55.354	739.942	71.052	6,20%	26,80%	83,50%	7.962	1.190	17%	348.893	41.715	
	FOGGIA	33.114	83.631	104.087	739.942	189.962	11,30%	17,40%	80,30%	11.308	9.148	20%	501.003	84.895	
	IRCSS Oncologico - Bari	1.738	4.135	5.906	739.942	64.991	0,60%	2,70%	70,00%	1.348	423	30%	20.412	3.198	
	IRCSS S. De Bellis - Castellana Grotte	399	2.646	4.136	739.942	3.411	0,40%	11,70%	64,00%	1.420	70	36%	29.433	3.585	
	LECCE	21.343	115.423	125.559	739.942	113.755	15,60%	18,80%	91,90%	7.713	2.423	8%	672.233	102.057	
	TARANTO	36.065	68.290	77.613	739.942	295.265	9,20%	12,20%	88,00%	6.793	2.530	12%	464.308	62.419	
	2013	AO Ospedale Consorziale Policlinico	25.263	52.111	69.934	695.662	112.628	7,50%	22,40%	74,50%	14.226	3.597	25%	362.036	47.073
		AO Ospedali Riuniti - Foggia	23.840	43.201	48.897	695.662	38.244	6,20%	62,30%	88,40%	3.579	2.117	12%	215.626	33.187
		BARI	33.809	111.255	143.121	695.662	625.343	16,00%	5,40%	77,70%	23.546	8.320	22%	800.232	127.588
		BAT	0	36.495	44.220	695.662	61.466	5,20%	0,00%	82,50%	6.105	1.620	17%	236.280	35.769
BRINDISI		16.548	44.442	53.541	695.662	64.993	6,40%	25,50%	83,00%	7.834	1.265	17%	336.404	40.820	
FOGGIA		29.086	80.927	102.500	695.662	183.213	11,60%	15,90%	79,00%	11.654	9.919	21%	497.629	84.375	
IRCSS Oncologico - Bari		1.431	3.508	4.847	695.662	56.214	0,50%	2,50%	72,40%	1.008	331	28%	19.583	2.603	
IRCSS S. De Bellis - Castellana Grotte		330	2.410	4.063	695.662	3.057	0,30%	10,80%	59,30%	1.587	66	41%	26.554	3.459	
LECCE		20.363	115.522	126.456	695.662	101.809	16,50%	20,00%	91,40%	7.613	3.321	9%	684.927	101.431	
TARANTO		32.784	63.582	72.695	695.662	276.188	9,10%	11,90%	87,50%	6.172	2.941	13%	451.711	60.667	

Tavola 1. 18 Indice di dipendenza dell'offerta ospedaliera e mobilità attiva (2012-2013)

ANNO	totale	% risp. Anno prec.	IN REGIONE	% sul tot	% risp. Anno prec.	FUORI REGIONE	% sul tot	% risp. Anno prec.
2011	832.507	-7,9%	289.372	92,4%	-8,2%	63.335	7,6%	-3,5%
2012	740.015	-11,1%	680.495	92,0%	-11,5%	59.520	8,0%	-5,7%
2013	695.841	-5,9%	636.777	91,5%	-6,4%	59.064	8,5%	-0,7%

Tavola 1. 19 Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2012-2013)

Numero ricoveri per residenti pugliesi																
ASL RESIDENZA	2012						2013									
	TOTALE	% su anno prec.	IN REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.	EXTRA REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.	TOTALE	% su anno prec.	IN REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.	EXTRA REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.
BARI	220.899	-15,4%	208.067	94,2%	-15,9%	12.832	5,8%	-6,9%	195.694	-11,4%	182.868	93,4%	-12,1%	12.826	6,6%	0,0%
BAT	69.105	-6,3%	63.841	92,4%	-6,0%	5.264	7,6%	-9,5%	62.502	-9,6%	57.355	91,8%	-10,2%	5.147	8,2%	-2,2%
BRINDISI	69.940	-12,1%	64.312	92,0%	-12,9%	5.628	8,0%	-4,6%	67.239	-3,9%	61.561	91,6%	-4,3%	5.678	8,4%	0,9%
FOGGIA	146.186	-6,4%	131.163	89,7%	-6,4%	15.023	10,3%	-6,2%	142.040	-2,8%	127.499	89,8%	-2,8%	14.541	10,2%	-3,2%
LECCE	134.817	-9,8%	123.261	91,4%	-10,4%	11.556	8,6%	-2,5%	134.288	-0,4%	122.647	91,4%	-0,5%	11.601	8,6%	0,4%
TARANTO	98.994	-11,9%	89.850	90,8%	-12,4%	9.144	9,2%	-6,4%	91.035	-5,1%	84.843	90,9%	-5,6%	6.092	6,7%	-0,6%
USL sconosciuta			1			73					4			179		
TOT REGIONE	739.941	-11,1%	680.494	92,0%	-11,6%	59.447	8,0%	-5,8%	695.841	-6,0%	636.777	91,5%	-6,4%	59.064	8,5%	-0,6%

Tavola 1. 20 - Numero di ricoveri dei residenti pugliesi in regione e fuori regione (2012-2013)

Importi finanziari di addebito iniziale (primo invio) per la mobilità passiva				
ASL RESIDENZA	2012		2013	
	TOTALE	% su anno prec.	TOTALE	% su anno prec.
BARI	47.313.215	0,1%	49.720.565	5,1%
BAT	20.567.043	5,5%	21.328.530	3,7%
BRINDISI	22.052.899	6,4%	21.597.139	-2,1%
FOGGIA	55.943.710	-4,1%	55.298.571	-1,2%
LECCE	44.500.827	9,9%	46.666.556	4,9%
TARANTO	34.147.662	-1,4%	33.548.365	-1,8%
USL sconosciuta	237.965		584.988	145,8%
TOT REGIONE	224.763.321	1,7%	228.744.714	1,8%

Tavola 1. 21 Importi finanziari di addebito (primo invio) per la mobilità passiva



ANNO	TOTALE	Ricoveri in regione				Ricoveri fuori regione					
		TOTALE	C	% in regione	M	% in regione	TOTALE	C	% fuori regione	M	% fuori regione
2012	740.815	680.495	245.818	36,1%	434.677	53,5%	59.520	30.177	50,7%	29.343	49,3%
2013	695.838	536.777	227.053	35,7%	409.724	64,3%	59.061	31.152	52,7%	27.909	47,3%

Tavola 1. 22 Ricoveri effettuati in Puglia e in altre regioni italiane per residenti in Puglia. Suddivisione per area Medica/Chirurgica



MDC	2012					2011				
	totale	in regione		fuori regione		totale	in regione		fuori regione	
		N° ricoveri	% sul Tot.	N° ricoveri	% sul Tot.		N° ricoveri	% sul Tot.	N° ricoveri	% sul Tot.
00 - ALTRI D.R.G.	3.250	3.200	97,2%	50	2,8%	2.506	2.482	98,6%	24	1,4%
01 - DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	46.620	43.732	93,8%	2.888	6,2%	46.368	43.357	93,5%	3.011	6,5%
02 - DISTURBI DELL'OCCHIO	31.701	29.131	91,9%	2.570	8,1%	18.130	13.998	77,2%	4.132	22,8%
03 - DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	27.582	25.195	91,4%	2.387	8,6%	26.476	24.207	91,4%	2.269	8,6%
04 - DISTURBI RESPIRATORI	44.805	41.879	93,5%	2.926	6,5%	43.629	41.417	94,9%	2.212	5,1%
05 - DISTURBI CIRCOLATORI	92.226	86.153	93,4%	6.073	6,6%	87.798	81.754	93,1%	6.044	6,9%
06 - DISTURBI DIGESTIVI	67.421	56.881	84,4%	10.540	15,6%	59.806	54.494	91,1%	5.312	8,9%
07 - DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	30.698	26.508	86,3%	4.190	13,7%	30.465	26.260	86,2%	4.205	13,8%
08 - DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	86.724	71.291	81,1%	15.433	17,8%	85.151	71.126	83,5%	14.025	16,5%
09 - DISTURBI CUTI	30.618	28.222	92,2%	2.396	7,8%	29.006	27.006	93,1%	2.000	6,9%
10 - DISTURBI METABOLICI	26.186	23.856	91,1%	2.330	8,9%	13.877	13.449	96,9%	4.228	30,5%
11 - DISTURBI URINARI	31.851	31.194	97,9%	657	2,1%	31.197	28.949	92,8%	2.248	7,2%
12 - DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	15.191	14.318	94,2%	873	5,8%	14.311	13.343	93,2%	968	6,8%
13 - DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	26.381	26.172	99,2%	209	0,8%	27.073	26.687	98,6%	386	1,4%
14 - GRAVIDANZA, PARTO E PLENIPERIO	59.818	57.832	96,7%	1.986	3,3%	56.347	54.889	97,4%	1.458	2,6%
15 - CONDIZIONI PERINATALI	24.195	18.489	76,4%	5.706	23,6%	33.113	32.818	99,1%	295	0,9%
16 - DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	11.013	10.269	93,2%	744	6,8%	10.985	10.347	94,1%	638	5,8%
17 - DISTURBI ENDOCRINOPROLIFERATIVI	29.426	25.354	86,2%	4.072	13,8%	29.507	25.788	87,4%	3.719	12,6%
18 - MALATTIE INFETTIVE	7.750	7.356	94,9%	394	5,1%	7.780	7.315	94,0%	465	5,9%
19 - DISTURBI MENTALI	13.813	11.362	82,2%	2.451	17,8%	12.745	11.079	86,9%	1.666	13,0%
20 - DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	915	755	82,5%	160	17,6%	901	758	84,1%	143	15,9%
21 - FARMACI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	4.314	4.535	105,1%	-221	-5,1%	4.369	3.585	82,1%	784	18,0%
22 - LESIONI	280	275	98,2%	5	1,8%	229	210	91,7%	19	8,3%
23 - FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	12.086	10.581	87,5%	1.505	12,5%	12.081	10.559	87,4%	1.522	12,6%
24 - TRAUMATISMI MULTIMI RILEVANTI	782	662	84,8%	120	15,3%	650	617	94,9%	33	5,1%
25 - INFEZIONI DA HIV	2.583	2.472	95,7%	111	4,3%	2.082	2.070	99,4%	12	0,6%
PR - PRE-MDC	1.641	1.517	92,4%	124	7,6%	1.920	1.816	94,6%	104	5,4%
TOTALE	740.815	680.495	92,0%	60.320	8,0%	695.838	616.777	88,7%	79.061	11,3%

Tavola 1. 23 Ricoveri effettuati da cittadini pugliesi fuori regione. Suddivisione per MDC



REGIONE RICOVERO	2012			2013		
	EXTRA REGIONE	% sul TOTASL	% su Anno prec.	EXTRA REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.
EMILIA ROMAGNA	10.355	17,4%	-4,5%	10.736	18,2%	3,7%
LOMBARDIA	10.021	16,8%	-5,9%	10.679	18,1%	6,6%
LAZIO	7.059	11,9%	-1,5%	6.895	11,7%	-2,3%
TOSCANA	4.586	7,7%	-4,1%	4.212	7,1%	-8,2%
BASILICATA	3.768	6,3%	-24,2%	3.899	6,6%	3,5%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	3.549	6,0%	0,0%	3.282	5,6%	-7,5%
CAMPANIA	2.856	4,8%	17,5%	3.059	5,2%	7,1%
MOLISE	2.908	4,9%	-7,1%	2.858	4,8%	-1,7%
VENETO	2.956	5,0%	-5,6%	2.722	4,6%	-7,9%
MARCHE	2.290	3,8%	-8,8%	2.581	4,4%	12,7%
ABRUZZO	2.803	4,7%	-23,3%	2.275	3,9%	-18,8%
LIGURIA	1.838	3,1%	-2,1%	1.588	2,7%	-13,6%
PIEMONTE	1.625	2,7%	-3,6%	1.554	2,6%	-4,4%
UMBRIA	1.149	1,9%	9,3%	1.030	1,7%	-10,4%
FRIULI V. GIULIA	509	0,9%	4,5%	517	0,9%	1,6%
CALABRIA	365	0,6%	-9,7%	368	0,6%	0,8%
SICILIA	437	0,7%	9,3%	352	0,6%	-19,5%
PROV. AUT. TRENTO	183	0,3%	8,3%	186	0,3%	1,6%
SARDEGNA	100	0,2%	-4,8%	108	0,2%	8,0%
PROV. AUT. BOLZANO	105	0,2%	2,9%	107	0,2%	1,9%
VALLE D'AOSTA	25	0,0%	-16,7%	43	0,1%	72,0%
ACISMOM LAZIO	33	0,1%	94,1%	13	0,0%	-60,6%
TOTALE	59.520	100,0%	-5,7%	59.064	100,0%	-0,8%

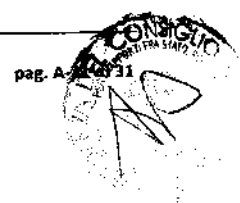
Tavola 1. 24 Ricoveri effettuati in altre regioni italiane per residenti in Puglia. Suddivisione per Regione di erogazione

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE - ANNO 2013 (1° II MO) - ANALISI DISCIPLINA/ASL RESIDENZA

DISCIPLINA	160 REGIONE	115 FOGGIA	114 BARI	116 LECCE	112 TARANTO	106 BRINDISI	119 BAT	XXXX ALTRA
26 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10.955	2.443	2.904	2.080	1.375	1.027	1.174	27
09 CHIRURGIA GENERALE	7.372	2.307	1.557	1.491	1.263	785	563	15
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.900	1.016	920	785	530	389	298	31
36 RECUPERO E RIABILITAZIONE	3.208	912	732	526	479	268	365	7
26 MEDICINA GENERALE	2.784	870	487	432	443	276	203	13
08 CARDIOLOGIA	2.644	917	479	373	370	249	246	5
63 ONCOLOGIA	2.281	599	452	453	414	217	236	10
21 PEDIATRIA	2.206	320	645	443	438	178	174	12
41 UROLOGIA	2.083	326	339	532	337	230	166	3
34 OCULISTICA	1.779	484	240	356	333	187	177	2
28 OTORINOLARINGOIATRIA	1.723	450	341	349	347	137	128	1
32 NEUROLOGIA	1.429	326	295	348	259	143	114	1
20 NEUROCHIRURGIA	1.127	187	236	260	166	135	79	4
07 CARDIOCHIRURGIA	938	225	147	234	92	90	79	1
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	918	163	183	152	143	67	95	3
19 NUTRIZIONE	764	118	202	216	93	70	61	2
98 DAY SURGERY	706	112	140	211	115	113	74	1
68 PNEUMOLOGIA	685	133	153	126	135	63	68	1
58 GASTROENTEROLOGIA	676	129	117	150	149	83	71	1
60 PSICHIATRIA	626	220	111	100	95	69	25	6
18 EMATOLOGIA	608	113	131	130	92	45	89	1
12 CHIRURGIA PLASTICA	586	129	122	130	89	57	58	1
21 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	582	102	143	112	116	49	57	3
14 CHIRURGIA VASCOLARE	535	128	100	100	80	67	51	2
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	511	100	126	93	80	71	39	1
13 CHIRURGIA TORACICA	433	77	73	143	60	37	33	1
02 DAY HOSPITAL	383	54	76	110	57	60	26	1
48 NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO)	371	83	67	86	68	30	35	1
43 TERAPIA INTENSIVA	360	100	91	54	44	40	27	1
31 NIDO	347	137	62	61	38	28	17	6
71 REUMATOLOGIA	336	43	90	83	54	38	25	3
16 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	320	52	77	94	53	27	23	1
68 LUNGODEGENTI	306	124	52	40	34	32	19	1
70 UROLOGIA PEDIATRICA	290	49	72	98	50	21	34	3
52 DERMATOLOGIA	280	51	50	53	62	36	28	1
61 MEDICINA NUCLEARE	279	22	93	90	73	21	20	1
21 GERIATRIA	265	83	51	25	92	12	6	2
51 ASSTENTERIA	225	88	40	44	28	18	9	1
65 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	226	14	87	45	43	13	23	2
76 NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	225	31	66	53	38	16	20	1
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	224	63	54	21	47	17	21	1
29 NEFROLOGIA	226	41	48	57	30	23	17	1
75 NEUROREABILITAZIONE	175	52	32	42	29	11	7	2
54 UNITA' CORONARICA	171	77	36	30	73	9	9	1
77 NEFROLOGIA PEDIATRICA	115	12	45	26	29	18	16	1
62 NEONATOLOGIA	117	47	19	36	11	8	16	1
28 UNITA' SPIRALE	123	25	30	17	17	14	22	1
25 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	100	35	7	19	29	7	11	1
64 ONCOEMATOLOGIA	106	67	2	18	11	7	7	1
78 RADIOTERAPIA	96	7	38	21	13	13	3	1
67 PENSIONANTI	77	9	23	18	11	5	8	1
57 FISIOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	52	28	6	11	5	3	1	1
74 RADIOLOGIA ONCOLOGICA	52	14	9	7	3	16	3	1
15 MEDICINA SPORTIVA	41	7	13	6	7	4	6	1
01 ALLERGIOLOGIA	37	9	5	8	3	3	9	1
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	32	11	5	6	4	2	2	1
85 ANGIOLOGIA	29	3	8	11	4	1	1	1
63 RADIOLOGIA	21	10	5	5	3	3	2	1
20 IMMUNOLOGIA	17	2	1	5	3	2	1	1
99 CURE PALLIATIVE HOSPICE	13	3	4	1	1	1	1	1
57 DETERUTI	11	2	3	2	3	2	1	1
25 MEDICINA DEL LAVORO	10	3	2	2	1	2	1	1
47 GRANDI USTIONATI	8	4	2	1	1	1	1	1
51 EMODIALISI	7	1	1	1	1	1	1	1
46 GRANDI USTIONATI PEDIATRICI	1	1	1	1	1	1	1	1
55 FARMACOLOGIA CAMRICA	1	1	1	1	1	1	1	1
ALTRI	18	4	5	2	5	1	2	1
TOTALI	53.865	11.511	12.821	11.081	9.892	5.678	5.117	179

1) Ospedali non ospedalieri; 2) ASL di residenza o domicilio

Tavola 1. 25. Ricoveri fuori Regione suddivisi per disciplina e ASL di residenza dell'assistito



Elenco dei primi 20 DRG per frequenza in mobilità passiva extraregionale, anno 2013						
MDC	DRG	Descrizione	Tipo	Peso	LEA	TOTALE DRG
8	225	Interventi sul piede	C	0,88	No	2.277
8	503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,92	Si	1.788
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	Si	1.729
8	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,03	No	1.715
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,98	No	1.237
8	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	0,62	Si	1.109
2	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	0,48	Si	765
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,94	Si	723
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	Si	697
17	409	Radioterapia	M	0,88	Si	660
19	430	Psicosi	M	0,77	No	643
1	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M	0,91	No	628
1	35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	No	594
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,46	Si	574
10	290	Interventi sulla tiroide	C	1	No	549
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	Si	544
10	288	Interventi per obesita'	C	1,86	No	525
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,44	No	509
5	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	C	1,22	No	509
15	391	Neonato sano	M	0,16	No	504
		TOTALE PRIMI 20 DRG				18.279
		TOTALE ALTRI DRG				40.782
		TOTALE TUTTI I DRG				59.061

Tavola 1. 26 Primi 20 DRG per frequenza: ben il 50% è rappresentato da DRG ad alto rischio di inappropriatazza.



Popolazione al 1.1.2012		Popolazione al 1.1.2010			
0050072		0080035			
POSTI LETTO TOTALI					
	DGR 3006-3007 del 2012 (4)	Δ su 2009	PL previsti PoR	Δ su 2009	PL di partenza MSP 2009
PL Totali	13.626	-2.097	13.622	-2.211	15.833
PL x 1000 ab (1)	3,36		3,34		3,98

ACU

ACU/IE					
	DGR 3006-3007 del 2012 (4)	Δ su 2009	PL previsti PoR	Δ su 2009	PL di partenza MSP 2009
PL Totali	11.983	-2.140	12.033	-2024	14.123
PL x 1000 ab (1)	2,96		2,99		3,46

IPDA

RIABILITAZIONE - LUNGOGENZA					
	DGR 3006-3007 del 2012	Δ su 2009	PL previsti PoR	Δ su 2009	PL di partenza MSP 2009
PL Totali	1.643	-67	1.523	-187	1.710
PL x 1000 ab (1)	0,41		0,38		0,42

Tavola 1. 27 .Evoluzione dotazione posti letto in Regione Puglia 2009-2012



Rimodulazione della rete ospedaliera pubblica e degli Enti Ecclesiastici, ai sensi del RR 18/2010 smi e del RR 36/2012.					
HSv 2010	PL I Fase		PL II Fase		Detra (I-J)
	(Regolamento 18/2010 e 19/2011)	Balzo I-2010	(Regolamento 36/2012)		
ASL BARI	1.827	1560	-267	1404	-156
AOU Policlinico Bari	1472	1392	-80	1392	0
IRCCS Oncologico	104	130	26	130	0
IRCCS De Bellis	105	122	17	122	0
EE Miuli	577	600	23	571	-29
IRCCS Maugeri	226	230	4	230	0
Totale Bari	4.311	4034	-277	3849	-185
ASL BT	921	769	-152	747	-22
Divina Provvidenza	100	100	0	100	0
Totale BT	1021	869	-152	847	-22
ASL Brindisi	1350	1206	-144	1110	-96
IRCCS Medea	25	30	5	30	0
Totale Brindisi	1375	1236	-139	1140	-96
ASL Foggia	990	725	-265	652	-73
Ospedali Riuniti Foggia	923	808	-115	808	0
IRCCS Casa Sollievo	1041	907	-134	887	-20
Totale Foggia	2954	2440	-514	2347	-93
ASL Lecce	2152	1951	-201	1853	-98
EE Panico	386	407	21	400	-7
Totale Lecce	2538	2358	-180	2253	-105
ASL Taranto	1360	1044	-316	1045	1
Totale Taranto	1360	1044	-316	1045	1
Totale	13.559	11.981	-1578	11.481	-500

Tavola 1. 28 rimodulazione della rete ospedaliera pubblica e dell'offerta degli Enti Ecclesiastici effettuata con il Regolamento Regionale n. 36/2012



Foglio:
008 2027 del 27/12/2012
008 138 del 04/01/2013

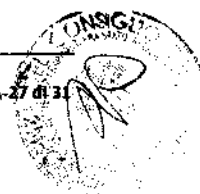
Codice struttura	Codice reparto	Descrizione posto letto	RESORRE		113		114		115		116		117		118	
			TOTALE	ATTIVO	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL
			TUM		NEOPL		ONCO		NEOPL		NEOPL		NEOPL		NEOPL	
			POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI
5001	01	BAY HOSPITAL	10	10												
5001	02	BAY SURGERY	10	10												
5001	03	CARDIOCHIRURGIA	250	250												
5001	04	CHIRURGIA	338	338												
5001	05	CHIRURGIA GENERALE	222	222												
5001	06	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	20	20												
5001	07	CHIRURGIA ORTODONTICA	10	10												
5001	08	CHIRURGIA PLASTICA	10	10												
5001	09	CHIRURGIA TORACICA	10	10												
5001	10	CHIRURGIA VASCOLARE	10	10												
5001	11	NEUROLOGIA	10	10												
5001	12	NEUROLOGIA	10	10												
5001	13	NEUROLOGIA	10	10												
5001	14	NEUROLOGIA	10	10												
5001	15	NEUROLOGIA	10	10												
5001	16	NEUROLOGIA	10	10												
5001	17	NEUROLOGIA	10	10												
5001	18	NEUROLOGIA	10	10												
5001	19	NEUROLOGIA	10	10												
5001	20	NEUROLOGIA	10	10												
5001	21	NEUROLOGIA	10	10												
5001	22	NEUROLOGIA	10	10												
5001	23	NEUROLOGIA	10	10												
5001	24	NEUROLOGIA	10	10												
5001	25	NEUROLOGIA	10	10												
5001	26	NEUROLOGIA	10	10												
5001	27	NEUROLOGIA	10	10												
5001	28	NEUROLOGIA	10	10												
5001	29	NEUROLOGIA	10	10												
5001	30	NEUROLOGIA	10	10												
5001	31	NEUROLOGIA	10	10												
5001	32	NEUROLOGIA	10	10												
5001	33	NEUROLOGIA	10	10												
5001	34	NEUROLOGIA	10	10												
5001	35	NEUROLOGIA	10	10												
5001	36	NEUROLOGIA	10	10												
5001	37	NEUROLOGIA	10	10												
5001	38	NEUROLOGIA	10	10												
5001	39	NEUROLOGIA	10	10												
5001	40	NEUROLOGIA	10	10												
5001	41	NEUROLOGIA	10	10												
5001	42	NEUROLOGIA	10	10												
5001	43	NEUROLOGIA	10	10												
5001	44	NEUROLOGIA	10	10												
5001	45	NEUROLOGIA	10	10												
5001	46	NEUROLOGIA	10	10												
5001	47	NEUROLOGIA	10	10												
5001	48	NEUROLOGIA	10	10												
5001	49	NEUROLOGIA	10	10												
5001	50	NEUROLOGIA	10	10												
5001	51	NEUROLOGIA	10	10												
5001	52	NEUROLOGIA	10	10												
5001	53	NEUROLOGIA	10	10												
5001	54	NEUROLOGIA	10	10												
5001	55	NEUROLOGIA	10	10												
5001	56	NEUROLOGIA	10	10												
5001	57	NEUROLOGIA	10	10												
5001	58	NEUROLOGIA	10	10												
5001	59	NEUROLOGIA	10	10												
5001	60	NEUROLOGIA	10	10												
5001	61	NEUROLOGIA	10	10												
5001	62	NEUROLOGIA	10	10												
5001	63	NEUROLOGIA	10	10												
5001	64	NEUROLOGIA	10	10												
5001	65	NEUROLOGIA	10	10												
5001	66	NEUROLOGIA	10	10												
5001	67	NEUROLOGIA	10	10												
5001	68	NEUROLOGIA	10	10												
5001	69	NEUROLOGIA	10	10												
5001	70	NEUROLOGIA	10	10												
5001	71	NEUROLOGIA	10	10												
5001	72	NEUROLOGIA	10	10												
5001	73	NEUROLOGIA	10	10												
5001	74	NEUROLOGIA	10	10												
5001	75	NEUROLOGIA	10	10												
5001	76	NEUROLOGIA	10	10												
5001	77	NEUROLOGIA	10	10												
5001	78	NEUROLOGIA	10	10												
5001	79	NEUROLOGIA	10	10												
5001	80	NEUROLOGIA	10	10												
5001	81	NEUROLOGIA	10	10												
5001	82	NEUROLOGIA	10	10												
5001	83	NEUROLOGIA	10	10												
5001	84	NEUROLOGIA	10	10												
5001	85	NEUROLOGIA	10	10												
5001	86	NEUROLOGIA	10	10												
5001	87	NEUROLOGIA	10	10												
5001	88	NEUROLOGIA	10	10												
5001	89	NEUROLOGIA	10	10												
5001	90	NEUROLOGIA	10	10												
5001	91	NEUROLOGIA	10	10												
5001	92	NEUROLOGIA	10	10												
5001	93	NEUROLOGIA	10	10												
5001	94	NEUROLOGIA	10	10												
5001	95	NEUROLOGIA	10	10												
5001	96	NEUROLOGIA	10	10												
5001	97	NEUROLOGIA	10	10												
5001	98	NEUROLOGIA	10	10												
5001	99	NEUROLOGIA	10	10												
5001	100	NEUROLOGIA	10	10												
5001	101	NEUROLOGIA	10	10												
5001	102	NEUROLOGIA	10	10												
5001	103	NEUROLOGIA	10	10												
5001	104	NEUROLOGIA	10	10												
5001	105	NEUROLOGIA	10	10												
5001	106	NEUROLOGIA	10	10												

DISCIPLINA	Fondo FGP ANNO 2012						Fondo DGR 3000-1007			
	REGIONE						REGIONE			
	Totale	Posti letto	PL + letto AA	Posti letto	PL + letto AA	Posti letto	PL + letto AA	Totale	Posti letto	PL + letto AA
Angiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiochirurgia Pediatrica	2	0,0	2	0,0	-	-	-	-	-	-
Cardiochirurgia	171	0,0	169	0,0	2	0,0	186	0,0	-	-
Chirurgia generale	1.434	0,4	1.335	0,3	99	0,0	1.359	0,3	-	-
Chirurgia maxillo-facciale	35	0,0	31	0,0	4	0,0	64	0,0	-	-
Chirurgia pediatrica	94	0,0	85	0,0	9	0,0	94	0,0	-	-
Chirurgia plastica	80	0,0	74	0,0	6	0,0	105	0,0	-	-
Chirurgia toracica	95	0,0	89	0,0	6	0,0	161	0,0	-	-
Chirurgia vascolare	147	0,0	137	0,0	10	0,0	192	0,0	-	-
Neurochirurgia	214	0,1	205	0,1	9	0,0	246	0,1	-	-
Neurochirurgia pediatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	238	0,1	154	0,0	84	0,0	201	0,0	-	-
Odontoiatria e stomatologia	18	0,0	6	0,0	12	0,0	12	0,0	-	-
Ortopedia e traumatologia	1.206	0,3	1.126	0,3	80	0,0	1.196	0,3	-	-
Ostetricia e ginecologia	1.288	0,3	1.122	0,3	166	0,0	1.049	0,3	-	-
Otorinolaringoiatria	253	0,1	229	0,1	24	0,0	210	0,1	-	-
Urologia	416	0,1	376	0,1	40	0,0	450	0,1	-	-
Fisiopatologia della riproduzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologia pediatrica	10	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-	-	-
Day Surgery	-	-	-	-	-	-	12	0,0	-	-
Totale Area Chirurgica	5.621	1,4	5.150	1,3	471	0,1	5.487	1,3	-	-
Allergologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Day Hospital	10	0,0	-	-	10	0,0	-	-	-	-
Cardiologia	631	0,2	660	0,1	31	0,0	728	0,2	-	-
Medicina sportiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ematologia	190	0,0	143	0,0	46	0,0	203	0,0	-	-
Malattie endocrine	111	0,0	96	0,0	15	0,0	112	0,0	-	-
Immunologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatrica	436	0,1	429	0,1	12	0,0	358	0,1	-	-
Residuale manicomiali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malattie infettive e tropicali	223	0,1	163	0,0	38	0,0	223	0,1	-	-
Medicina del Lavoro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina generale	1.734	0,4	1.578	0,4	156	0,0	1.497	0,4	-	-
Nefrologia	312	0,1	288	0,1	24	0,0	274	0,1	-	-
Neurologia	496	0,1	477	0,1	19	0,0	451	0,1	-	-
Neuropsichiatria infantile	20	0,0	24	0,0	4	0,0	33	0,0	-	-
Pediatria	546	0,1	490	0,1	56	0,0	418	0,1	-	-
Psichiatria	345	0,1	238	0,1	9	0,0	283	0,1	-	-
Tossicologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatologia	97	0,0	66	0,0	11	0,0	75	0,0	-	-
Ematofisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastroenterologia	282	0,1	240	0,1	22	0,0	263	0,1	-	-
Neonatalogia	126	0,0	124	0,0	2	0,0	239	0,1	-	-
Oncologia	281	0,1	178	0,0	103	0,0	314	0,1	-	-
Oncematologia pediatrica	14	0,0	30	0,0	4	0,0	50	0,0	-	-
Oncematologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	401	0,1	393	0,1	8	0,0	377	0,1	-	-
Radioterapia	6	0,0	6	0,0	-	-	9	0,0	-	-
Reumatologia	39	0,0	29	0,0	10	0,0	47	0,0	-	-
Nefrologia pediatrica	10	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-	-	-
Totale Area Medica	6.230	1,5	5.634	1,4	594	0,1	5.028	1,5	-	-
Grandi ustioni pediatriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grandi ustionati	15	0,0	15	0,0	-	-	14	0,0	-	-
Terapia intensiva	268	0,1	263	0,1	3	0,0	334	0,1	-	-
Unità coronarica	252	0,1	262	0,1	-	-	170	0,0	-	-
Terapia intensiva neonatale	67	0,0	67	0,0	-	-	10	0,0	-	-
Rianimazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Terapia intensiva	610	0,2	607	0,1	3	0,0	568	0,1	-	-
Nido	104	0,0	104	0,0	-	-	-	-	-	-
Astanteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pensionati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Detenuti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale PL Tecnici	104	0,0	104	0,0	-	-	-	-	-	-
Farmacologia clinica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina nucleare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radioterapia oncologica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Servizi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unità spinale	14	0,0	14	0,0	-	-	54	0,0	-	-
Recupero e riabilitazione funzionale	1.131	0,3	1.120	0,3	21	0,0	1.198	0,3	-	-
Neuro-riabilitazione	115	0,0	115	0,0	-	-	112	0,0	-	-
Totale Riabilitazione	1.246	0,3	1.235	0,3	21	0,0	1.310	0,3	-	-
LUNGO DEGENZA	245	0,1	245	0,1	-	-	281	0,1	-	-
TOTALE	14.058	3,5	12.979	3,2	1.079	0,3	13.028	3,5	-	-

Tavola 1. 30 Posti letto per disciplina

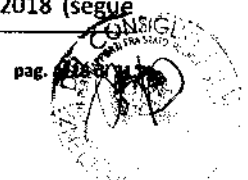
		Residenti ISTAT al 01/01/2013	Residenti ISTAT al 01/01/2014	Residenti ISTAT al 01/01/2015
		4.050.803	4.090.266	4.090.105
		HSP Agg. al 25/11/2013	HSP Agg. al 17/09/2015	HSP Agg. al 13/07/2015
POSTI LETTO ACUTI (1)		2013	2014	2015
Ordinari	Numero PL	11.025	10.869	10.576
	PL per 1.000 ab.	2,72	2,66	2,59
Day Hospital/ Day Surgery	Numero PL	939	926	900
	PL per 1.000 ab.	0,23	0,23	0,22
TOTALI	Numero PL	11.964	11.795	11.476
	PL per 1.000 ab.	2,95	2,88	2,81
POSTI LETTO RIABILITAZIONE (2)		2013	2014	2015
Ordinari	Numero PL	1.376	1.329	1.265
	PL per 1.000 ab.	0,34	0,32	0,31
Day Hospital/ Day Surgery	Numero PL	22	22	23
	PL per 1.000 ab.	0,01	0,01	0,01
TOTALI	Numero PL	1.398	1.351	1.288
	PL per 1.000 ab.	0,35	0,33	0,31
POSTI LETTO LUNGO DEGENZA (3)		2013	2014	2015
TOTALI	Numero PL	232	204	204
	PL per 1.000 ab.	0,1	0,0	0,0
POSTI LETTO TOTALI		2013	2014	2015
TOTAL	Numero P	13.594	13.350	12.968
	PL per 1.000 ab.	3,36	3,26	3,17

Tavola 1. 31 Posti letto (v.a. e %ab.) pubblici e privati, accreditati e non in Puglia (Dati ARES, 2013-2015)



PROVINCIA	PROPRIETA'	TIPOLOGIA	ATTUALE CODICE STRUTTURALE	ATTUALE CODICE STABILIMENTO	TIPOLOGIA OSPEDALIERA	RUOLO NELLE RETI TEMPO. DIPENDENTI			DENOMINAZIONE CONVENZIONALE	NOTE	POSTI LETTI REGIONALI RETE
						ICTUS	TRAUMATI	CARDIO			
BA	PUBB	ASL	160907	16090701	H2	SU2	CTZ	CU	POLICLINICO - BARI		1193
BA	PUBB	H_ASL	160169	16016901	H3	SU1	CTZ	CU	OSPEDALE DI MONTE - CARBONARA DI BARI		238
BA	PUBB	H_ASL	160156	16015601	H3		CTZ	CU	OSPEDALE SAN PAOLO - BARI		226
BA	PUBB	H_ASL	160157	16015701	H3	SU1	CTZ	CU	OSPEDALE DELLA MURCIA - M. TAMARA		226
BA	PUBB	H_ASL	160159	16015901	H3		PST	CB	OSPEDALE SAN GINEGGIO - MONOPOLI		160
BA	PUBB	ASL	160907	16090702	M2			CB	GIOVANNI XXIII - BARI		177
BA	PUBB	IRCCS	160901	16090101	HIC				ONCOLOGICO GIOVANNI PAOLO II - BARI		677
BA	PUBB	ASL	160160	16016001	H3		PLT	CB	OSPEDALE SANTA MARIA DEGLI ANGELI - PUTIGNANO		956
BA	PUBB	IRCCS	160902	16090201	HIC				GASTROENTEROLOGICO DE BELLIIS - CASTELLANA GROTTE		132
BA	PUBB	H_ASL	160156	16015604	H1		CTZ	CB	OSPEDALE UMBERTO I - CDRATO		108
BA	PUBB	H_ASL	160156	16015603	H3		PST		OSPEDALE DON TOMINO BELLO - MOLIFETTA		70
BA	PUBB	H_ASL	160169	16016901	PPA			CR	OSPEDALE FALLACARA - TROGGIANO	Sede di Centro Rilevaggi e Riabilitazione post-acute, oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto socio-sanitario	60
BA	PUBB	H_ASL	160156	16015605	PPA			CR	OSPEDALE SARACONE - TERLIZZI	Sede di Riabilitazione post-acute oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto socio-sanitario	60
BA	PRIV	ET	160078	16007801	H1	SU1	CTZ	CU	OSPEDALE MIULI - ACQUAVIVA DELLE FONTI		371
BA	PRIV	CDL	160147	16014700	H1			CU	EBM MATER DEI - BARI		449
BA	PRIV	IRCCS	160906	16090601	HIC			CR	FONDAZIONE MAUGERI - CASSANO MARCE		230
BA	PRIV	CDL	160087	16008700	HIC			CU	SANTA MARIA - BARI		152
BA	PRIV	CDL	160140	16014000	HIC			CU	ANTICA - BARI		100
BA	PRIV	CDL	160100	16010000	HIC				MONTE IMPERATORE - NOCI		89
BA	PRIV	CDL	160098	16009800	HIC			CU	MEDICOLA - CONVERSANO		88
BR	PUBB	H_ASL	160170	16017001	H2	SU1	CTZ	CU	OSPEDALE PEDRINO - BRINDISI		600
BR	PUBB	H_ASL	160162	16016201	H1		CTZ	CU	OSPEDALE CAMBERLINGO - FRANCAVILLA FONTANA		188
BR	PUBB	H_ASL	160170	16017004	PPA				OSPEDALE SAN RAFFAELLO - EGLE MESSAPICA	Sede di Centro Rilevaggi e Riabilitazione post-acute, oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto socio-sanitario	105
BR	PUBB	H_ASL	160161	16016101	H3		PST		OSPEDALE CIVILE - OSTUNI	Con servizio di Cardiologia	100
BR	PUBB	H_ASL	160170	16017002	PTA				OSPEDALE SAN CAMILLO - MESAGGHE	Centro integrato di servizi territoriali (progetto di servizio da redigere)	
BR	PUBB	H_ASL	160170	16017003	PTA				OSPEDALE MELLI - SAN PIETRO VERNOTICO	Centro integrato di servizi territoriali (progetto di servizio da redigere)	
BR	PUBB	H_ASL	160161	16016102	PTA				OSPEDALE UMBERTO I - FAGANO	La riorganizzazione dell'ospedale in PTA avviene tenendo conto della costruzione del nuovo ospedale Monopoli - Fasano	
BR	PRIV	CDL	160103	16010300	HIC				SALUS - BRINDISI		60
BR	PRIV	IRCCS	160151	16015101	HIC				MEDIA - BRINDISI		70
BT	PUBB	H_ASL	160177	16017701	H3	SU1	CTZ	CB	OSPEDALE DIMICCOLI - BARILETTA		261
BT	PUBB	H_ASL	160174	16017401	H3		CTZ	CU	OSPEDALE BONOMO - ANDRIA		218
BT	PUBB	H_ASL	160178	16017801	H3		PST	CB	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - BISCUGLIE		170
BT	PUBB	H_ASL	160174	16017402	PPA			CR	OSPEDALE CAIUPI - CANOSA	Sede di Centro Rilevaggi e Riabilitazione post-acute, oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto socio-sanitario	60
BT	PUBB	H_ASL	160178	16017802	PTA				OSPEDALE SAN NICOLA PELLEGRINO - TRANI	Centro integrato di servizi territoriali (progetto di servizio da redigere) oltre che sede di Centro produttivo, di hub farmaceutico territoriale e di UCCP	
BT	PRIV	CDL	160180	16018000	HIC			CB	DIVINA PROVVIDENZA - BISCEGLIE		100
FG	PUBB	ASL	160910	16091001	H2	SU2	CTZ	CU	OSPEDALE RINUNTI FOGGIA		811
FG	PUBB	H_ASL	160163	16016301	H3		CTZ	CU	OSPEDALE MASSIELLI - SAN SEVERO		205
FG	PUBB	H_ASL	160047	16004701	H3		CTZ	CU	OSPEDALE TARABELLA - CENIGOLIA		174
FG	PUBB	H_ASL	160164	16016401	H3		PST	CB	OSPEDALE CIVILE - MANFREDONNA		122
FG	PUBB	H_ASL	160163	16016307	HAD				OSPEDALE LASTARIA - LUCCA	Presidio di area oncologica oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto territoriale	46
FG	PRIV	IRCCS	160905	16090501	H1	SU1	CTZ	CU	CASA SOLLEVO - SAN GIOVANNI ROTONDO		853
FG	PRIV	CDL	160161	16016100	HIC			CB	CEBB VILLA SERENA/SAN FRANCESCO - FOGGIA		893
FG	PRIV	CDL	160125	16012500	HIC			CB	SANTA MARIA BAMBINA - FOGGIA		80
FG	PRIV	CDL	160102	16010200	HIC				PROF. BRODETTI - FOGGIA		60
FG	PRIV	CDL	160105	16010500	HIC			CB	DE LUCA - CASTELNUOVO DANUBIA		51
FG	PRIV	CDL	160106	16010600	HIC				SAN MICHELE - MANFREDONNA		31
LE	PUBB	H_ASL	160171	16017101	H2	SU2	CTZ	CU	OSPEDALE FAZZI - LECCE	All'interno del comprensivo va realizzato integrando logisticamente e funzionalmente le relative discipline il polo di riferimento pediatrico della provincia	748
LE	PUBB	H_ASL	160063	16006301	H1		CTZ	CU	OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - GALLIPOLI		224
LE	PUBB	H_ASL	160166	16016601	H1		CTZ	CU	OSPEDALE DELLA FONTE - SCORRANO		207
LE	PUBB	H_ASL	160167	16016701	H3		PST	CB	OSPEDALE FERIANI - CASABIANCO		133
LE	PUBB	H_ASL	160062	16006201	H3		PST	CB	OSPEDALE SANTA CATERINA NONOLLA - GALATINA		243
LE	PUBB	H_ASL	160165	16016501	H3		PST	CB	OSPEDALE SAN GIUSEPPE - COPERTINO	Osteria e Ginecologia è da intendersi prospettivamente come centro per l'endometriosi. Il piano maxillo in esercizio viene di fatto con il completamento della sterilità ostetrica del nuovo Fazz di Lecce e a condizione che sia garantito dall'ASL Lecce l'adeguato presidio di maneggio	120
LE	PUBB	H_ASL	160173	16017302	H2			CB	OSPEDALE GALATEO - SAN CESAREO		106
LE	PRIV	ET	160060	16006001	H1	SU1	ETZ	CU	OSPEDALE PINOCCIO - TRICAMI		800
LE	PRIV	CDL	160150	16015000	HIC			CU	CITTA' DI LECCE - LECCE		101
LE	PRIV	CDL	160107	16010700	HIC			CB	PROF. PETRUCCIARI - LECCE		73
LE	PRIV	CDL	160153	16015300	HIC				EURESTRA - CASABIANCO		60
LE	PRIV	CDL	160110	16011000	HIC				SAN FRANCESCO - GALATINA		60
LE	PRIV	CDL	160109	16010900	HIC				VILLA VERDE - LECCE		40
LE	PRIV	CDL	160108	16010800	HIC				VILLA BIANCA - LECCE		20
TA	PUBB	H_ASL	160172	16017201	H2	SU2	CTZ	CU	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO		419
TA	PUBB	H_ASL	160168	16016801	H1		CTZ	CU	OSPEDALE CIVILE - CASTELLANETA		202
TA	PUBB	H_ASL	160075	16007501	H1		PST	CB	OSPEDALE VALE D'OTRA - MARTINA FRANCA	Il punto nascita e la terapia intensiva rimangono in esercizio attraverso il reperimento delle risorse per investimenti e delle risorse umane per garantire la conduzione nel rispetto degli standard di legge, del volume di 100 parti anno e in piena compatibilità con gli eventuali piani di rientro infermi previsti dal comma 524 e ss. della legge Finanziaria 2016	162
TA	PUBB	H_ASL	160172	16017202	H2				OSPEDALE MOSCATI - STATTE		129
TA	PUBB	H_ASL	160074	16007401	H3		PST	CB	OSPEDALE GIOVANNI - MANDURIA	Il punto nascita e la terapia intensiva rimangono in esercizio attraverso il reperimento delle risorse per investimenti e delle risorse umane per garantire la conduzione nel rispetto degli standard di legge, del volume di 100 parti anno e in piena compatibilità con gli eventuali piani di rientro infermi previsti dal comma 524 e ss. della legge Finanziaria 2016	105
TA	PUBB	H_ASL	160191	16019101	PPA			CR	OSPEDALE SAN MARCO - GROTTOLE	Sede di Centro Rilevaggi e Riabilitazione post-acute, oltre ai servizi territoriali di pertinenza del distretto socio-sanitario	72
TA	PRIV	CDL	160118	16011800	HIC			CU	VILLA VERDE - TARANTO		164
TA	PRIV	CDL	160111	16011100	HIC				BERNARDINI - TARANTO		96
TA	PRIV	CDL	160114	16011400	HIC				SAN CAMILLO - TARANTO		83
TA	PRIV	CDL	160146	16014600	HIC				CENTRO MEDICO BAB. JYE MANIGERI - GINOSA		62
TA	PRIV	CDL	160141	16014100	HIC				VILLA BIANCA - MARTINA FRANCA		60
TA	PRIV	CDL	160149	16014900	HIC			CB	SOTTANELLA CARITA' - TARANTO		60
TA	PRIV	CDL	160112	16011200	HIC				L'AMORE - TARANTO		40
TA	PRIV	CDL	160125	16012500	HIC				SANTA RITA - TARANTO		30

Tavola 1. 32. Ospedali pubblici e privati della Regione Puglia ai sensi dell'art.2 del RR n. 3/2018 (segue)



legenda)

LEGENDA Tav. 1.32

5	H2	OSPEDALE DI SECONDO LIVELLO
15	H1	OSPEDALE DI PRIMO LIVELLO
12	HB	OSPEDALE DI BASE
1	HAD	OSPEDALE DI AREA DISAGIATA
3	_H2	PLESSO DI OSPEDALE DI SECONDO LIVELLO
29	HIC	OSPEDALE DI INTEGRAZIONE E COMPLEMENTO
5	PPA	PRESIDIO DI POST-ACUZIE (IN CONCESSIONE PUBBL/PRIV)
4	PTA	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA

LEGENDA RETE ICTUS

4	SU2	STROKE UNIT 2 LIVELLO
7	SU1	STROKE UNIT 1 LIVELLO

LEGENDA RETE TRAUMA

3	CTS	CENTRO TRAUMI ALTA SPECIALIZZAZIONE
17	CTZ	CENTRO TRAUMI DI ZONA
12	PST	PRONTO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

LEGENDA RETE CARDIOLOGICA

16	CUE	CARDIOLOGIA CON UTIC ED EMODINAMICA H24
8	CU	CARDIOLOGIA CON UTIC H24 SENZA EMODINAMICA
8	CB	CARDIOLOGIA DI BASE CON GUARDIA ATTIVA H24
6	CR	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA



SOGGETTI CON ALMENO 1 CRONICITÀ GRAVE		SOGGETTI CON 3 O PIÙ CRONICITÀ GRAVI	
AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB	AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB
Sardegna	155,40	Sardegna	171,98
Puglia	152,65	Calabria	152,71
Campania	150,65	Puglia	150,49
Calabria	148,72	Isole	148,49
Sud	148,60	Mezzogiorno	145,33
Mezzogiorno	148,26	Sud	143,83
Isole	147,55	Sicilia	140,82
Sicilia	144,98	Campania	139,35
Valle d'Aosta	141,90	Basilicata	139,02
Emilia-Romagna	138,79	Abruzzo	137,38
Abruzzo	138,41	Marche	134,31
Umbria	138,21	Umbria	134,05
Basilicata	137,88	Italia	128,65
Italia	137,62	Emilia-Romagna	128,57
Marche	136,98	Lazio	127,78
Lombardia	136,89	Centro	124,92
Lazio	136,50	Valle d'Aosta	124,30
Veneto	134,79	Liguria	121,22
Nord Est	133,96	Molise	120,92
Nord	132,09	Friuli-Venezia Giulia	120,19
Centro	131,76	Nord Est	119,71
Nord Ovest	130,73	Lombardia	119,05
Friuli-Venezia Giulia	129,46	Nord	117,61
Piemonte	124,15	Veneto	116,14
Toscana	120,77	Nord Ovest	116,09
Molise	120,04	Toscana	114,45
Trentino-Alto Adige	114,81	Piemonte	107,39
Liguria	109,82	Trentino-Alto Adige	98,30

Tavola 1. 33. Tasso standard cronicità gravi (2013 fonte ISTAT Health for All)

STRUTTURA	Coloceleste	Colon	Emargo	Fegato	Laringe	Mammella	Pancreas	Polmone	Prostata	Rene	Rotta	Stomaco	Tiroide	Utero	Vesciva	Totale
A.O.SSN Policlinico-Bar	12	294	8	94	7	298	25	22	118	184	90	66	96	172	48	1.433
Casa Sollino della Salernitana	5	114	1	16	25	34	22	53	104	33	29	43	29	44	45	954
Osp.C. MUSE-Aspetti Della Foni	8	116	2	17	21	53	5		294	99	8	27	83	60	59	645
A.O.U.U. di Foggia-Foggia	1	92	1	18	19	150	7	82	198	47	33	26	11	21	27	673
Osp. V. Fazio-Lecce	3	67		4	17	113		137	24	8	2	18	68	78	3	530
Osp. S. Paolo-Bar	4	22				288		104					2	1		484
Osp.C. G. Panico-Taranto	3	69	1	3	13	48	5	8	94	84	22	11	8	19	95	453
Istituto Tumori Giovanni Paolo 9-Bar	1	28	3	10	5	331	1	1	3	14	24	12	24	12		434
CCA C.B.H. Mater Dei-Bar	1	38		4	2	144	8	66	4	3	7	12	6	82	2	379
CCA Danuro SRL-Taranto	1	68		2	2	251	1			1	6	2	85	1		361
Osp. Pantano-Bari	1	48			9	192			8	14	4	5	32	14	3	341
IROCCSqu. Saverio de Bellis-Castellana Grotte	8	125	2	14			18				45	40		2		254
Osp. S.S. Annunziata-Miscali-Taranto	48			2	3	92			7	9	13	7	3	52	9	243
CCA Città di Lecce-Lecce	1			2		199						8	7			177
Osp. Mons. R. Dinecro-Bari	31				24	163					11	2	3			174
Osp. di Marino Frasca-Morino Franca	1	97		2		17			58	8	12	4		4	15	158
CCA S. Paolo-Bar	1	26				49	1		20	2	13	3		4	16	149
CCA Casa Bianca-Cassano delle Murge	3	24		2		58	2		8	14	19	8	7	8	6	168
Osp. di Copertino-Copertino	1	51	2	9		7	6		1	3	18	13	2	16	1	123
Osp. Sacro Cuore di Gesù-Gallipoli	39					83					13	4				113
Osp. di Marone-Marone	6				1	58			24	10				7	3	111
Osp. di Venere-Bar	11				34	6			39	2			4	8	5	108
Osp. di Casano-Casano	2	17		10		2	1		26	21	1	5	2	5	5	95
CCA Prox. Pasticciari SRL-Lecce	13					99			2	9					2	61
Osp. L. Bonome-Andria	31			2					10	3	8	3	3	16	3	78
Osp. S. Paolo-Alatrin	13					28			20	4	2	5				77
Osp. di Manduria-Manduria	32			1		19					5	5				62
Osp. di Francavilla Fontana	18			1		21					3	1		6		56
Osp. di Scorrano-Scorrano	23			2		3				1	10	5	1		2	47
CCA Bevanini-Taranto	26	1		3		1	1				11	5		2	1	45
Osp. di Altamura-Altamura	13	1		2	1	6	1		6	2	5	1		1	3	44
Osp. G. Teterola-Corigliano	14								14	7	2	2				43
CCA Prof. Brodetti-Foggia	4			1		9			5	1	18	1	3			39
Osp. S. Paolo-Terlizzi	1	30		4							2					37
Osp. C. Novello-Gallipoli	14			2		7					3			8	1	33
Osp. di Pugliese-Pugliese	9	17		1		11					1		1			32
Osp. di Castellana Castellana	8					4			5	1	4	1			4	28
CCA S. Francesco-Castellana	1	7				8			4		1					21
Osp. di Ostuni-Ostuni	12										1					15
Osp. Teresa Mazzei-San Severo	5					2					1			7		13
CCA S. Camillo-Taranto	8					1			4		1	1				13
CCA S. Salvo-Bari	3					1			2		1		1	2		10
Osp. di Manfredonia-Manfredonia	7										1					8
Osp. di Bisceglie-Bisceglie	3					3					1					7
Osp. S. Serego-Lucera	4					1						1				6
CCA Anthes-Bar	3			2												5
CCA Iudicci SRL-Casertano				1		3					1					5
A.O.SSP Giovanni XXIII-Bar											2					2
Osp. S. Paolo-Cereto														2		2
Totale complessivo	74	1542	22	233	77	1089	93	593	1070	479	413	347	539	652	327	9527

Tavola 1. 34. Numero d'interventi per sede tumorale e struttura ospedaliera di dimissione, anno 2015 - Fonte PNE, elab. ARESS Puglia

Allegato "B"

FIGURE
relative alla Sezione 1
Analisi Socio-Sanitaria-Economica e Rispondenza della Strategia ai
Bisogni Identificati

graf. 3a - Piramide d'età della popolazione regione Puglia al 31-12-2009 (v.a.)

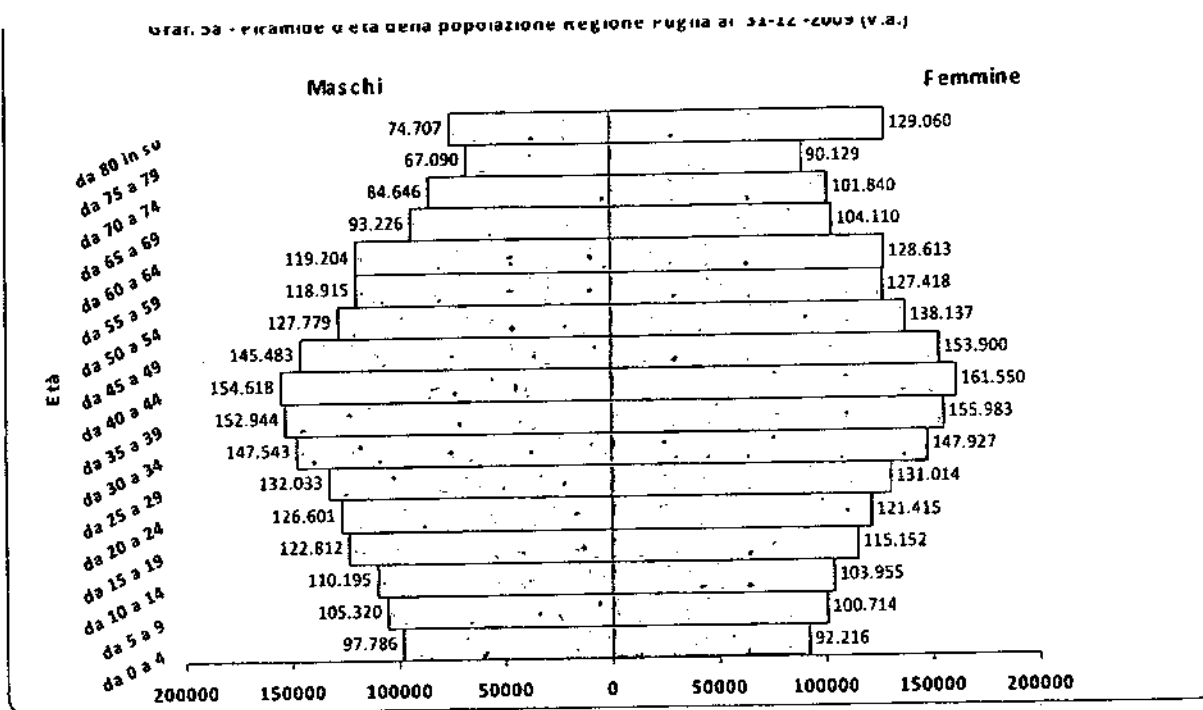


Figura 1. 1 La piramide delle età della popolazione pugliese Fonte: Elaborazione OSR Puglia su dati ISTAT 2010.

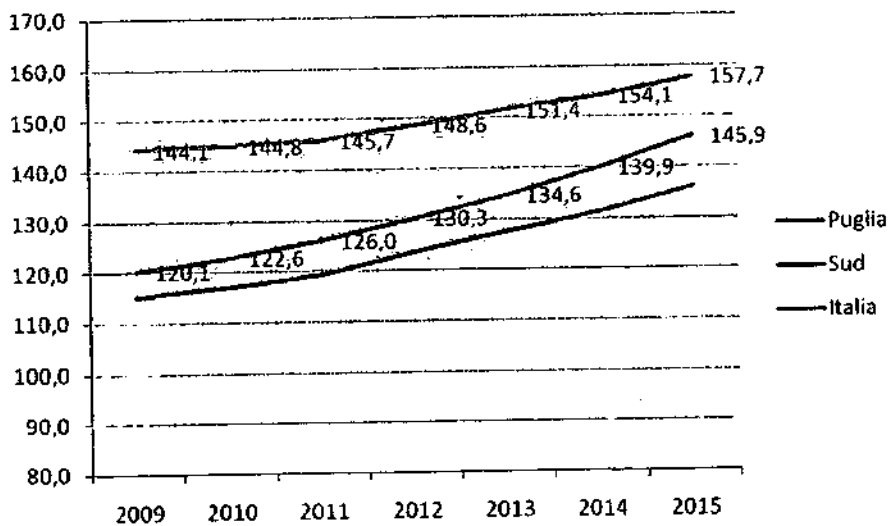


Figura 1. 2 Indice di vecchiaia (fonte ISTAT)

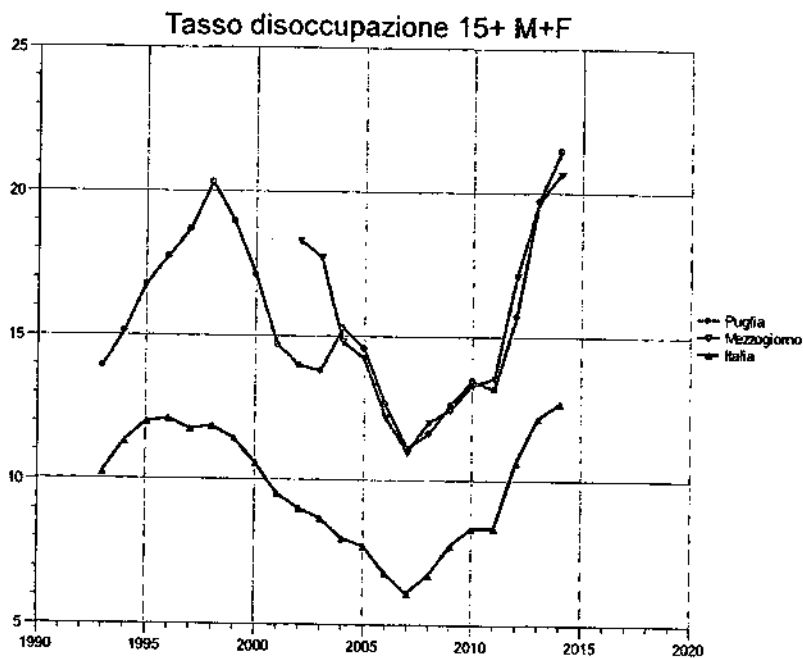


Figura 1. 3 tasso di disoccupazione. Fonte: Health for all, ISTAT 2015

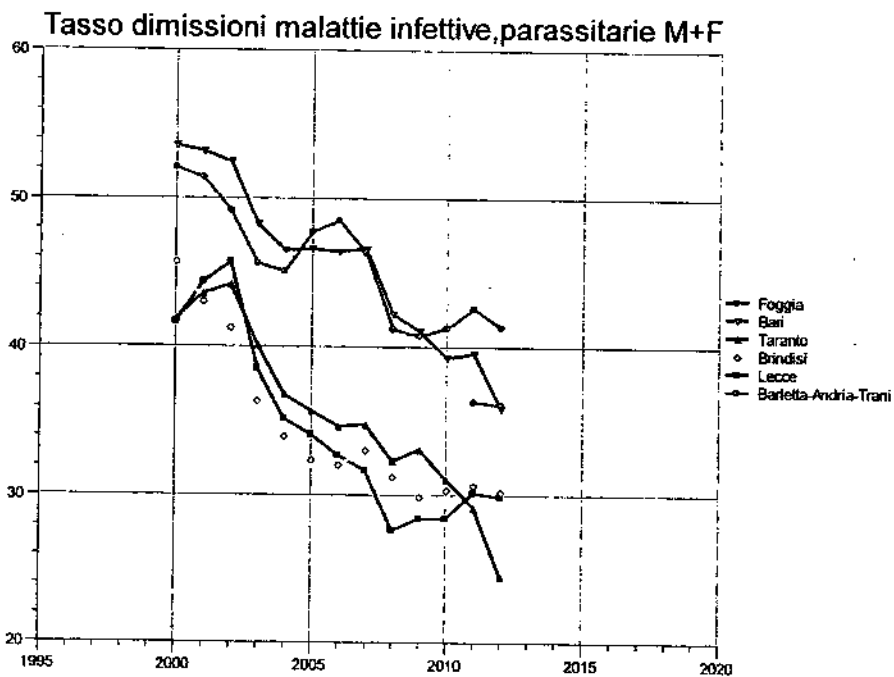


Figura 1. 4 Tasso dimissioni malattie infettive, parassitarie M+F

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

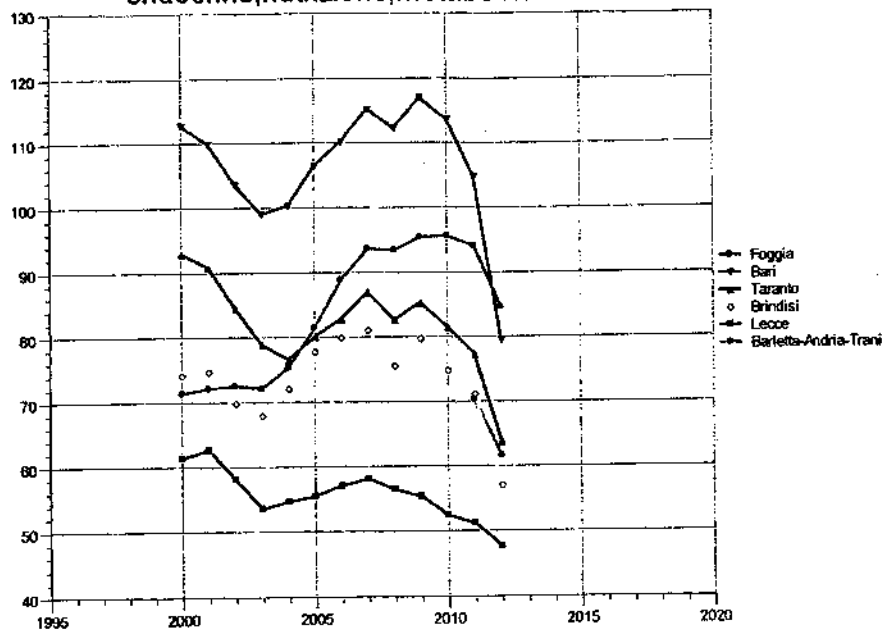


Figura 1. 5 Tasso dimissioni malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo M+F

Tasso dimissioni tumori maligni M+F

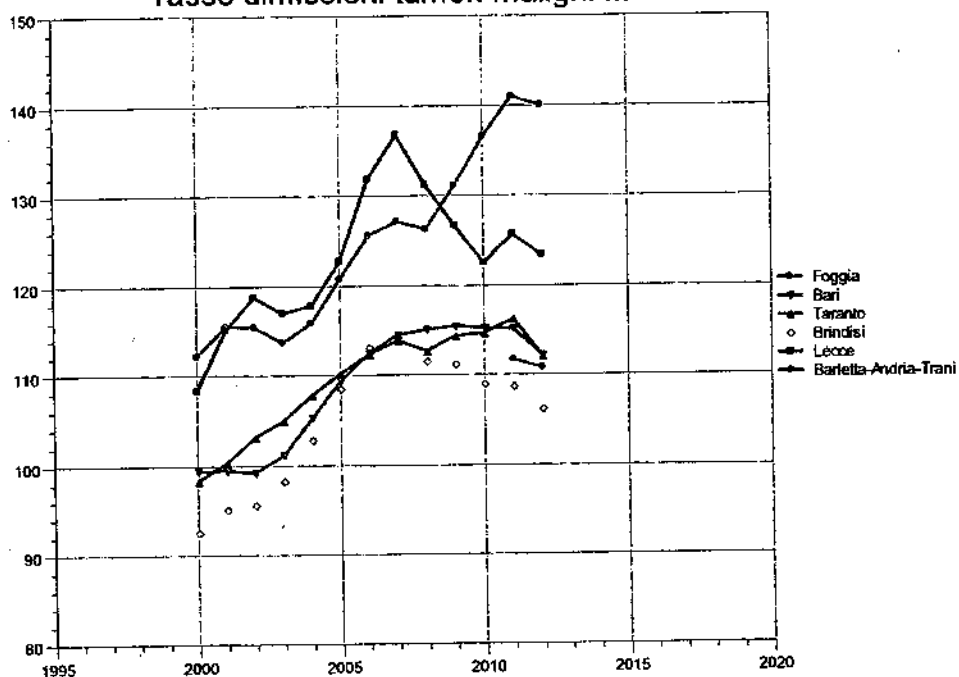


Figura 1. 6 Tasso dimissioni tumori maligni

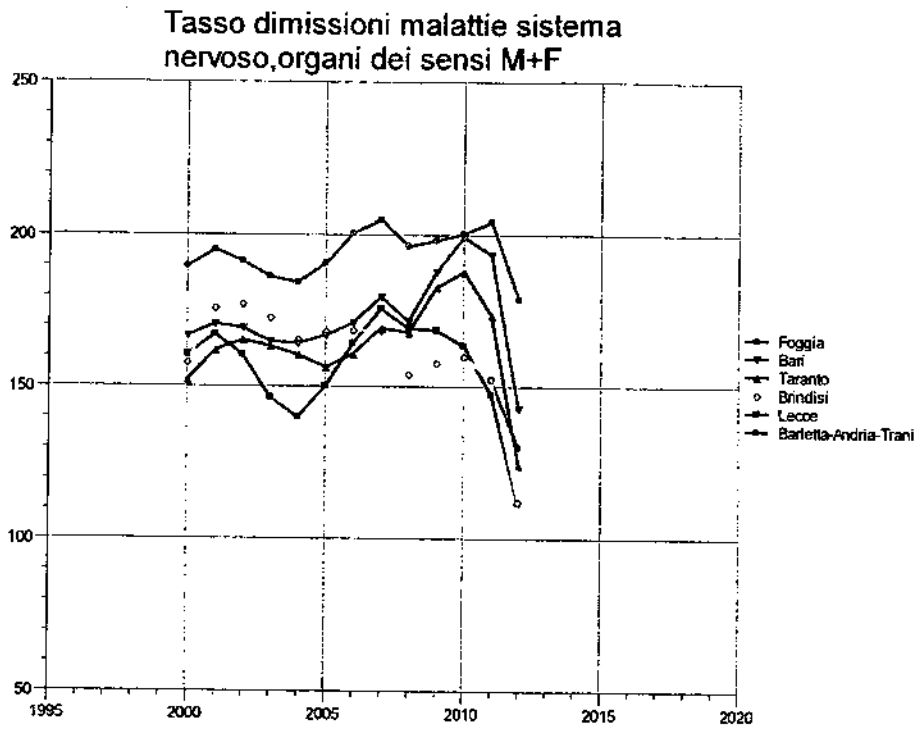


Figura 1. 7 Tasso dimissioni malattie sistema nervoso

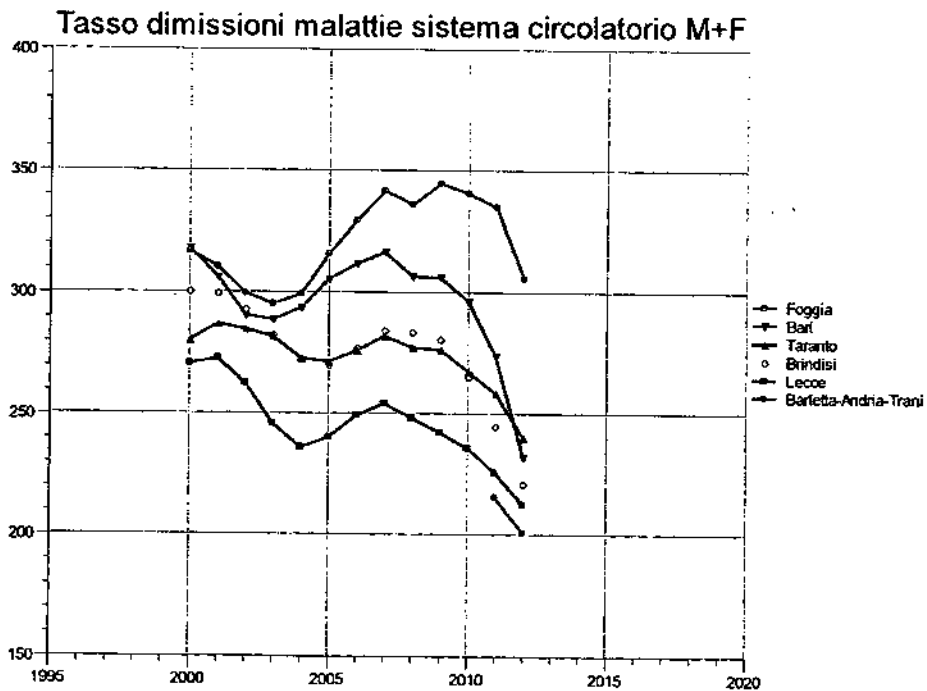


Figura 1. 8 Tasso dimissioni malattie sistema circolatorio



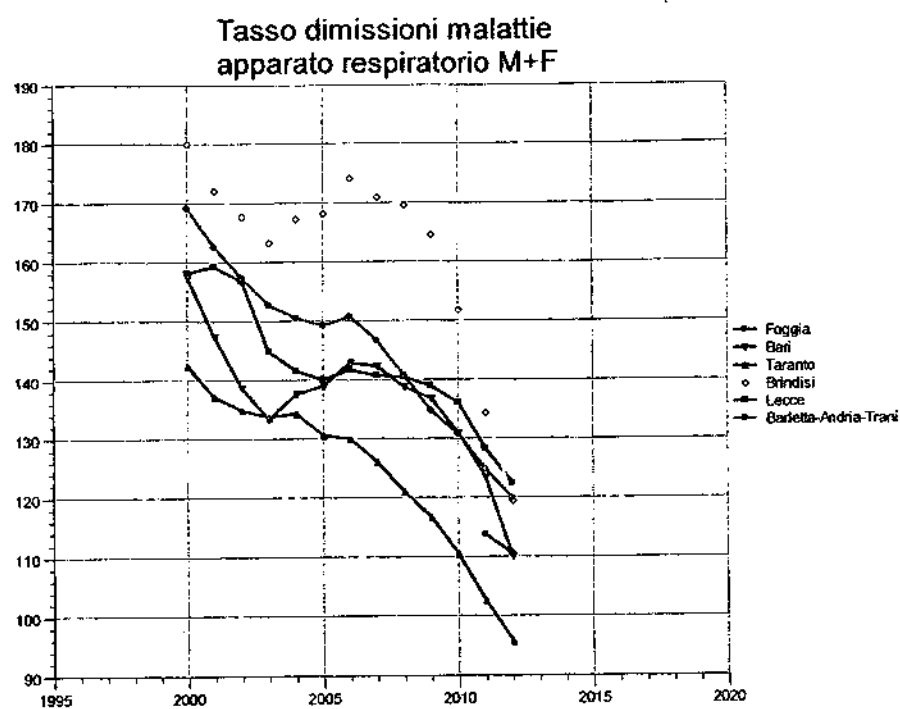


Figura 1. 9 Tasso dimissioni malattie apparato respiratorio

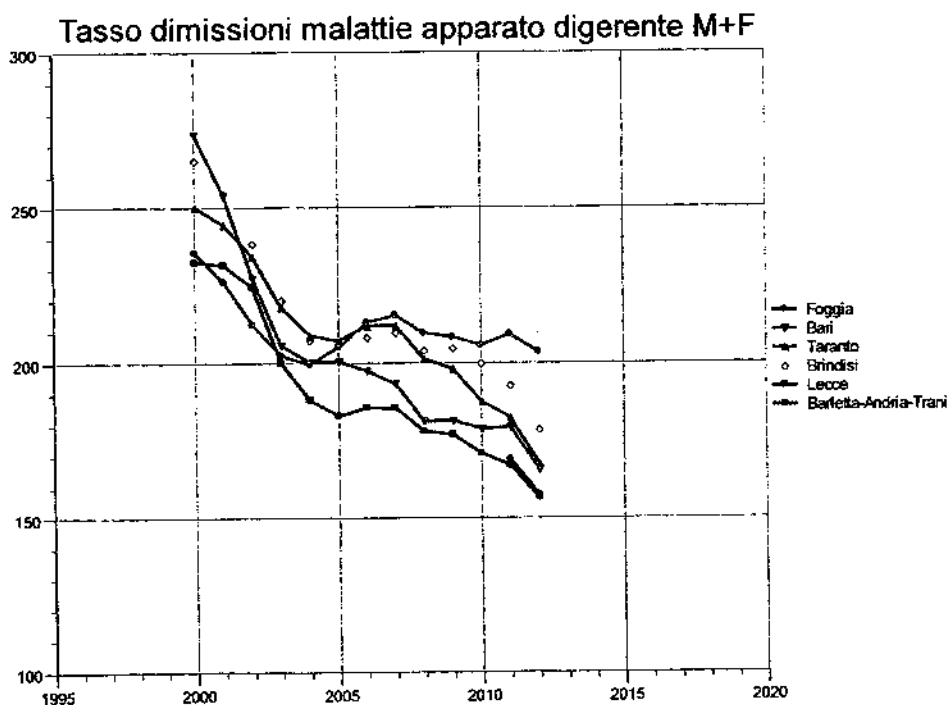


Figura 1. 10 Tasso dimissione malattie apparato digerente



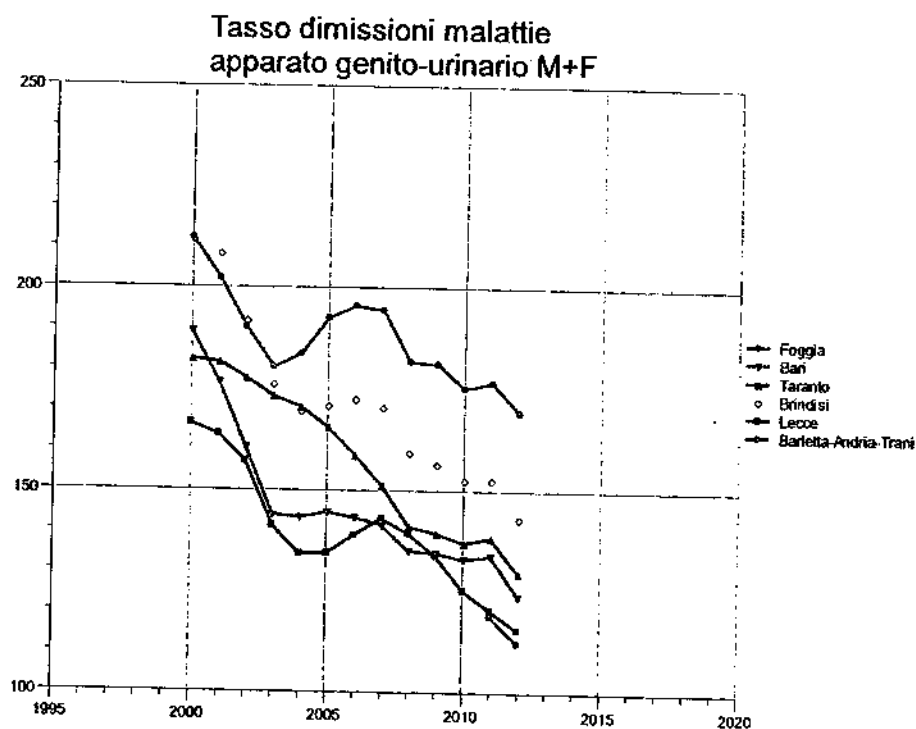


Figura 1. 11 Tasso di dimissioni per malattie dell'apparato digerente, respiratorio e genito-urinario

Tasso ospedalizzazione Regione Puglia confrontato con lo standard ministeriale (2001-2014)

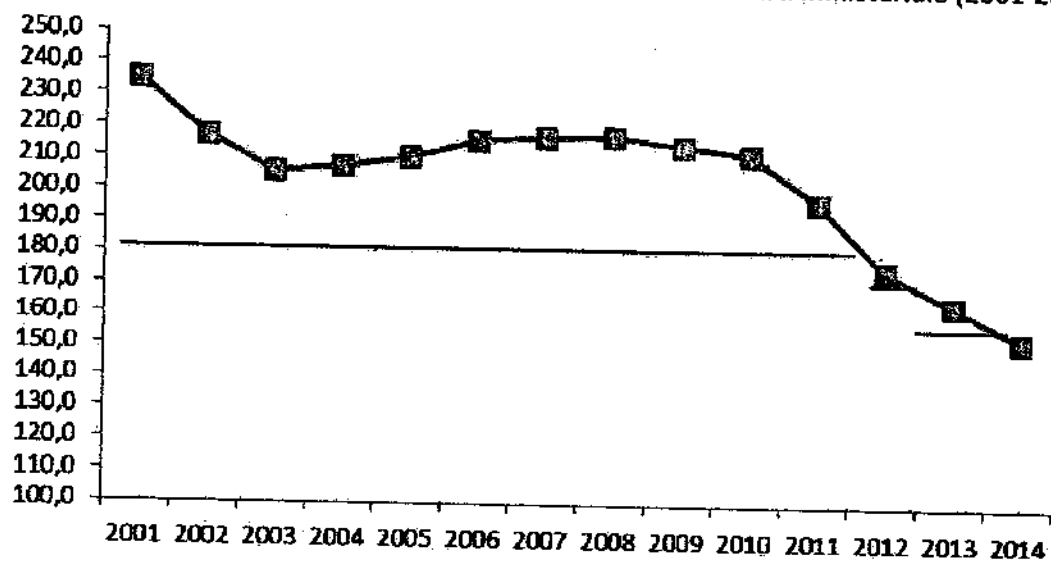


Figura 1. 12 Tasso di ospedalizzazione Regione Puglia per 100 abitanti, 2001-2014

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per provincia per 1000 abitanti, 2010-2015

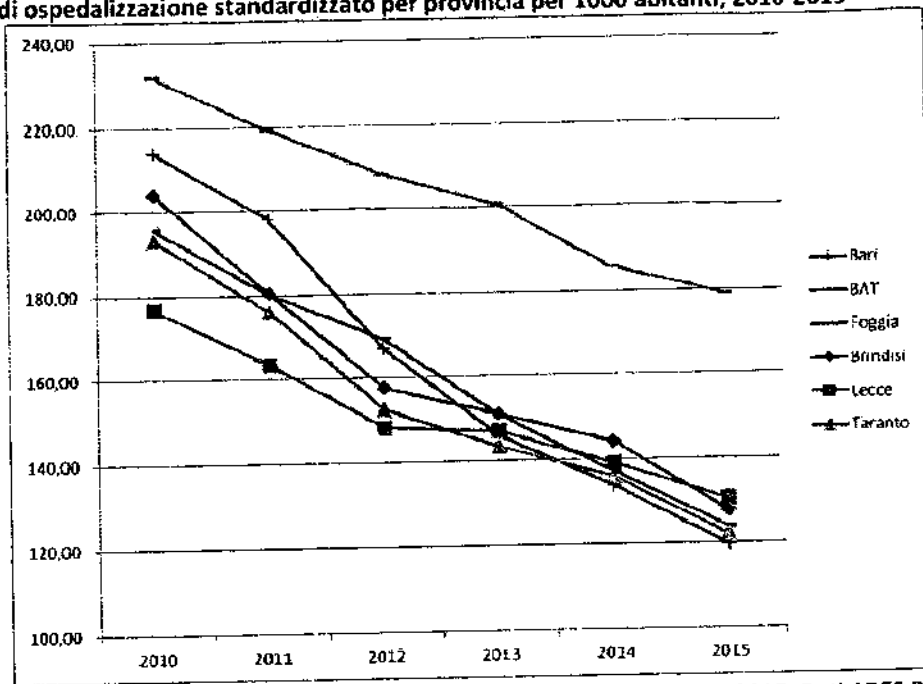


Figura 1. 13 Tasso di ospedalizzazione per provincia per 100 abitanti, 2010-2015, Dati ARES Puglia

Numero di ricoveri per 1000 abitanti

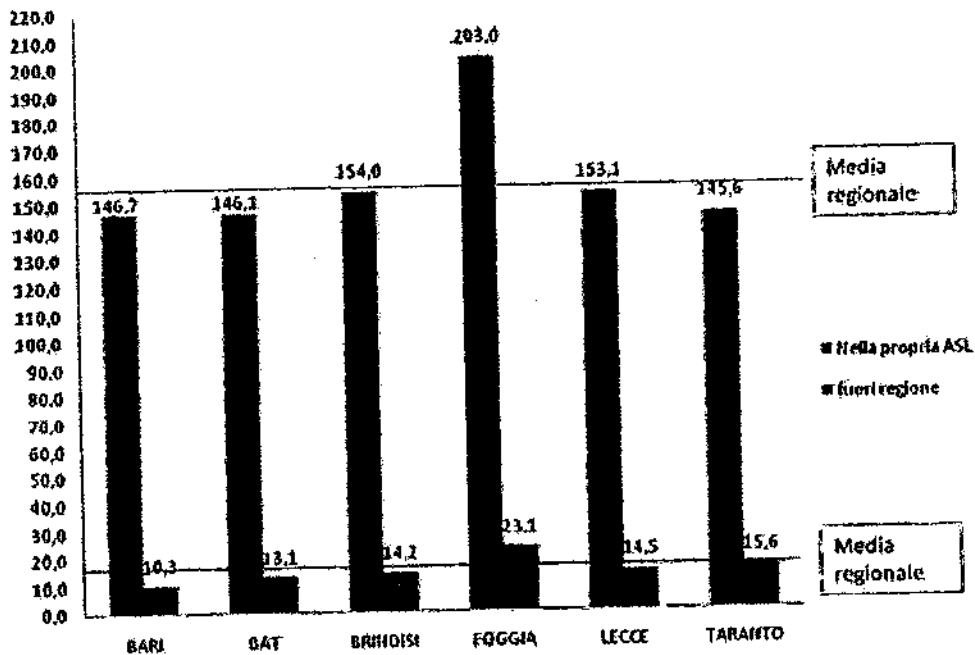


Figura 1. 14 Numero di ricoveri per 1000 abitanti (Dati ARES Puglia, 2013)



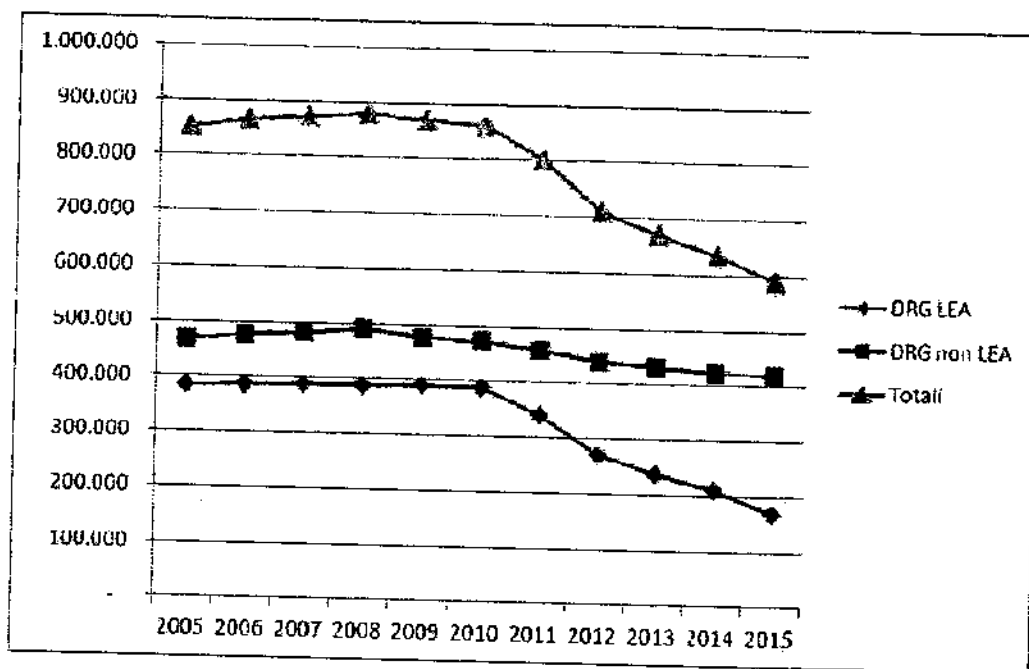


Figura 1. 15 Andamento Numero di ricoveri totali e potenzialmente inappropriati (Dati ARES Puglia, 2005-2015)

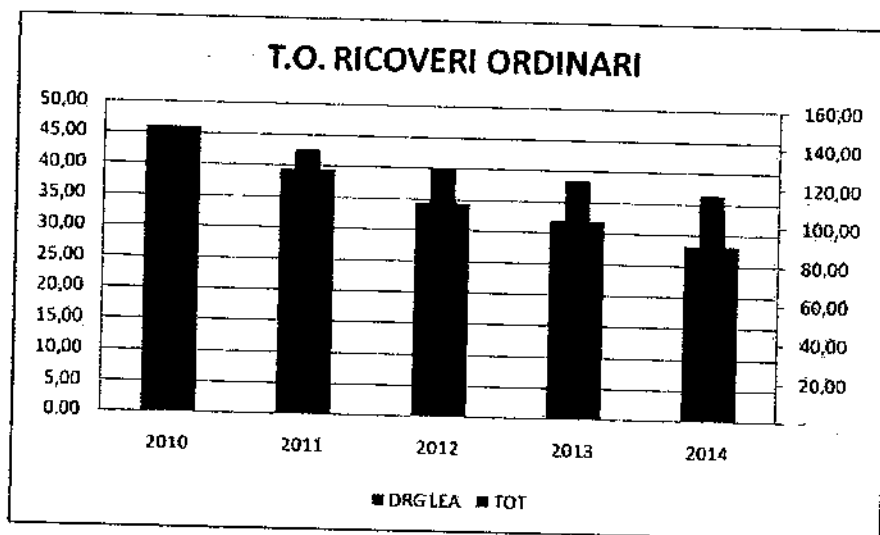


Figura 1. 16 Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (Dati ARES Puglia, 2010-2014)

Numero ricoveri per DRG trasferiti in regime di day service (2011-2014)

DRG	2011					2014				
	PRESTAZIONI TOTALI	RICOVERI TOTALI	Ord	DH	AMB	PRESTAZIONI TOTALI	RICOVERI TOTALI	Ord	DH	AMB
Decompressione del tunnel carpale	4.874	4.581	1.537	3.044	293	3.934	696	351	432	2.148
Diabete età > 35 anni	10.513	10.216	3.968	6.248	295	6.269	2.065	1.048	3.017	6.206
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	33.912	37.827	4.620	28.207	7.508	61.153	2.010	1.295	773	79.081
Ipertensione	20.001	20.116	3.343	16.773	482	12.457	3.956	1.556	2.432	6.471
Malattia polmonare cronica ostruttiva	7.678	7.678	6.863	814	0	4.326	4.526	4.333	193	0

Diff 2014-2011	N. ricoveri tot	%	N. Ord	%	N. DH	%	AMB
Decompressione del tunnel carpale	-3.775	-82%	-1.183	-77%	-2.592	-85%	1.855
Diabete età > 35 anni	-8.151	-80%	-920	-47%	-7.231	-88%	3.909
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	-30.753	-94%	-3.325	-72%	-27.428	-97%	36.576
Ipertensione	-16.130	-80%	-1.791	-54%	-14.339	-85%	7.986

Figura 1. 17 Numero ricoveri per DRG trasferiti in regime di day service (Dati ARES Puglia, 2011-2014)

REGIONE	N. Ricoveri diabete senza cc		Diff %
	2011	2013	
BARI	5.991	808	-87%
BAT	669	199	-70%
BRINDISI	540	174	-68%
FOGGIA	1.262	868	-31%
LECCE	704	473	-33%
TARANTO	961	341	-65%

N. Prestazioni Day service per diabete	
2011	367
2012	4.491
2013	6.352

Figura 1. 18 Numero ricoveri e prestazioni in day service per DRG Diabete senza complicanze (Dati ARES Puglia, 2011-2013)



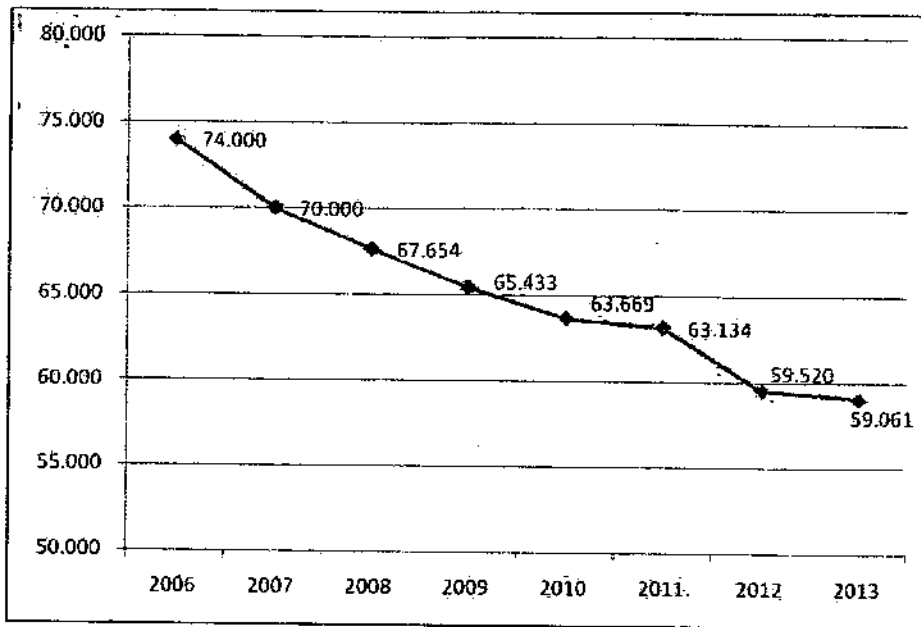


Figura 1. 19 Andamento dei ricoveri in mobilità passiva extraregionale (2006-2013)

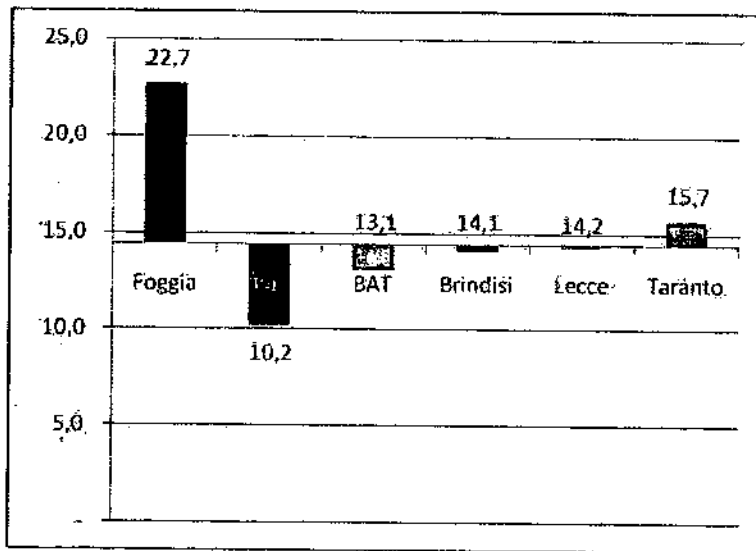


Figura 1. 20 tasso di ospedalizzazione in mobilità passiva extraregionale per ASL (anno 2013) -l'asse orizzontale interseca l'asse delle ordinate in corrispondenza del valore regionale

EL CONSIGLIO REGIONALE

Allegato C

Schede di Sintesi degli Interventi



Scheda di Sintesi Intervento 1

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Lecce		
1- Titolo Intervento	Nuovo Ospedale del "Sud Salento"		
2 - Codice Intervento	1		
3 - Localizzazione	Provincia di Lecce, tra i Comuni di Maglie e Melpignano		
4 - Costo dell'opera	€	142.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	134.900.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	7.100.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	142.000.000,00	
6- Piano Cronologico			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori, in mesi			44
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			9
7- Tipologia dell'opera	Nuova Costruzione		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 2

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Barletta Andria Trani		
1- Titolo Intervento	Nuovo Ospedale di Andria		
2 - Codice Intervento	2		
3 - Localizzazione	Comune di Andria		
4 - Costo dell'opera	€	138.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	131.100.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.900.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	138.000.000,00	
6- Piano Cronologico			
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			4
7- Tipologia dell'opera	Nuova Costruzione		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 3

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Bari		
1- Titolo Intervento	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari		
2 - Codice Intervento	3		
3 - Localizzazione	Comune di Monopoli (BA)		
4 - Costo dell'opera	€	5.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	4.750.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	250.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	5.000.000,00	
6- Piano Cronologico			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi		48	
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi		9	
7- Tipologia dell'opera	Completamento		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 4

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Sanitaria Locale di Bari		
1- Titolo Intervento	Completamento dell'ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature		
2 - Codice Intervento	4		
3 - Localizzazione	Comune di Monopoli (BA)		
4 - Costo dell'opera	€	25.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	23.750.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	1.250.000,00	
c) Altro finanziamento	€	-	
Totale (a+b+c)	€	25.000.000,00	
6- Piano Cronologico			
a) Tempo previsto per l'acquisizione delle attrezzature			18
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			6
7- Tipologia dell'opera	Completamento		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 5

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

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

Scheda di Sintesi Intervento 6

art. 20 legge n. 67/1988
Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

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

Scheda di Sintesi Intervento 7

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL BR		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione Ospedale "Perrino" di Brindisi		
2 - Codice Intervento	7		
3 - Localizzazione	Brindisi		
4 - Costo dell'opera	€	13.200.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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	
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 8

art. 20 legge n. 67/1988
Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL BR		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione Ospedale di Francavilla Fontana (BR)		
2 - Codice Intervento	8		
3 - Localizzazione	Francavilla Fontana (BR)		
4 - Costo dell'opera	€	7.200.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 9

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" presso AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	9		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera	€	25.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 10

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infettivi dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" presso AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	10		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera	€	8.900.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 11

art. 20 legge n. 67/1988
Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	11		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera		€	3.600.000,00
5 - Piano Finanziario			
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
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

AP

Scheda di Sintesi Intervento 12

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	12		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera	€	7.400.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 13

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeristaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	13		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera	€	3.400.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

AP

Scheda di Sintesi Intervento 14

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeritaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'AOU Policlinico di Bari		
2 - Codice Intervento	14		
3 - Localizzazione	Bari		
4 - Costo dell'opera	€	6.500.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 15

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia
Ente Attuatore	ASL BT
1- Titolo Intervento	Riqualificazione e potenziamento dell'Ospedale di Barletta
2 - Codice Intervento	15
3 - Localizzazione	Barletta
4 - Costo dell'opera	€ 8.900.000,00
5 - Piano Finanziario	
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
6- Piano Cronologico	
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente
8- Progetto esecutivo	Non disponibile

Scheda di Sintesi Intervento 16

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL TA		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione dell'Ospedale di Castellaneta (TA)		
2 - Codice Intervento	16		
3 - Localizzazione	Castellaneta (TA)		
4 - Costo dell'opera	€	4.600.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 17

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL Foggia		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione dell'Ospedale di Cerignola (FG)		
2 - Codice Intervento	17		
3 - Localizzazione	Cerignola (FG)		
4 - Costo dell'opera	€	7.200.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 18

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL Foggia		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo		
2 - Codice Intervento	18		
3 - Localizzazione	San Severo (FG)		
4 - Costo dell'opera	€	6.900.000,00	
5 - Piano Finanziario			
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	
6- Piano Cronologico			
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	
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 19

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeritaria "OO RR di Foggia"		
1- Titolo Intervento	Demolizione e ricostruzione di parte del "Monoblocco" dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia		
2 - Codice Intervento	19		
3 - Localizzazione	Foggia		
4 - Costo dell'opera	€	40.000.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	38.000.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	2.000.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	40.000.000,00	
6- Piano Cronologico			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			42
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			4
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		



Scheda di Sintesi Intervento 20

art. 20 legge n. 67/1988

Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	Azienda Ospedaliero Univeritaria "OO RR di Foggia"		
1- Titolo intervento	Riqualificazione dei plessi minori dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia		
2 - Codice Intervento	20		
3 - Localizzazione	Foggia		
4 - Costo dell'opera	€	15.200.000,00	
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	14.440.000,00	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	760.000,00	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	-	
Totale (a+b+c)	€	15.200.000,00	
6- Piano Cronologico			
a) Tempo previsto per la durata dei lavori , in mesi			42
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			4
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 21

art. 20 legge n. 67/1988
 Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL Lecce		
1- Titolo Intervento	Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli		
2 - Codice Intervento	21		
3 - Localizzazione	Gallipoli (LE)		
4 - Costo dell'opera		€	5.300.000,00
5 - Piano Finanziario			
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988			
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988		€	5.035.000,00
c) Altro finanziamento (regionale)		€	265.000,00
Totale (a+b+c)		€	5.300.000,00
6- Piano Cronologico			
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
7- Tipologia dell'opera	Riqualificazione ospedale esistente		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Scheda di Sintesi Intervento 22

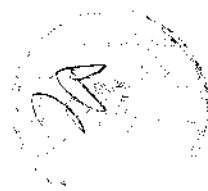
art. 20 legge n. 67/1988
 Proposta di "Secondo Accordo Integrativo di Programma" - Puglia 2019

Richiedente	Regione Puglia		
Ente Attuatore	ASL Bari e ASL BT		
1- Titolo Intervento	Nuovo Ospedale del "Nord Barese"		
2 - Codice Intervento	22		
3 - Localizzazione	Bisceglie-Molfetta		
4 - Costo dell'opera	€	106.900.000,00	
5 - Piano Finanziario	€	94.845.914,50	
a) Finanziamento a carico dello Stato ex art. 20 l.n. 67/1988	€	5.626.315,79	
b) Cofinanziamento regionale ex art. 20 l.n. 67/1988	€	6.427.769,71	
c) Altro finanziamento (regionale)	€	106.900.000,00	
Totale (a+b+c)			
6- Piano Cronologico			24
a) Tempo previsto per la durata dei lavori, in mesi			6
b) Tempo previsto per l'attivazione (a partire dall'ultimazione dei lavori), in mesi			
7- Tipologia dell'opera	Nuova costruzione		
8- Progetto esecutivo	Non disponibile		

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivi Generali	G1. Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero G2. Riequilibrio ospedale-territorio nell'ottica della centralità del paziente G3. Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	Numero di ricoveri inappropriati Tasso di ospedalizzazione Indice di Turn-over Tasso di occupazione Peso medio DRG Costi di gestione degli ospedali (...)	Griglia LEA (verifica annuale adempimenti LEA) Flusso SDO Modelli CE (Conto Economico) Modelli CP (costi dei presidi a gestione diretta) Modelli LA (livelli di assistenza) Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti)	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
Obiettivi Specifici	S1. Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia S2. Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti S3. Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015 S4. Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti Tasso di ricoveri fuori regione Indice di Fuga postì in strutture residenziali/semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti postì per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali/residenziali per 1.000 anziani residenti Saldo Mobilità	Modelli MSP, STS Flusso SDO Flusso FAR Flusso SIAD Flusso EMUR Griglia LEA Flussi Mobilità interregionale	
Obiettivi Operativi	O1. Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina. O2. Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa O3. Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli e Fasano O4. Riqualificazione ospedali di I e II livello O5. Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	Posti letto ospedalieri Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti	Modelli MSP, STS Flusso EMUR	

Logica di intervento	Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni	
Interventi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuovo Ospedale del "Sud Salento" 2. Nuovo Ospedale di Andria 3. Completamento dell'Ospedale di "Monopoli-Fasano" - lavori complementari 4. Completamento dell'Ospedale di "Monopoli-Fasano" - acquisto arredi ed attrezzature 5. Riqualificazione Ospedale San Paolo Bari 6. Riqualificazione Ospedale Di Venere Bari 7. Riqualificazione Ospedale Perrino Brindisi 8. Riqualificazione Ospedale Francavilla Fontana 9. Riqualificazione corpo centrale dell'Ospedale Giovanni XXIII presso ASU Policlinico di Bari 10. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del Corpo Infezioni dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII 11. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di oculistica dell'ospedale Policlinico 12. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di dermatologia dell'ospedale Policlinico di Bari 13. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di gastroenterologia dell'ospedale Policlinico di Bari 14. Riqualificazione energetica e completamento della messa a norma del padiglione di patologia medica dell'ospedale Policlinico di Bari 15. Riqualificazione e potenziamento Ospedale di Barietta 16. Riqualificazione dell'Ospedale di Castellana 17. Riqualificazione dell'Ospedale di Carlinola 18. Riqualificazione dell'Ospedale di San Severo 19. Azienda Ospedaliera Universitaria Riuniti di Foggia - Monoblocco 20. Azienda Ospedaliera Universitaria Riuniti di Foggia - Plessi minori 21. Riqualificazione dell'Ospedale di Gallipoli 22. Nuovo Ospedale del "Morti Barese" 	<p>Indicatori di realizzazione</p> <p>Numero di interventi attivati ad una certa data</p> <p>Andamento della spesa</p> <p>Stato di avanzamento dei lavori</p> <p>Superficie realizzata ad una certa data sul totale previsto</p> <p>Numero di posti letto attivati</p> <p>Lunghezza della viabilità di accesso realizzata ad una certa data</p>	<p>Regione Puglia (Responsabile Accordo di Programma)</p> <p>Soggetti attuatori (Aree Tecniche delle ASL)</p>	

Tabella D- 1. Matrice del Quadro Logico

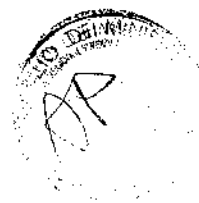


Fattori utili al conseguimento degli obiettivi		Fattori di contrasto al conseguimento degli obiettivi	
Fattori Interni	S (Punti di Forza) Coerenza e complementarità del programma con l'azione di risanamento e riqualificazione del SSR avviata con il Piano di Rientro 2010-2012 e proseguita con il Piano Operativo 2013-2015 e con il Programma operativo 2016-2018 Concomitanza con la revisione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 Pochi grandi interventi con concentrazione delle risorse e standardizzazione delle procedure Complementarità degli interventi (concentrati sulla rete ospedaliera) rispetto ad altre fonti di finanziamento (PO FESR 2014/2020) concentrate sul territorio Rispondenza dei Progetti di investimento ai bisogni rilevati nelle aree vaste di riferimento e condivisione con gli stakeholder del SSR.	Fattori Esterni	W (Punti di Debolezza) Tradizionale ridotta capacità di integrazione ed interlocuzione fra i vari attori della rete assistenziale, in uno scenario prospettico basato, invece, sulla massima interazione dei servizi ospedalieri e territoriali. Potenziale disallineamento tra i tempi di riconversione/disattivazione degli attuali presidi ospedalieri ed attivazione delle nuove strutture. Sottodimensionamento delle strutture tecniche delle Aziende Sanitarie Locali predisposte alla realizzazione degli interventi. Resistenze da parte degli operatori del SSR in relazione alle proprie dinamiche lavorative (mobilità, trasferimenti, formazione, ecc.).
	O (Opportunità) Ottimizzazione della rete per l'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali Ridisegnare l'assetto organizzativo delle risorse umane, ottimizzando l'utilizzo di tutte le professionalità disponibili Concentrare l'assistenza ospedaliera in poche strutture di riferimento e tecnologicamente all'avanguardia Contribuire al riequilibrio al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale; Rendere più efficiente la gestione dei presidi ospedalieri sia in relazione al "building" sia alle tecnologie. Sperimentare ed implementare nuovi e più flessibili modelli organizzativi nella erogazione dell'assistenza ospedaliera.		T (Rischi/Minacce) Vincoli di finanza pubblica che, anche attraverso reiterati blocchi del turn over, dovessero impedire un adeguamento delle piante organiche (non solo in termini quantitativi, ma soprattutto di distribuzione dei profili professionali) nei tempi richiesti dalle nuove attivazioni. Resistenza delle comunità locali alla riconversione delle strutture ospedaliere destinate al ridimensionamento o alla disattivazione. Complessità (data dal rilevante numero di autorizzazioni da conseguire ed Enti da consultare) delle procedure amministrative per l'avvio dei lavori. Resistenza alla cultura del cambiamento per l'utenza in relazione alle nuove modalità di assistenza Rapidità dell'innovazione tecnologica rispetto al tempo necessario alla realizzazione degli investimenti

Tabella D- 2. Matrice SWOT



MATRICE OBIETTIVI/INTERVENTI/INDICATORI										
Obiettivi (>> interventi)										
Obiettivi Generali		Obiettivi Specifici		Obiettivi Operativi		Indicatori (* si veda nota in calce alla tabella)				
				Interventi		Descrizione	Valore atteso			
G1	Miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ospedaliero	S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia	O1	Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina.	1	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 367		
				O2	Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa.	2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 400		
				O3	Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano	3-4	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299		
				O5	Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese	22	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 280		
		S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	O1	Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina.	1	Numero di vecchi presidi dismessi	2		
				O2	Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa.	2	Numero di vecchi presidi dismessi	3		
				O3	Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano	3-4	Numero di vecchi presidi dismessi	2		
				O5	Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	22	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	Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina.	1	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 387
						O2	Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa.	2	Numero di vecchi presidi dismessi	2
O3	Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli					3-4	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 400		
							Numero di vecchi presidi dismessi	3		
							Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299		

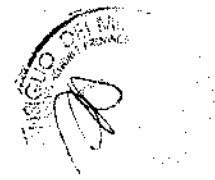


MATRICE OBIETTIVI/INTERVENTI/INDICATORI							
Obiettivi (>> interventi)				Indicatori (* si veda nota in calce alla tabella)			
Obiettivi Generali	Obiettivi Specifici	Obiettivi Operativi	Interventi	Descrizione	Valore atteso		
		ospedali di Monopoli, Fasano.		Numero di vecchi presidi dismessi	2		
		04 Riqualificazione ospedali di I e II livello	da 5 a 21	Numero di ospedali riqualificati	11		
		05 Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	22	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 280		
				Numero di vecchi presidi dismessi	2		
		01 Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina.	1	Numero di vecchi presidi dismessi	2		
		02 Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa.	2	Numero di vecchi presidi dismessi	3		
		03 Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano e Putignano	3-4	Numero di vecchi presidi dismessi	2		
		05 Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	22	Numero di vecchi presidi dismessi	2		
G3	Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale	S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	01 Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Galatina.	1	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 387
						Numero di vecchi presidi dismessi	2
				02 Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa.	2	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 400
						Numero di vecchi presidi dismessi	3
		S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	03 Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano.	3-4	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 299
					Numero di vecchi presidi dismessi	2	
	04 Riqualificazione ospedali di I e II livello			da 5 a 21	Numero di ospedali riqualificati	11	

MATRICE OBIETTIVI/INTERVENTI/INDICATORI						
Obiettivi (>> interventi)					Indicatori (* si veda nota in calce alla tabella)	
Obiettivi Generali	Obiettivi Specifici	Obiettivi Operativi	Interventi	Descrizione	Valore atteso	
		O5 Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	22	Numero di nuovi posti letto attivati	≥ 280	
				Numero di vecchi presidi dismessi	2	
	S4 Riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri	O1 Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Grottole, Mottola, Santeramo e San Giovanni Rotondo	1	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	>10%	
		O2 Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Canosa	2	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	>10%	
		O3 Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano	3-4	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	>10%	
		O5 Attivazione di un nuovo ospedale del Nord-Barese e dismissione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta	22	Riduzione del numero di ricoveri fuori Regione dopo 3 anni dalla attivazione nel bacino di interesse	≥10%	

(* Nota: per una migliore intelligibilità della tabella si è ommesso di riportare tutti gli indicatori descritti nella relativa sezione del documento e nella matrice del quadro logico. Nella presente tabella sono stati riportati solo quattro indicatori di realizzazione di immediato verifica e di sintesi del successo del presente programma di interventi.

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



CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Piano Sanitario Regionale Vigente	Piano Regionale di Salute 2008-2010, approvato con legge regionale 19 settembre 2008, n. 23	Il suddetto piano, seppur vigente, è stato successivamente superato con il Piano Operativo (si vedano righe successive)
Piano di Riordino della Rete Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> • REGOLAMENTO REGIONALE 16 dicembre 2010, n. 18 e smi - "Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010.", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) n. 188 suppl. del 17-12-2010 • REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 36 - "Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.", pubblicato sul BURP n. 189 suppl. del 31-12-2012 • REGOLAMENTO REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 38 - "Abrogazione Art. 1 del R.R. n. 15/2006 - Rideterminazione, rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata", pubblicato n. 189 suppl. del 31-12-2012 • REGOLAMENTO REGIONALE 4 giugno 2015, n. 14 - "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014/2016.", pubblicato sul BURP n. 78 del 05-06-2015 • DGR n. 161/2015 recante "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. Modifiche e integrazione del R.R. n.14/2015" • DGR n. 265/2016 recante "Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 "Regolamento Regionale: "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015". Rettifica". • DGR n. 1933/2016 recante "DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 - Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014" • REGOLAMENTO REGIONALE 10 marzo 2017, n. 7 - "Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", pubblicato sul BURP n. 32 del 14-03-2017 • REGOLAMENTO REGIONALE 19 febbraio 2018, n. 3 - "Approvazione - Regolamento Regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017", pubblicato sul BURP n. 29 del 23-02-2018 	

CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Piano di riordino della rete dell'emergenza-urgenza	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 ottobre 2014, n. 2251 – "Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia.", pubblicata sul BURP n. 160 del 1911-2014	Approvazione del documento che descrive la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, articolata in rete dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera e territoriale (postazioni territoriali e Centrali Operative 118), che prevede un rafforzamento della parte territoriale a seguito e in coerenza della razionalizzazione di quella ospedaliera, con la riconversione di alcuni Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento.
	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1933 - "DM n. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014"	Approvazione della nuova rete Emergenza-Urgenza comprensiva del protocollo operativo per il Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)



CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE		
Categoria di Atto	Atto citato nel documento programmatico	Note
Piano di Rientro e Piano Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • LEGGE REGIONALE 9 febbraio 2011 n. 2 – "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012", pubblicata sul BURP n. 23 dell'11-02-2011 • Programma Operativo 2013-2015 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1403 del 4 luglio 2014 - "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 • Programma Operativo 2016/2018 approvato con DGR n. 129/2018 	<p>Il Piano di Rientro prevede il riordino della rete ospedaliera regionale, con conseguenti ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.</p> <p>Il Piano Operativo, oltre a necessari accorpamenti di unità operative ed alla chiusura di stabilimenti ospedalieri sotto un determinato numero di posti letto, prevede la definizione di un piano pluriennale di investimenti a valere sui fondi comunitari (PO FESR), sui fondi nazionali (FSC e art. 20 l.n. 67/1988), integrati da fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area ionica (ospedale San Cataldo di Taranto) e di quattro nuovi ospedali in sostituzione di altri vetusti e poco accessibili al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei piccoli ospedali.</p>

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

Tipologia	Numero di interventi per categoria	Livello di progettazione (* si veda nota in calce)				
		Studio di fattibilità	Documento Preliminare alla Progettazione (****)	Progetto preliminare (ora progetto di fattibilità tecnica ed economica ***)	Progetto definitivo	Progetto Esecutivo
Nuova Costruzione	3	D (per intervento 1 e 2) ND per intervento 22	ND (I)	ND (E)	ND (E)	ND (E)
Ristrutturazione	17	D	ND (I)	ND (E)	ND (E)	ND (E)
Restauro	0	==	==	==	==	==
Manutenzione	0	==	==	==	==	==
Nuova infrastruttura tecnologica	0	==	==	==	==	==
Completamento	2	D	ND (E)	ND (E)	ND (E)	ND (E)
TOTALE (**)	22	21	0	0	0	0

Note:

(*) con la lettera D si indicano i livelli di progettazione disponibili. Con ND si indicano i livello di progettazione non disponibili con indicazione se da predisporre internamente (I) o da affidare all'esterno (E).

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

(***) come ora ridefinito ai sensi del d.lgs. 50/2016 e smi

(****) è in fase di approvazione il decreto che ai sensi del d.lgs. 50/2016 definisce i livelli di progettazione, per cui tale livello potrebbe essere non più applicabile

Tabella D- 5. Articolazione degli interventi per tipologia

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento		Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
		Statale	Finanziamento regionale			
O1. Attivazione di un nuovo ospedale nel Sud-Salento e dismissione degli ospedali di Scorrano, Gallatina.	1	134.900.000	7.100.000	-	142.000.000,00	23,53%
O2. Attivazione di un nuovo ospedale ad Andria e dismissione ospedali di Corato, Andria (vecchio) e Corato.	1	131.100.000	6.900.000	-	138.000.000,00	22,87%
O3. Attivazione di un nuovo ospedale del Sud-Barese e dismissione degli ospedali di Monopoli, Fasano	2	28.500.000	1.500.000	-	30.000.000,00	4,97%
O4. Adeguamento e potenziamento degli ospedali di I e II livello	17	177.175.000	9.325.000	-	186.500.000,00	30,91%
O5. Nuovo ospedale del Nord Barese e dismissione ospedali di Molfetta e Bisceglie	1	92.545.915	4.870.838	9.483.248	106.900.000,00	17,72%
TOTALE	22	564.220.915	29.695.838	9.483.248	603.400.000,00	100,00%

Tabella D- 6. Fabbisogno Finanziario per obiettivi

Categoria	Numero di interventi per obiettivo	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
Ospedali (*)	22	564.220.915	29.695.838	9.483.248	603.400.000	100,00%
Assistenza Territoriale (**)	0	==	==	==	==	==
Assistenza Residenziale	0	==	==	==	==	==
Sistemi Informatici	0	==	==	==	==	==
Apparecchiature	0	==	==	==	==	==
Altro	0	==	==	==	==	==
TOTALE	22	564.220.915	29.695.838	9.483.248	603.400.000	100,00%
(*) Sono ricompresi acquisti di apparecchiature per un totale di		€ 101.140.783				
(**) Sono ricompresi acquisti di tecnologie per un totale di		€				
			% di incidenza sul programma			
TOTALE TECNOLOGIE		€ 101.140.783	17%			

Tabella D- 6 Fabbisogno Finanziario per categorie

Esercizio Finanziario	TOTALE	Stato (95%)	Regione (5%)	Altri Regione	Note	Interventi Interessati
AO	€ 1.500.000		€ 1.500.000		La Regione eroga il 5% per interventi 3 e 4	3,4
AO +1	€ 60.743.750	€ 51.418.750	€ 9.325.000	==	Ad avvio lavori la Regione eroga il 5% per gli interventi di potenziamento.	da 5 a 21
AO +2	€ 70.289.588	€ 51.418.750	€ 18.870.838	==	Ad avvio lavori la Regione eroga il 5% per i nuovi ospedali (int. 1,2 e 22) ed erogazioni statali sui SAL per interventi di potenziamento delle strutture ospedaliere (da 3 a 21)	Tutti
AO +3	€ 123.127.933	€ 123.127.933		==	Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
AO +4	€ 123.127.933	€ 123.127.933		==	Erogazioni statali sulla base dei SAL	Tutti
AO +5	€ 71.709.183	€ 71.709.183		==	Erogazioni statali sulla base dei SAL	1,2 e 22
AO +6	€ 71.709.183	€ 71.709.183			Erogazioni statali sulla base dei SAL	1,2 e 22
AO +7	€ 91.292.431	€ 71.709.183		€ 9.483.248	Erogazioni statali sulla base dei SAL	1,2 e 22
TOTALE	€ 603.400.000	€ 564.220.914	€ 29.695.638	€ 9.483.248		

Nota: nella ipotesi che gli interventi siano finanziati tutti contemporaneamente

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

AO

Programma	Percentuale di avanzamento finanziario	Note
Accordo di programma 2004	87%	Nessuna criticità particolare.
Accordo di programma 2007	39%	La percentuale deriva da alcuni interventi di rilevante impatto economico, quali il nuovo plesso del "Vito Fazzi di Lecce" e la struttura "Asclepios 3" del Policlinico in corso di realizzazione, la cui realizzazione si è protratta più del previsto a causa di ritardi derivanti da ricorsi amministrativi sulle procedure di gare contenziosi durante l'esecuzione dei lavori. Tali criticità sono oggi superate e si sta procedendo in maniera più spedita.
Programma AIDS e malattie infettive	96%	Nessuna criticità particolare.
Programma radioterapia	100%	Trattasi di cofinanziamenti di interventi dell'AdP 2004
Programma materno infantile		
inchiesta sugli ospedali incompiuti	Non applicabile	

Tabella D- 8. Correlazione AdP con i finanziamenti precedenti

OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

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

Tabella D- 9. Obiettivi generali dell'AdP

Obiettivi Specifici dell'AdP	
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

Obiettivi ed Indicatori del Nuovo Programma				
Codice	Obiettivo specifico	Presenza negli Accordi precedenti	Indicatori	Presenza negli Accordi precedenti
S1	Realizzazione di nuovi ospedali di I livello tecnologicamente all'avanguardia	Nell'Accordo 2007 era prevista la realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture, piccole e vetuste.	Numero di nuovi posti letto attivati	NO (indicatori formulati in maniera differente)
S2	Dismissione degli ospedali vetusti ed inefficienti	Nell'Accordo 2007 era prevista la contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti	Dismissione vecchi ospedali	NO (indicatori formulati in maniera differente)

Handwritten initials/signature

Obiettivi ed indicatori del Nuovo Programma				
Codice	Obiettivo specifico	Presenza negli Accordi precedenti	Indicatori	Presenza negli Accordi precedenti
		ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;		
S3	Razionalizzazione della rete ospedaliera pugliese (aggregazione della offerta) ed adeguamento al DM 70/2015.	Nell'Accordo 2007 era prevista la realizzazione di un sistema qualificato ed efficiente di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio, in modo da ottenere economie nella spesa corrente, liberando risorse da destinare ad investimenti nella prevenzione e cure domiciliari.	Ospedali Riqualificati	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

Note: per gli indicatori di contesto e programma si rimanda al paragrafo 4.1 del Documento Programmatico.

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

Obiettivo Specifico	Numero di interventi per	Finanziamento Statale	Finanziamento regionale	Altri Finanziamenti	Costo Complessivo	% di incidenza sul programma
		358.545.915	18.370.838	9.483.248	386.900.000,00	64,12%
a) Nuova costruzione	3					
b) Ristrutturazione	17	177.175.000	9.325.000	-	186.500.000,00	30,91%
c) Restauro	-	-	-	-	0,00	0,00%
d) Manutenzione	-	-	-	-	30.000.000,00	4,97%
e) Completamento	2	28.500.000	1.500.000	-	0,00	0,00%
f) Acquisto immobili	-	-	-	-	0,00	0,00%
g) Acquisto attrezzature	-	-	-	-	0,00	0,00%
TOTALE	22	564.220.915	29.695.838	9.483.248	603.400.000,00	100,00%














Tabella D- 11. Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento

AP

	Data Regionale	Dotazione Nazionale (o standard di riferimento)	Note
Numero di posti letto per acuti per 1000 abitanti	11.327 (2,78)	11.769 (3)	1.1.2016
Numero di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	1.413 (0,35)	2.746 (0,7)	1.1.2016
Tasso di ospedalizzazione per acuti	122,4		2015 - protocollo di calcolo Network delle Regioni
Mobilità passiva per acuti	8,4%	8%	2015 (% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione-acuti in DO)
% Anziani trattati in Assistenza domiciliare integrato	2,20	>1,88	2015
Posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti residenti	0,27	>0,22	1.1.2016
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	4.050 (0,97)		1.1.2016 - riabilitazione residenziale e semiresidenziale per disabili

Tabella D- 12. Analisi dell'offerta attuale



Regione																						Totale
PIEMONTE	34	18	14	3	10	3	2	85														
VAL D'AOSTA	2	31	1	-	-	-	1	7														
LOMBARDIA	132	82	44	7	43	15	18	341														
P.A. BOLZANO	8	5	-	-	1	1	1	16														
P.A. TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-														
VENETO	73	55	25	5	17	6	7	190														
FVG	21	13	12	-	-	6	2	55														
LIGURIA	29	24	11	2	7	1	3	77														
E. ROMAGNA	87	54	28	3	14	11	12	209														
TOSCANA	89	51	26	12	25	5	9	217														
UMBRIA	24	13	9	3	6	1	3	59														
MARCHE	36	24	11	1	11	1	4	88														
LAZIO	93	54	28	3	21	2	6	207														
ABRUZZO	28	11	6	2	9	-	2	58														
MOLISE	7	3	-	-	4	-	1	15														
CAMPANIA	49	16	11	4	10	2	4	96														
PUGLIA	74	34	15	2	14	5	8	152														
BASILICATA	16	8	3	1	5	2	2	38														
CALABRIA	23	12	3	-	4	3	4	49														
SICILIA	96	48	18	1	25	4	8	199														
SARDEGNA	38	24	0	2	10	4	3	87														
Totale	957	551	273	51	242	70	100	2.244														

(*) Come indicato nel corpo del testo la scelta delle tecnologie da inserire nei nuovi ospedali è rinviata alla fase conclusiva degli interventi al fine di poter assicurare acquisizioni in linea con gli ultimi standard

Tabella D- 13. Analisi dell'offerta attuale di tecnologie. Fonte Ministero della Salute: Strutture pubbliche: numero di Apparecchiature pubblicate al 26.01.2017 (flusso delle grandi apparecchiature ai sensi del DM 22.04.2014)

AD

<i>Note</i>	
<i>Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione dei presidi esistenti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione del nuovo ospedale del Sud Salento con contestuale dismissione degli ospedali di: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Scorrano e Galatina (in prima istanza) e Copertino (in una seconda Fase) • Costruzione del nuovo ospedale di Andrai con contestuale dismissione degli ospedali di: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Andria, Canosa e Corato • Costruzione del nuovo ospedale del nord barese con contestuale dismissione degli ospedali di: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Bisceglie, Molfetta, Terlizzi e Trani
<i>Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento</i>	La costruzione di nuovi ospedali di I livello si configura come realizzazione di nuovi centri di riferimento in accordo con la attuale previsione di riordino della rete ospedaliera. Il documento programmatico prevede inoltre il potenziamento dei due centri di riferimento universitari della Regione Puglia: AOU Policlinico di Bari – Giovanni XIII (160907) e AOU DO.RR. Foggia (160910)
<i>Riconversione di ospedali in altre funzioni sanitarie</i>	Non applicabile al presente documento programmatico in quanto la Regione Puglia sta procedendo alla conversione delle strutture ospedaliere mediante l'utilizzo delle risorse del PO FESR 2014/2020 Azione 9.12
<i>Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione</i>	Non applicabile. Il numero complessivo di posti letto rinvenienti dal presente documento programmatico è all'interno dello standard attuale ed in linea con la proposta di riordino del piano ospedaliero analizzata ai sensi del D.M. 70/2015 dall'apposito tavolo di lavoro. In particolare, la dotazione massima di posti letto della Regione Puglia, rinveniente dall'applicazione delle previsioni di cui al comma 3 dell'art. del DM 70/2015, per l'anno 2017 (applicando il coefficiente di 0,65 al saldo della mobilità interregionale) è pari a 14783, di cui 11.986 per acuti e 2.797 per post acuti
<i>Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti letto per acuti per 1000 abitanti</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti</i>	Non applicabile (si veda sopra)
<i>Posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti residenti</i>	Non applicabile al presente documento programmatico in quanto la Regione Puglia sta procedendo agli interventi in ambito territoriale con le risorse del PO FESR 2014/2020 Azione 9.12

Tabella D- 14. 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)	La 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 day-service)
Presidi territoriali (art. 5 comma 17 e comma 18 del Patto per la Salute 2014/2020)	La costruzione di nuovi ospedali permette la dismissione delle vecchie strutture ospedaliere e la riconversione delle stesse in strutture territoriali (Presidi di Assistenza Territoriale, PTA, come definiti dal RR n. 14/2015 e smi), sebbene i finanziamenti per tali riconversioni non siano oggetto del presente documento programmatico in quanto come evidenziato nel testo la Regione utilizza le risorse del PO FSER 2014/2020 Azione 9.12 per tali finalità

Tabella D- 15. Sintesi delle informazioni per autovalutazione

AP

Allegato "E"
Prospetti sinottici
Interventi degli Accordi di Programma 2004 e 2007



Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL BA/1	1	COMPLETAMENTO P.O. DI ANDRIA	13.000.000,00	13.000.000,00	12.350.000,00	15/02/06	7.780.706,58	in corso
USL BA/1	2	MESSA A NORMA P.O. DI CORATO	2.500.000,00	2.500.000,00	2.375.000,00	15/02/06	2.375.000,00	concluso
USL BA/1	3	MESSA A NORMA P.O. DI CANOSA	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	03/12/07	591.471,94	in corso
USL BA/1	4	MESSA A NORMA P.O. DI TERLIZZI (5.430.000,00)	5.430.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	10/03/05	1.900.000,00	concluso
USL BA/2	5	ATTREZZATURE PER IL NUOVO OSPEDALE DI BARLETTA	7.400.000,00	7.400.000,00	7.030.000,00	21/01/05	4.789.785,15	in corso
USL BA/2	6	RISTRUTT. PRESIDIO OSPEDALIERO DI BISCEGLIE (4.500.000,00)	4.500.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	13/06/05	2.513.098,03	concluso
USL BA/2	7	RISTRUTT. PRESIDIO OSPEDALIERO DI TRANI (3.800.000,00)	3.800.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	13/06/05	1.839.460,46	in corso
USL BA/2	8	RISTRUTTURAZIONE P. O. DI MOLFETTA (2.350.000,00)	2.350.000,00	2.100.000,00	1.995.000,00	14/10/05	1.059.593,00	in corso
USL BA/3	9	COMPLETAMENTO NUOVO OSPEDALE DELLA MURGIA	25.000.000,00	25.000.000,00	23.750.000,00	03/11/04	23.736.054,16	concluso
USL BA/3	10-12/R	ACQUISTO DI ATTREZZATURE OSPEDALE DELLA MURGIA	2.100.000,00	2.100.000,00				
USL BA/3	11	RICONVERSIONE P.O. DI GRAVINA (1.000.000,00)	1.000.000,00	950.000,00	902.500,00	15/02/06	775.672,76	in corso
USL BA/3	13	RICONVERSIONE P.O. DI GRUMO	750.000,00	750.000,00	712.500,00	15/02/06	668.104,26	concluso



Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL BA/4	14	ADEGUAMENTO A NORME P.O. DI VENERE	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	13/06/05	1.799.206,70	concluso
A.O. POLICLINICO	15	ADEGUAMENTO A NORME P.O. GIOVANNI XXIII - POLICLINICO	4.800.000,00	4.800.000,00	4.560.000,00	04/08/05	3.539.929,63	in corso
USL BA/4	16	ADEGUAMENTO A NORME P.O. SAN PAOLO	1.000.000,00	1.000.000,00	950.000,00	15/02/06	924.947,30	concluso
USL BA/4	17	OSPEDALE DI BITONTO MESSA A NORME	800.000,00	800.000,00	760.000,00	15/02/06	757.242,27	concluso
USL BA/4	18	RISTRUTTURAZIONE EDIFICIO EX OSP. CTO-BARI	1.000.000,00	1.000.000,00	950.000,00	15/02/06	950.000,00	concluso
USL BA/4	19/R	ACQUISTO DI ATTREZZATURE OSPEDALI DI VENERE - S. PAOLO	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	19/07/07	1.280.640,62	in corso
USL BA/4	20	RISTRUTTURAZIONE EDIFICIO EX INAM -BARI	1.300.000,00	1.300.000,00	1.235.000,00	15/02/06	1.235.000,00	concluso
USL BA/5	21	RIFUNZIONALIZZAZIONE S. O. S. MICHELE -PUTIGNANO	4.000.000,00	4.000.000,00	3.800.000,00	06/12/04	3.800.000,00	concluso
USL BA/5	22	RICONVERSIONE EX P.O. PER SERVIZI TERRITORIALI -MOCI	500.000,00	500.000,00	475.000,00	21/01/05	464.732,24	concluso
USL BA/5	23	RICONVERSIONE EX P.O. PER SERVIZI TERR. -CONVERSANO (3.500.000,00)	3.500.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	21/01/05	2.781.168,41	concluso
USL BA/5	24	RICONVERSIONE EX P.O. PER SERVIZI TERR. -POLIGNANO (540.000,00)	540.000,00	500.000,00	475.000,00	28/02/05	475.000,00	concluso

Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL BA/5	25	ADEGUAMENTO A NORMA DEL P.O. DI MONOPOLI (5.400.000,00)	5.400.000,00	4.100.000,00	3.895.000,00	03/08/05	3.895.000,00	concluso
USL BA/5	26	RISTRUTT. E ADEG. S. M. DEGLI ANGELI -PUTIGNAMO (7.370.000,00)	7.370.000,00	5.000.000,00	4.750.000,00	03/08/05	4.750.000,00	concluso
USL BR/1	27	AMPLIAMENTO OSPEDALE PERRINO-BRINDISI	10.000.000,00	10.000.000,00	9.500.000,00	15/02/06	1.447.038,93	in corso
USL BR/1	28	ADEGUAMENTO A NORMA DEL P.O. DI FRANCAVILLA FONTANA	2.500.000,00	2.500.000,00	2.375.000,00	15/02/06	1.643.600,17	in corso
USL BR/1	29	ADEGUAMENTO A NORMA DEL P.O. DI CEGLIE MESSAPICA	700.000,00	700.000,00				
USL BR/1	30	ADEGUAMENTO A NORMA DEL P.O. DI MESAGNE	400.000,00	400.000,00	380.000,00	15/02/06	347.503,77	in corso
USL BR/1	31	ADEGUAMENTO A NORMA DEL P.O. DI S. PIETRO VERNOTICO	1.000.000,00	1.000.000,00	950.000,00	15/02/06	862.785,35	in corso
USL BR/1	32	ADEGUAMENTO A NORMA DELLA SEDE DISTRETTUALE DI FASANO	600.000,00	600.000,00	570.000,00	15/02/06	143.542,75	in corso
USL BR/1	33	ADEG. A NORMA DELLA SEDE DISTRETT. DI FRANCAVILLA FONTANA	850.000,00	850.000,00	807.500,00	15/02/06		
USL BR/1	34	ADEGUAMENTO P. O. DI OSTUNI	3.300.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	15/02/06	2.797.542,31	in corso
USL FG/1	35	NUOVO OSP., COMPLETAMENTO, ACQUISTO ATTREZZATURE, RISTRUTT. OSP. ESISTENTE-S. SEVERO	11.000.000,00	11.000.000,00	10.450.000,00	21/06/05	9.793.809,60	in corso

AD

Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL FG/1	36	COSTRUZIONE PRES. POLISPECIALISTICO-TORREMAGGIORE	1.600.000,00	1.600.000,00	1.520.000,00	10/05/05	1.290.819,08	concluso
USL FG/1	37	PRESIDIO POLISP. E OSP. DI COMUNITA' DI V. DEL GARGANO	1.100.000,00	750.000,00	712.500,00	23/06/05	654.691,70	concluso
USL FG/1	38	REALIZZAZIONE RSA IN TORREMAGGIORE	1.300.000,00	1.300.000,00	1.235.000,00	15/02/06	1.096.539,00	concluso
USL FG/2	39	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO EX P.O. DI CERIGNOLA	700.000,00	700.000,00	665.000,00	10/05/05	664.999,00	concluso
USL FG/2	40	RISTRUTT. E ADEGUAM. STRUTTURE TERRITORIALI DI CERIGNOLA	700.000,00	700.000,00	665.000,00	21/06/05	665.000,00	concluso
USL FG/2	41	CENTRO DI RIABILITAZIONE IN MANFREDONIA	1.000.000,00	1.000.000,00	950.000,00	21/06/05	911.912,72	concluso
USL FG/2	42	REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA-ORTANOVA	850.000,00	850.000,00	807.500,00	09/03/06	798.260,00	concluso
USL FG/2	43	FORNIT. ATTREZZ. PER IL POLIAMBULATORIO DI MANFREDONIA	500.000,00	500.000,00	475.000,00	14/10/05	429.202,00	concluso
USL FG/2	44	AMPLIAMENTO E COMPLETAMENTO POLIAMBULATORIO - MATTINATA (1.250.000,00)	1.250.000,00	1.000.000,00	950.000,00	17/11/05	950.000,00	concluso
USL FG/2	45	REALIZZ. NUOVA STRUTTURA IN TRINITAPOLI PER OSPITARE FUNZIONI DISTR. E AMBUL.	1.200.000,00	1.200.000,00	1.140.000,00	23/06/05	869.651,42	in corso



Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL FG/2	46	OSP. NUOVO DI CERIGNOLA: ADEGUAM. AL PIANO OSPEDALIERO REGIONALE	1.500.000,00	1.500.000,00	1.425.000,00	14/10/05	1.339.932,00	concluso
USL FG/2	47	OSP. DI MANFREDONIA: ADEGUAMENTO AL PIANO OSPEDALIERO REGIONALE	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	23/06/05	1.517.394,00	concluso
USL FG/3	48	RISTRUTT. SEDI DISTRETTUALI-CASTELLUCCIO VALMAGGIORE	700.000,00	700.000,00				
USL FG/3	49	COSTRUZIONE DI POLIAMBULATORIO IN ASCOLI SATRIANO	2.100.000,00	2.100.000,00	1.995.000,00	15/02/06	1.854.808,00	concluso
USL FG/3	50/R	NUOVA SEDE SERT -FOGGIA	800.000,00	800.000,00	760.000,00	01/03/06	730.567,12	concluso
USL FG/3	51/R	ACQUISTO DI NUOVE ATTREZZATURE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA -SERVEZI TERRITORIALI- FOGGIA	902.500,00	902.500,00	857.375,00	10/10/07		in corso
USL FG/3	52/R	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTI A NORME P.O. LUCERA	550.000,00	550.000,00	522.500,00	19/07/07	430.625,00	concluso
USL FG/3	53	ADEGUAMENTO P.O. LASTARIA DI LUCERA	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	24/05/06	1.719.438,00	concluso
USL FG/3	54	COSTRUZIONE POLIAMBULATORIO NEL COMUNE DI CASTELNUOVO	400.000,00	400.000,00	380.000,00	23/06/05	315.780,50	concluso
USL FG/3	55	COSTRUZ. POLIAMBULATORIO DI MOTTA MONTECORVINO	550.000,00	550.000,00	522.500,00	14/10/05	447.223,00	concluso

AD

Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL LE/1	56	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI NUOVO PIANO OSPEDALIERO OSP. V. FAZZI - LECCE	6.700.000,00	6.700.000,00	6.365.000,00	29/05/06	2.879.206,35	in corso
USL LE/1	57	ADEGUAMENTO A NORME DEL P. O. DI GALATINA	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	29/05/06	188.865,50	in corso
USL LE/1	58	ADEGUAMENTO A NORME DEL P. O. DI COPERTINO	5.500.000,00	5.500.000,00				
USL LE/1	59	ADEGUAMENTO A NORME DEL P. O. DI NARDO'	1.500.000,00	500.000,00	475.000,00	24/05/06	475.000,00	concluso
USL LE/1	60	ADEGUAMENTO A NORME DEL P. O. DI CAMPI SALENTINA (700.000,00)	700.000,00	500.000,00	475.000,00	31/05/07	245.169,30	in corso
USL LE/1	61	RISTRUTT. E MESSA A NORME DEL PADIGLIONE EX OPIS DI LECCE	3.000.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	29/05/06	2.554.973,02	in corso
USL LE/1	62	RISTRUTTURAZIONE POLIAMBULATORIO DI GALATONE - LE	550.000,00	550.000,00	522.500,00	29/05/06	438.385,00	in corso
USL LE/1	63	RISTRUTTURAZIONE POLIAMBULATORIO DI SQUINZANO - LE	350.000,00	350.000,00	332.500,00	29/05/06	226.725,40	in corso
USL LE/1	64	RSA A CAMPI SALENTINA - LECCE	400.000,00	400.000,00				
USL LE/2	65	P. O. DI GALLIPOLI RIFUNZIONALIZZAZIONE	3.450.000,00	3.450.000,00	3.277.500,00	24/05/06	1.726.530,37	in corso
USL LE/2	66	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTI DEL P. O. DI CASARANO	4.800.000,00	4.800.000,00	4.560.000,00	01/03/06	3.431.960,38	in corso



Accordo di Programma 2004								
Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL LE/2	67	RISTRUTT. E ADEGUAMENTI DEL P. O. DI GAGLIANO DEL CAPO	900.000,00	900.000,00	855.000,00	24/05/06	354.538,38	in corso
USL LE/2	68	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTI DEL P. O. DI SCORRANO	2.800.000,00	2.800.000,00	2.660.000,00	24/05/06	1.976.288,81	in corso
USL LE/2	69	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTI DEL P. O. DI MAGLIE	900.000,00	900.000,00	855.000,00	24/05/06	788.853,78	in corso
USL LE/2	70	RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO DEL P. O. DI POGGIARDO	900.000,00	900.000,00	855.000,00	24/05/06	825.361,36	in corso
USL TA/1	71	ADEGUAM. A NORME P. O. S. G. MOSCATI- STATTE TARANTO	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	21/06/05	1.193.820,06	in corso
USL TA/1	72	ADEGUAMENTO A NORME P. O. SS. ANNUNZIATA, ACQUISTO ATTREZZATURE - TARANTO	1.500.000,00	1.500.000,00	1.425.000,00	22/03/06	432.815,60	in corso
USL TA/1	73	ADEGUAMENTO A NORME P. O. SAN MARCO -GROTTAGLIE	1.000.000,00	1.000.000,00	950.000,00	20/10/05	773.945,01	in corso
USL TA/1	74	FORNITURA APPARECCHIATURE E ARREDI PER IL NUOVO OSPEDALE DI CASTELLANETA	2.000.000,00	2.000.000,00	1.900.000,00	22/03/06	1.736.170,89	in corso
USL TA/1	75	LAVORI DI COMPLETAMENTO NUOVO OSPEDALE DI MOTTOLA	2.500.000,00	2.500.000,00	2.375.000,00	01/03/06	2.337.811,23	concluso
USL TA/1	76	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEL P. O. DI MARTINA FRANCA	1.700.000,00	1.700.000,00	1.615.000,00	22/03/06	1.594.682,75	concluso
USL TA/1	77	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEL P. O. DI MANDURIA	3.500.000,00	3.500.000,00	3.325.000,00	22/03/06	2.112.861,53	in corso

Accordo di Programma 2004

Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
USL TA/2	78	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEL P. O. DI MASSAFRA	800.000,00	800.000,00	760.000,00	17/11/05	733.714,65	concluso
USL TA/1	79	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE RIFUNZIONALIZZAZIONE E MESSA A NORMA DI VARIE STRUTTURE TERRITORIALI	1.900.000,00	1.900.000,00	1.805.000,00	01/03/06	1.797.235,22	concluso
A.O. POLICLINICO	80-83	AMPLIAMENTO DEL POLICLINICO DI BARI E BANCA DEL SANGUE (16.871.550,94)	16.871.550,94	9.300.000,00	8.835.000,00	17/01/06	8.835.000,00	concluso
A.O. POLICLINICO	81	ACQUISTO ATTREZZATURE PER IL N.C.C.E.	3.000.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	14/10/05	2.850.000,00	concluso
A.O. POLICLINICO	82	RIANIMAZIONE	2.500.000,00	2.500.000,00	2.375.000,00	17/01/06	2.360.128,27	concluso
A.O. POLICLINICO	84/R	ACQUISTO ATTREZZATURE MCCE (EX CLINICHE ORTOPEDICHE)	5.000.000,00	5.000.000,00	4.750.000,00	15/02/06	4.564.019,44	concluso
A.O. POLICLINICO	85	CLINICHE MEDICHE - PADIGLIONE CHINI	5.000.000,00	5.000.000,00			FINANZ. NON RICHIESTO*	
A.O. "OO.RR."FG	86	RISTRUTTURAZIONE MONOBLOCCO CORPO H (5.000.000,00)	5.000.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	03/08/05	2.850.000,00	concluso
A.O. "OO.RR."FG	87	RISTRUTTURAZIONE MONOBLOCCO CORPI B e C	3.500.000,00	3.500.000,00	3.325.000,00	14/10/05	2.128.341,50	in corso
A.O. "OO.RR."FG	88-89/R	DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE DEL NUOVO BLOCCO ALA SINISTRA (7.900.000,00)	7.900.000,00	5.900.000,00	5.605.000,00	27/02/06	5.605.000,00	concluso
A.O. "OO.RR."FG	90	RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA OSPEDALE DI MATERNITA'	3.000.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	15/02/06	630.985,00	

Handwritten signature and circular stamp of the Puglia Region Health Department (DIREZIONE REGIONALE SANITA' PUGLIA).

Accordo di Programma 2004

Ente attuatore	Cod. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Costo complessivo Accordo stralcio 2004	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Erogato alle Aziende Regione su quota Stato	Stato dell'intervento
A.O. "OO.RR."FG	91/R	RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA CORPO B (12.908.868,88)	12.908.868,88	2.500.000,00	2.375.000,00	18/01/08	2.375.000,00	concluso
A.O. "OO.RR."FG	92	CENTRO DI RADIOTERAPIA (7.425.000,00)	7.425.000,00	3.000.000,00	2.850.000,00	11/05/05	2.850.000,00	concluso
IRCCS-BARI	93	ADEG. E RIFUNZIONALIZZAZIONE OSP. COTUGNO PER SEDE IST. ONCOLOGICO (IRCCS)	2.000.000,00	1.021.450,10	970.377,60	23/06/04	1.021.450,10	concluso
IRCCS-BARI	94	ACQUISTO ATTREZZ. PER OSP. COTUGNO PER SEDE ISTITUTO ONCOLOGICO (IRCCS)	9.095.000,00	8.371.960,33	7.953.362,31	29/05/06	7.953.362,31	concluso

Accordo di programma 2007							
Ente attuatore	Num. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo speso su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
ASL BAT	001	ACQUISTO TECNOLOGIE PER IL P.O DI BARLETTA (D.Lgs.254/2000 1.500.000)	5.000.000,00	4.750.000,00	15/05/08	3.493.458,43	in corso
ASL BAT	002	LAVORI DI ADEGUAMENTO A NORMA - S.D. SPINAZZOLA	1.000.000,00	950.000,00	06/04/09	950.000,00	concluso
ASL BAT	003	ACQUISTO TAC PER IL P.O DI ANDRIA (D.Lgs.254/2000 500.000)	800.000,00	760.000,00	16/09/08	760.000,00	concluso
ASL BA	004	ADEGUAMENTO A NORME OSPEDALE DI VENERE DI BARI	20.000.000,00	19.000.000,00	06/04/09	12.458.409,02	in corso
ASL BA	005	ADEGUAMENTO A NORME OSPEDALE S. PAOLO DI BARI	19.920.000,00	18.924.000,00	06/04/09	13.778.936,20	in corso
ASL BA	006	FORNITURA APPARECCHIATURE MEDICALI E LAVORI DI ADEGUAMENTO A NORMA P.O. DI TERUZZI	2.000.000,00	1.900.000,00	06/04/09	1.597.938,12	in corso
ASL BA	007	RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA P.O. DI MOLFETTA	6.200.000,00	5.890.000,00	16/04/09	2.295.241,79	in corso
ASL BA	008	ADEGUAMENTO UNITA' OSTETRICIA E GINECOLOGIA E ACQUISTO IMPIANTO DI TAC - P.O. CONVERSANO	1.500.000,00	1.425.000,00	06/04/09	1.334.519,76	concluso
ASL BA	009	RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO A NORME DEL PLESSO SANITARIO "S.ANTONIO" DI POLIGNANO A MARE	1.800.000,00	1.710.000,00	06/04/09	1.709.600,00	concluso

Accordo di programma 2007							
Ente attuatore	Num. Int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo speso su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
ASL BA	041	REALIZZAZIONE PIASTRA SERVIZI DEL NUOVO OSPEDALE DELLA MURGIA DI ALTAMURA (D. Lgs 254/2000 1.600.000)	25.000.000,00	21.470.000,00	26/06/08	21.470.000,00	in corso
ASL BR	010	AMPLIAMENTO RADIODIAGNOSTICA E ADEGUAMENTO DEL CENTRO GRANDI USTIONI DEL P.O. PERRINO DI BRINDISI.	2.024.000,00	1.922.800,00	29/09/09	1.690.394,42	concluso
ASL BR	011	ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL P.O. FRANCAVILLA F. (Reg 12 AdP 2004 +DGR 688 € 1.550.000)	6.100.000,00	4.322.500,00	06/04/09	3.973.487,22	in corso
ASL BR	012	RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONE S. LORENZO PER AMBULATORI DI MEDICINA DEL TERRITORIO - EX P.O. "DI SUMMA"	680.000,00	646.000,00	06/04/09	52.281,35	in corso
ASL BR	13	RISTRUTTURAZIONE LOCALI EX REP. RADIOLOGIA E PAD. CENTRALE PER REALIZZAZIONE CITTADELLA DELLA SALUTE NELL'EX P.O. DI SUMMA.	1.000.000,00	950.000,00	29/09/09	403.530,18	in corso
ASL BR	014	RISTRUTTURAZIONE 2° PIANO PER REPARTO CHIRURGIA, ALLOCAZIONE DI RMN AL P.T. E ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI DEL P.O. DI MESAGNE.	2.500.000,00	2.375.000,00	29/09/09	854.058,87	in corso
ASL BR	015	RISTRUTTURAZIONE REPARTO OPERATORIO DEL P.O. DI Ceglie Messapica	1.750.000,00	1.662.500,00	06/04/09		variante in corso
ASL BR	016	COMPLETAMENTO ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL P.O. DI S.P. VERNOTICO.	730.000,00	693.500,00	29/09/09	55.633,42	

AP

Accordo di programma 2007

Ente attuatore	Num. Int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo speso su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
ASL FG	017	MESSA A NORMA E ADEGUAMENTO ANTINCENDIO P.O. SAN MARCO IN LAMIS (D.Lgs 254/2000 200,000)	4.800.000,00	4.560.000,00	28/04/09		concluso
ASL FG	018	COMPLETAMENTO E MESSA A NORMA IMPIANTI PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE DI VIESTE	718.000,00	682.100,00	08/04/09	351.788,00	In corso
ASL FG	019	ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA IMPIANTI TECNOLOGICI P.O.SAN SEVERO.	5.020.000,00	4.769.000,00	08/04/09	2.835.841,18	In corso
ASL FG	020	ACQUISTO ATTREZZATURE P.O. MANFREDONIA.	1.000.000,00	950.000,00	06/04/09	824.580,31	Concluso
ASL FG	021	ACQUISTO ATTREZZATURE P.O. CERIGNOLA	1.000.000,00	950.000,00	06/04/09	407.340,42	In corso
ASL LE	022	OPERE NECESSARIE PER GARANTIRE LA COMPLETA ATTIVAZIONE DEL PAD. ONCOLOGICO NELL'AREA P.O. "VITO FAZZI" DI LECCE	5.926.000,00	5.629.700,00	07/04/09	3.557.403,23	In corso
ASL LE	023	INTERVENTI DI ADEGUAMENTI A NORME DEL P.O. "VITO FAZZI" (D.Lgs 254/2000 2.000,000)	9.500.000,00	9.025.000,00	26/06/09	1.556.325,20	In corso
ASL LE	024	COSTRUZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA OSPEDALIERA DA 490 P.L. NEL PLESSO DEL P.O. "VITO FAZZI"	117.000.000,00	111.150.000,00	16/04/09	27.145.377,57	In corso

Accordo di programma 2007

Ente attuatore	Num. Int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo speso su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
ASL LE	025	REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LA SEDE DISTRETTUALE E POLIAMBULATORIO IN CAMPI SALENTINA	2.932.000,00	2.785.400,00	08/04/09	444.566,67	In corso
ASL LE	026	INTERVENTI URGENTI NECESSARI A GARANTIRE LE MISURE MINIME DI SICUREZZA E INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA DEL P.O. DI COPERTINO. (D.Lgs 254/2000 500,000)	5.331.000,00	5.064.450,00	26/06//09	1.605.645,32	In corso
ASL LE	027	INTERVENTI URGENTI E NECESSARI A GARANTIRE LE MISURE MINIME DI SICUREZZA E INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA DEL P.O. DI NARDÒ.	2.933.800,00	2.787.110,00	07/04/09		In corso
ASL LE	028	INTERVENTI NECESSARI PER LA REALIZZAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA CON RISTRUTTURAZIONE E ADEGUAMENTO A NORMA DI PREVENZIONE INCENDI DEL P.O. DI GALATINA (D.Lgs 254/2000 500,000)	6.341.000,00	6.023.950,00	26/06//09		In corso
ASL LE	029	COMPLETAMENTO E ADEGUAMENTO A NORME - ARREDI E ATTREZZATURE PER IL P.O. DI CASARANO.(D.Lgs 254/2000 1.600,000)	14.210.000,00	13.499.500,00	26/06//09		Contratto sospeso per ricorso al TAR
ASL LE	030	COMPLETAMENTO E ADEGUAMENTO A NORME - ARREDI E ATTREZZATURE PER IL P.O. DI POGGIARDO.	2.290.000,00	2.175.500,00	07/04/09	687.325,19	In corso

Accordo di programma 2007							
Ente attuatore	Num. int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo speso su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
ASL TA	031	ADEGUAMENTO A NORMA DELLO STABILIMENTO OSPEDALIERO SS. ANNUNZIATA ED ACQUISTO ATTREZZATURE.	14.500.000,00	13.775.000,00	22/04/09	5.771.507,72	In corso
AO OO.RR. FG	032	REALIZZAZIONE NUOVO PADIGLIONE OSPEDALIERO PER 250 POSTI LETTO	65.000.000,00	61.750.000,00	26/06/09	14.735.727,09	in corso
AO Policlinico Bari	33-35 R	COSTRUZIONE EDIFICIO IN AMPLIAMENTO DEL NUOVO COMPLESSO CHIRURGICO E DELL'EMERGENZA E ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DEL PADIGLIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI E SISTEMAZIONE ESTERNA E SOTTOSERVIZI (53.500.000)	46.000.000,00	43.700.000,00	29/09/09	12.054.855,97	in corso
AO Policlinico Bari	034	ACQUISTO ATTREZZATURE PER I PRESIDI OSPEDALIERI "POLICLINICO E "GIOVANNI XXXIII" (D. Lgs 254/2000 8.955.410,71)	12.455.410,71	11.832.640,17	06/06/08	11.350.535,43	in corso
AO Policlinico Bari	036	ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DELLE CLINICHE DERMO E OCULISTICA. (9.900.000)	8.000.000,00	7.600.000,00	08/04/09		in corso
AO Policlinico Bari	037	ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DEL PADIGLIONE DELLE CLINICHE OSTETRICHE-PEDIATRICHE e NEUROLOGICHE (17.300.000)	11.000.000,00	10.450.000,00	08/04/09	9.604.052,76	in corso
AO Policlinico Bari	038	ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DEL PADIGLIONE DELLE CLINICHE CHIRURGICHE. (15.514.132,80)	13.000.000,00	12.350.000,00	27/08/09		In corso

Accordo di programma 2007							
Ente attuatore	Num. Int.	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data decreto Ministero salute	Importo spese su costo complessivo a carico dello stato	Stato dei lavori
AO Policlinico Bari	039	ADEGUAMENTO NORMATIVO E FUNZIONALE DEL PADIGLIONE "BALESTRAZZI" (13.500.000)	7.000.000,00	6.650.000,00	16/04/09	2.990.816,30	In corso
IRCCS DE BELLIS	040	ACQUISTO ATTREZZATURE PER L'ATTIVAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	5.474.000,00	5.200.300,00	15/05/08	5.077.391,04	in corso



**Nuovo
Sistema
Informativo
Sanitario**

**PUGLIA - ACCORDO DI PROGRAMMA EX ART. 20
DELLA L.N. 67/1988 PER IL FINANZIAMENTO DEGLI
INTERVENTI DI AMMODERNAMENTO E
RIQUALIFICAZIONE DEL SSR.STRALCIO 2019 (DGR
89/2019 E DGR 1512/2019)**

Programma di Riferimento: ACCORDO DI PROGRAMMA EX ART. 20 DELLA
L.N. 67/1988 PER IL FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI DI
AMMODERNAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DEL SSR.STRALCIO 2019

Tipo Atto: DELIBERA REGIONALE

Numero Interventi: 0

Costo Complessivo Atto: 335.200.000,00

Costo a Carico dello stato dell'atto: 318.440.000,00

Costo Complessivo degli interventi: 335.200.000,00

Costo a Carico dello Stato Interventi: 318.440.000,00

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2019	318.440.000,00	STATO
2019	16.760.000,00	REGIONE



Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea	Importo	Provvedimento	Importo
A20	318.440.000,00	Deliberazione CIPE del 06/05/1998 - n. 52 - II fase	133.398.736,45
		Deliberazione Cipe del 02/08/2002 - n. 65 - III fase	23.008.974,00
		Deliberazione CIPE n. 98 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2007	162.032.289,55

Lista Interventi

Titolo: NUOVO OSPEDALE DI ANDRIA

Descrizione: REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI ANDRIA COME PREVISTO DAL
REGOLAMENTO REGIONALE DI RIORDINO OSPEDALIERO

Codice Intervento: 160.160113.U.007

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: ANDRIA

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA-USL BAT

Ente Responsabile: 160113 - AZIENDA-USL BAT

Sede Erogazione: AZIENDA-USL BAT

Soggetto Responsabile: CARLO IEVA

Costo Complessivo: 138.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 131.100.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 160.160113.U.007.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 /



Titolo: NUOVO OSPEDALE DI ANDRIA

1988

Importo a carico dello Stato: 131.100.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 06/05/1998 - N.
52 - II FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	6.900.000,00	REGIONE
2019	131.100.000,00	STATO



Titolo: NUOVO OSPEDALE DEL SUD SALENTO

**Descrizione: REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DEL SUD SALENTO COME
PREVISTO DAL REGOLAMENTO REGIONALE DI RIORDINO OSPEDALIERO TRA MAGLIE
E MELPIGNANO**

Codice Intervento: 160.160116.U.003

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: MELPIGNANO

Stazione Appaltante: ASL AZIENDA-USL LE

Ente Responsabile: 160116 - AZIENDA-USL LE

Sede Erogazione: AZIENDA-USL LE

Soggetto Responsabile: DANIELE PRÉTE

Costo Complessivo: 142.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 134.900.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 160.160116.U.003.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 134.900.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE
FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	7.100.000,00	REGIONE
2019	134.900.000,00	STATO



MP

**Titolo: DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE DI PARTE DEL MONOBLOCCO
DELLAOU OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA**

Descrizione:

Codice Intervento: 160.160910.H.092

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FOGGIA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Ente Responsabile: 160910 - OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Sede Erogazione: OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Soggetto Responsabile: MASSIMO DE SANTIS

Costo Complessivo: 40.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 38.000.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 160.160910.H.092.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 27.132.289,55

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL
18/12/2008 - RIPARTO RISORSE
FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	2.000.000,00	REGIONE
2019	27.132.289,55	STATO



**Titolo: DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE DI PARTE DEL MONOBLOCCO
DELLAOU OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA**

Codice Quota: 160.160910.H.092.02

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 2.298.736,45

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 06/05/1998 - N.
52 - II FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	2.298.736,45	STATO



AD

**Titolo: DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE DI PARTE DEL MONOBLOCCO
DELLAOU OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA**

Codice Quota: 160.160910.H.092.03

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 8.568.974,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N.
65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	8.568.974,00	STATO



Titolo: RIQUALIFICAZIONE DEI PLESSI MINORI DELLA OU OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Descrizione:

Codice Intervento: 160.160910.H.093

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FOGGIA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Ente Responsabile: 160910 - OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Sede Erogazione: OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

Soggetto Responsabile: MASSIMO DE SANTIS

Costo Complessivo: 15.200.000,00

Importo Finanziamenti Progressivi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 14.440.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 160.160910.H.093.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 87 / 1988

Importo a carico dello Stato: 14.440.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 02/08/2002 - N. 65 - III FASE

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2019	760.000,00	REGIONE
2019	14.440.000,00	STATO



BAVARO VITO
REGIONE
PUGLIA/000000000
Dirigente
28.11.2019 09:42:36
UTC

Il Dirigente della Sezione S.R.S.T.
(Ing. Vito Bavaro)

Pagina 8 di 8

