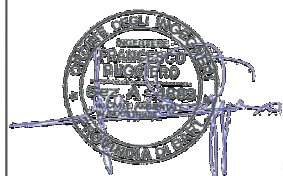


REGIONE PUGLIA - AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI "ASL BAT"

Servizio di architettura e ingegneria di progettazione di fattibilità tecnica ed economica, coordinamento in fase di progettazione, direzione lavori, coordinamento in fase di esecuzione incluso studio clinico-gestionale, di redazione della relazione geologica, delle indagini geologiche e geognostiche con prove di laboratorio e di tutte le prestazioni accessorie ed eventuali opzioni  
**"REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE"**  
 C.I.G. 9805266978 - C.U.P. C15F21001850001

## GRUPPO DI PROGETTAZIONE



INTEGRAZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ☐  
 Prof. Ing. F. Ruggiero

PROJECT MANAGEMENT ☐  
 Ing. A. Luperto

ARCHITETTURA ☐  
 Arch. P. Bortolami

IMPIANTI MECCANICI ☐  
 Prof. Ing. M. Strada

IMPIANTI ELETTRICI ☐  
 Ing. G. Finotti

ACUSTICA ☐  
 Ing. A. Lisiero

COORDINATORE DELLA SICUREZZA IN FASE DI PROGETTAZIONE ☐  
 Arch. P. Bortolami

ARCHEOLOGIA ☐  
 Dott. L. Valleri

GEOLOGIA ☐  
 Dott. A. Valmachino

BIM MANAGER ☐  
 Ing. Onofrio Sancillo

ARCHITETTURA Co-progettazione ☐  
 Ing. M. Smiderle

GEOTECNICA E STRUTTURE ☐  
 Ing. M. Smiderle

PREVENZIONE INCENDI ☐  
 Ing. M. Smiderle

IDRAULICA, IDROGEOLOGIA E SISMICA ☐  
 Ing. M. Smiderle

IMPATTO AMBIENTALE ☐  
 Ing. M. Smiderle

ARCHITETTURA Co-progettazione ☐  
 Arch. A. De Pineda

Ing. LUCA ALGOSTINO  
 Via Cavour 39 10138 TORINO  
 C.F. LGS LGU 83D13 L219D  
 P.IVA 11394100017

**PINE  
ARQ**

**AGM PROJECT  
CONSULTING**

STUDIO CLINICO GESTIONALE ☒  
 Ing. L. Algostino

## COMMITTENTE

**Regione Puglia - Azienda Sanitaria Locale - ASL BAT**

Via Fornaci, 201 - 76123 Andria (BT)  
 P.IVA 06391740724 - C.F. 90062670725  
 sito istituzionale: [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it)

**DIRETTORE GENERALE**  
 Dott.ssa Tiziana Dimatteo

**RESPONSABILE UNICO DI PROGETTO**  
 Ing. Antonio Farano



Fase:  
**PFTE**

Disciplina:  
**Generale**

Tipologia:  
**Elaborato descrittivo**

Scala:  
 -

Data:  
 Marzo 2025

Codice elaborato:  
**U-RCG-01**

Nome file:  
**6194PFTEdU0001-00\_RCG-ge**

Descrizione elaborato:

**Relazione clinico gestionale**

Rev.	Data:	Note:
00	03/2025	Prima emissione

## INDICE

<b>PREMESSA</b>	<b>2</b>
<b>Introduzione e finalità</b>	<b>2</b>
<b>1 APPROCCIO PROGETTUALE INNOVATIVO IN RELAZIONE AI TEMI E AGLI OBIETTIVI INDICATI NEI DOCUMENTI DI GARA</b>	<b>4</b>
1.1 <b>Metodologia di espletamento della progettazione clinico gestionale economica</b>	<b>5</b>
1.1.1 L'analisi del contesto e delle esigenze	5
1.1.2 La definizione delle funzioni e delle loro interdipendenze	5
1.1.3 Il dimensionamento dei servizi sanitari e di supporto	6
1.2 <b>I dati</b>	<b>6</b>
1.3 <b>Gli strumenti</b>	<b>6</b>
<b>2 STUDIO DELLA POLITICA SANITARIA REGIONALE</b>	<b>8</b>
<b>3 ANALISI DEL CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO</b>	<b>9</b>
3.1 <b>Analisi demografica</b>	<b>9</b>
3.2 <b>Analisi socioeconomica</b>	<b>14</b>
3.3 <b>Analisi epidemiologica</b>	<b>15</b>
3.3.1 Mortalità	15
3.3.2 Cronicità	17
<b>4 ANALISI DELLA RETE EROGATIVA</b>	<b>19</b>
4.1 <b>Analisi rete ospedaliera ASL BT e ASL BA</b>	<b>19</b>
4.1.1 L'attività di ricovero	21
4.2 <b>Reti Tempo-Dipendenti</b>	<b>22</b>
4.2.1 Rete delle urgenze	22
4.2.2 Rete delle emergenze cardiologiche	23
4.2.3 Rete Ictus	23
4.2.4 Rete Traumatologica	24
4.3 <b>Analisi della domanda</b>	<b>25</b>
4.3.1 Domanda di ospedalizzazione	25
4.3.2 Mobilità passiva ASL BT	26
<b>5 IL NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE</b>	<b>29</b>
5.1 <b>Obiettivi e principi guida</b>	<b>29</b>
5.2 <b>Il dimensionamento delle funzioni sanitarie del Nuovo Ospedale del Nord Barese</b>	<b>29</b>
5.2.1 Degenze	30
5.2.2 Emergenza-Urgenza	31
5.2.3 Area Interventistica	32
5.2.4 Blocco Parto	33
5.2.5 Area Diagnostica per Immagini	33
5.2.6 Area Ambulatoriale	34
5.2.7 Centro Prelievi	34
5.2.8 Centro Trasfusionale	34
5.2.9 Endoscopia	35
5.2.10 Dotazioni	35

## PREMESSA

### Introduzione e finalità

Nell'ultima versione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, approvato con DGR n. 1933 del 30/11/2016, e sulla base del parere positivo e delle indicazioni emerse nel verbale del 26/07/2016 della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, rispetto alla proposta di riordino della Rete Ospedaliera e della Rete dell'Emergenza-Urgenza, è stata ribadita la volontà di giungere alla 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. Tale rete deve essere 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.

Le direttrici della strategia per la costruzione di un moderno servizio sanitario regionale sono quindi da ritrovarsi nella:

- 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;
- 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 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.

I macro-obiettivi che il programma degli investimenti intende perseguire possono essere di seguito sintetizzati:

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

La riqualificazione dell'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 deve passare quindi per una razionalizzazione della rete esistente ed un conseguente efficientamento delle strutture per aumentarne la produttività. È, inoltre, necessario procedere ad un adeguamento complessivo della rete ospedaliera agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal D.M. n. 70/2015, anche al fine della conclusione del procedimento di accreditamento delle strutture pubbliche del SSR.

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

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali devono operare secondo i principi della efficacia, della qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri (nell'ottica delle reti) e, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita. L'ammodernamento della rete ospedaliera, si integra, quindi, con la rivisitazione di tutte le altre componenti dell'assistenza sanitaria. In questa prospettiva,

con la riconversione delle strutture ospedaliere minori si darà impulso ad un'integrazione verticale sia verso le strutture ospedaliere intermedie sia verso le funzioni assistenziali distrettuali, massimizzando la loro effettiva utilità per le comunità locali, per le quali continueranno a costituire una importante risorsa.

### **3. Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale La Regione Puglia**

Con il Piano di Rientro e le varie fasi del Piano di Riordino Ospedaliero, ha avviato un articolato percorso di risanamento del sistema con il quale si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e razionale delle risorse disponibili, assicurando, non solo lo sviluppo di una azione di rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di insufficienza e inappropriata del profilo di erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali. I piani comprendono azioni combinate tra loro, volte da un lato a garantire economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale, dall'altro a riqualificare l'assistenza sanitaria verso forme più appropriate e meno costose.

In particolare, gli obiettivi generali del piano 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 dell'offerta ospedaliera consente un notevole miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza nell'uso delle risorse con risparmi consistenti 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 sintetizzati 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;
- la riduzione dei costi di manutenzione ordinaria e straordinaria relativi alle strutture da riconvertire.

**Il piano presentato, si pone l'obiettivo quindi l'obiettivo di avvicinarsi sempre più ad una sanità più moderna, sostenibile e centrata sulle esigenze dei cittadini.** Tali criteri di riordino della rete sanitaria ospedaliera risultano essere elementi fondanti dell'idea di rifunzionalizzazione che la Stazione Appaltante si è immaginata per il Nuovo Ospedale del Nord Barese e costituiscono le finalità ultime attorno alle quali si sviluppa l'analisi clinico-gestionale, organizzativa e sanitaria oggetto della presente relazione. **Il documento**, sviluppato nei paragrafi seguenti, **ha l'obiettivo** di:

- **descrivere la metodologia innovativa, fondata su evidenze scientifiche e dati oggettivi**, utilizzata per la definizione e il dimensionamento appropriati di tutti i servizi, alla base della corretta organizzazione della rete sanitaria;
- **individuare l'assetto del Nuovo Ospedale del Nord Barese** e le azioni di intervento per la riorganizzazione delle attività sanitarie che mirino al riordino ed all'efficientamento dell'intero sistema, il tutto per **supportare la Stazione Appaltante** in tutte le fasi della procedura e di implementazione del progetto, con un grado di approfondimento sempre maggiore, **nella definizione della pianificazione strategica della "fabbrica ospedale" e di tutte le sue "linee produttive"**; nell'ambito dello studio sul dimensionamento del nuovo Ospedale di fondamentale importanza diviene assicurare – assieme agli indirizzi di programmazione nazionale e regionale – la sostenibilità dell'investimento in relazione al bacino di utenza ed alle ipotesi di utilizzo della struttura. Con questo presupposto, al fine di valutare la convenienza dell'investimento in relazione a possibili soluzioni alternative, a partire dall'analisi del quadro esigenziale contenuto nel Documento di Indirizzo alla Progettazione, si definisce il modello del nuovo ospedale, in funzione della massima efficienza ed innovazione per rispondere alla costante evoluzione del settore sanitario influenzata da cambiamenti demografici, epidemiologici, socio-economici e tecnologici.



## 1 APPROCCIO PROGETTUALE INNOVATIVO IN RELAZIONE AI TEMI E AGLI OBIETTIVI INDICATI NEI DOCUMENTI DI GARA

Il processo di **realizzazione/rifunzionalizzazione di un Nuovo Ospedale** trae origine dal momento in cui si constata la possibilità di soddisfare l'**Esigenza di riorganizzazione, riordino ed efficientamento della rete erogativa** di assistenza di un dato territorio, mediante l'attuazione di un Intervento costruttivo. L'Operazione rappresenta un forte cambiamento dal punto di vista sociale, culturale ed infrastrutturale per l'intera collettività, oltre a costituire un momento tecnico progettuale complesso di grande impatto sotto il profilo clinico, organizzativo, economico, edilizio, urbanistico e ambientale. Risulta dunque fondamentale concepire l'Opera come una risorsa da utilizzarsi in modo appropriato in funzione dei bisogni di salute, dell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali e dell'efficienza economica e di gestione, verificandone il corretto inserimento nel quadro programmatico, amministrativo, istituzionale e normativo vigente.

Tale presupposto – fondamentale e sempre più imprescindibile per attuare nella sanità di oggi e come nel caso specifico del Nuovo Ospedale del Nord Barese, l'investimento compatibilmente con gli obiettivi definiti dall'Amministrazione in termini di qualità, costi e tempo – trova una concreta ed efficace attuazione mediante **l'esecuzione di una progettazione del tutto innovativa, di rilevanza maggiore nel caso di strutture sanitarie, e focalizzata** dunque non solo sulle componenti edile-architettonica e impiantistica, bensì **sull'analisi:**

**CLINICO** (valutare le ipotesi di utilizzo "clinico" della struttura e definire le funzioni che meglio rispondono alla diversificata domanda di salute del territorio, assicurando la sostenibilità dell'Intervento in relazione al bacino di utenza e alle sue prospettive di cambiamento), **GESTIONALE** (analizzare i livelli di produttività di ogni servizio del Nuovo Ospedale e gettare le basi e tracciare gli indirizzi per lo sviluppo del concept organizzativo-funzionale degli spazi, dei volumi e dei layout architettonici, oggettivando con evidenza analitica tutte le scelte che meglio rispondono a quelle che sono e saranno, una volta che l'Opera verrà realizzata e sarà funzionante, le concrete esigenze operative delle attività e di erogazione delle prestazioni. Il tutto senza mai perdere di vista l'obiettivo dell'ottimizzazione, dell'efficientamento e del miglioramento produttivo dei servizi) ed **ECONOMICA** (stimare i costi e i ricavi e i potenziali impatti sul sistema erogativo nel suo complesso, a sostegno delle scelte cliniche, organizzative e di gestione dei servizi, con la finalità di ridurre la spesa, migliorare il governo delle risorse ed ottimizzare gli investimenti previsti).

Il progetto, a partire dall'attenta analisi dei documenti di gara, quali *"Il Nuovo Ospedale del Nord Barese Progetto di Fattibilità Tecnico ed Economica"*, *"Piano di Riordino della Regione Puglia 2016"*, prevede l'utilizzo di una metodologia basata su una sequenzialità logica delle attività in cui la **progettazione CLINICO GESTIONALE ECONOMICA** guida e coadiuva gli sviluppi progettuali architettonici e impiantistici, con un autentico **approccio di progettazione integrata, che pone sempre al centro l'organizzazione sanitaria e il paziente**; l'obiettivo è quello di raggiungere l'equilibrio ottimale dell'organizzazione delle funzioni sanitarie con la configurazione fisica del fabbricato e di valutare l'iniziativa costruttiva senza mai "isolarla" dal contesto erogativo al quale appartiene, verificando contestualmente, in maniera scientifica e oggettiva, tutte le potenziali ricadute economiche e di produttività che possono riflettersi sui bilanci degli Enti (Stazione Appaltante/ASL/Regione) e del soggetto Proponente.

Nell'ambito dello sviluppo del PFTE, sono stati dunque effettuati analisi e studi, sul piano tecnico, sanitario, economico e gestionale, con metodo scientifico ed evidenze analitiche e oggettive, per definire:

- la **mission del Nuovo Ospedale** in relazione al ruolo che il presidio è chiamato a svolgere nella rete erogativa provinciale e regionale di cui sarà parte integrante;
- le **relazioni** e i **percorsi** sanitari, assistenziali, logistici tra i vari servizi core e no core, tali da assicurare la migliore efficienza organizzativa e favorire, in caso di **situazione critiche** (es. eventi pandemici), la **continuità operativa** mediante la suddivisione opportuna dei flussi;
- il **miglior dimensionamento di ogni processo** sanitario (n. potenziale di prestazioni, n. tecnologie e risorse, ecc.), attraverso la simulazione di funzionamento di ogni reparto/funzione e l'analisi dei driver di processo.

**La progettazione dell'organismo edilizio e la messa a disposizione delle determinanti per la redazione del quadro tecnico economico dell'intervento rappresentano gli step consequenziali di un processo progettuale che focalizza l'attenzione sul "prodotto ospedale".**

## 1.1 Metodologia di espletamento della progettazione clinico gestionale economica

### **INNOVAZIONE METODOLOGICA COME GUIDA DELLO SVILUPPO DELL'INTERO PROGETTO**

La progettazione clinico gestionale economica alla base del progetto di realizzazione/rifunzionalizzazione del nuovo ospedale, **realizzata da AGM Project Consulting interamente in house**, integra ed evolve sistemi descritti in letteratura (p.e. Lean, ABC, ABM, HTA ed altri strumenti di governo e controllo delle imprese) con sistemi di **Business Intelligence, Big Data Analysis, Strumenti di matematica clinica e intelligenza artificiale e sistemi di simulazione dinamica**. Tale metodologia, unica in Sanità, consiste in un sistema scientifico per l'analisi (del contesto e delle esigenze), la **meta-progettazione** e il **dimensionamento** (determinazione delle specifiche come input per gli altri componenti del RTP) e l'**oggettivazione di tutte le soluzioni che vengono proposte e condivise con l'Ente**.

#### 1.1.1 **L'analisi del contesto e delle esigenze**

La definizione e il dimensionamento appropriati di tutti i servizi, alla base della corretta organizzazione sanitaria del Nuovo Ospedale del Nord Barese hanno richiesto lo svolgimento di attente analisi del **contesto di riferimento e delle esigenze cliniche, sanitarie ed assistenziali** che caratterizzano il bacino d'utenza. Le principali attività riguardano:

- **individuazione dei “constraints” normativi e legislativi**, in relazione soprattutto ai requisiti di accreditamento istituzionale e ai riferimenti normativi cogenti in merito a strutture, impianti, tecnologie ed organizzazione dei servizi;
- **analisi delle indicazioni di politica sanitaria regionale e nazionale** per inquadrare l'intervento all'interno dello scenario istituzionale e regolatorio vigente, nel rispetto degli obiettivi di programmazione (es. indicazioni contenute nel Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, approvato con DGR n. 1933 del 30/11/2016, riportato in premessa) e dei vincoli esistenti, nonché delle sfide che i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare negli anni a venire;
- **analisi del contesto sociodemografico ed epidemiologico** per rilevare e comprendere il fabbisogno di salute rispetto alla struttura demografica, alle prospettive epidemiologiche ed ai cambiamenti socioeconomici;
- **analisi della rete erogativa ospedaliera e territoriale del SSR** con l'obiettivo di garantire la massima integrazione operativa dell'intervento con l'offerta di strutture presenti sul territorio;
- **analisi di mobilità sanitaria attiva e passiva** per verificare i livelli di qualità, equità e disponibilità dell'offerta esistente, verificando le ripercussioni di potenziali carenze quali-quantitative della rete erogativa sulla spesa sanitaria della ASL e della Regione;
- **analisi dei volumi di attività e di performance dei processi in essere presso la struttura**, con rilevazione di dati/informazioni inerenti all'assetto clinico, gestionale, tecnologico, distributivo-funzionale e logistico in essere.

#### 1.1.2 **La definizione delle funzioni e delle loro interdipendenze**

A seguito dell'analisi del contesto, la progettazione clinico-gestionale-economica è proseguita con la **definizione delle funzioni** del Nuovo Ospedale del Nord Barese e con la **specificazione delle relazioni ed interdipendenze** tra reparti, attraverso:

- l'**individuazione delle nuove piattaforme assistenziali e delle relative aree funzionali dipartimentali** e delle specifiche funzioni afferenti;
- l'**identificazione dei “Baricentri” operativi dell'ospedale**;
- la determinazione delle **aree di accesso** e della **viabilità generale** del nuovo ospedale;
- la costruzione del **Diagramma delle relazioni (matrice dell'optimum)** funzionali tra servizi, utile alla valutazione del livello di qualità e di sicurezza relativo al sistema di connettivi orizzontali e verticali e al sistema logistico;
- l'**elaborazione della soluzione ottimizzata dei percorsi e dei flussi ospedalieri** (pazienti, personale, visitatori, materiali) che permetta di raggiungere il miglior rapporto tra efficacia clinica ed efficienza organizzativa.

### 1.1.3 Il dimensionamento dei servizi sanitari e di supporto

Una volta definiti i criteri di disposizione planimetrica, i percorsi principali e i connettivi verticali e orizzontali suddivisi per tipologia di utenza (percorsi esterni/interni, visitatori, personale sanitario e non, percorso inpatient/outpatient, merci), il progetto clinico-gestionale raggiunge un grado di definizione puntuale con il **dimensionamento dei servizi sanitari e di supporto**, propedeutico alla progettazione edilizia. Il dimensionamento dei servizi è stato ottenuto mediante l'utilizzo di **modelli di calcolo predittivi multiparametro e sistemi di simulazione unici sul panorama italiano**, sviluppati per ciascuna area produttiva e dipartimento ospedaliero che – a partire dai livelli di produttività attesi, dalla tipologia di prestazioni erogate, dal quadro esigenziale individuato, dai requisiti normativi di settore, dalle ulteriori necessità organizzative espresse dai referenti sanitari, nonché dal confronto con progettazioni già svolte in ambito ospedaliero e dal benchmarking con i più avanzati modelli internazionali – restituiscono una **stima delle prestazioni erogabili**, delle **caratteristiche dimensionali** del servizio quali:

- superficie **utile** con indicazione della suddivisione degli ambienti funzionali (**Programma edilizio** per il quale si rimanda alla *Relazione Tecnica e Specialistica Sanitaria - 6194PFTEdH0001-00\_RTS-sn*);
- **Matrice delle Relazioni**.

Le caratteristiche e risorse dei servizi del Nuovo Ospedale sono state dimensionate con la finalità di garantire il soddisfacimento delle esigenze clinico-sanitarie di funzionamento della struttura, il rispetto delle tempistiche di processo, lo svolgimento lineare delle attività, la continuità di erogazione dei servizi e la corretta ergonomia lavorativa. Il fattore chiave della metodologia applicata è il focus sui processi, intesi come "linee di produzione" con regole e policies di funzionamento, risorse umane, dotazioni tecnologiche, obiettivi tali da creare valore per i clienti interni (altri processi dell'ospedale, operatori e professionisti sanitari, ecc.) ed esterni (pazienti, visitatori, professionisti sanitari sul territorio, ecc.).

È proprio con questa logica basata sull'analisi di processo che il RTP ha raggiunto l'obiettivo di porre al centro della progettazione l'uomo, il paziente e colui che sta prestando servizio, garantendo standard elevati di organizzazione sanitaria ed un elevato livello di efficienza ed efficacia, nonché di benessere percepito, ovverosia rispettare tutti i principi guida che il Nuovo Ospedale dovrà soddisfare. I risultati prodotti dal dimensionamento dei servizi hanno rappresentato il motore, gli input della progettazione architettonico-funzionale.

### 1.2 I dati

Le attività di analisi ed elaborazione svolte, descritte nel presente documento, sono basate sull'utilizzo di set di dati, indici e parametri le cui caratteristiche informative sono state ritenute maggiormente coerenti e significative rispetto all'oggetto ed alle finalità dell'attività. Pertanto, al lavoro di analisi è stata affiancata un'attenta valutazione delle fonti informative utilizzate di cui è stata verificata la completezza, l'affidabilità e la disponibilità.

Per il calcolo degli indicatori e l'acquisizione dei dati e delle informazioni necessarie allo svolgimento dell'incarico si sono utilizzate, oltre a quanto presente nei documenti di gara e in particolare ne *"Il Nuovo Ospedale del Nord Barese Progetto di Fattibilità Tecnico ed Economica"*, fonti dati (già presenti nel datawarehouse di AGM Project Consulting – vedi paragrafo successivo) di livello nazionale, regionale e locale, tra le quali si citano a titolo di esempio l'*Health for all (WHO - Istat)*, *Programma Nazionale Esiti* (Ministero della Salute e Agenas), *Banca dati del Servizio Sanitario Nazionale* (Ministero della Salute), *Health Database* (Eurostat), *Health Statistics* (OECD).

### 1.3 Gli strumenti

Il raggiungimento degli obiettivi dell'attività di analisi e dimensionamento clinico-gestionale è stato raggiunto grazie all'adozione degli strumenti ad alto contenuto innovativo, sviluppati totalmente in-house e messi a disposizione da parte di AGM Project Consulting:

- **Datawarehouse**: consente di esaminare congiuntamente dati sociodemografici, socioeconomici, epidemiologici, le reti clinico-assistenziali, la mappatura delle strutture presenti nella rete di offerta sanitaria e sociosanitaria, i livelli di performance complessivi e per singola unità di offerta, ecc. con l'obiettivo di acquisire una conoscenza approfondita delle caratteristiche del bacino di utenza e dei livelli di offerta sanitaria ospedaliera e territoriale, ovverosia di tutte le variabili che influenzano il rapporto domanda/offerta del determinato territorio di riferimento;

- **Sistemi di matematica clinica:** modelli di calcolo predittivi multiparametro, sviluppati per ciascuna area produttiva e dipartimento ospedaliero e territoriale, che, a partire dal quadro esigenziale individuato, dai requisiti normativi di settore, dalle più efficaci logiche di efficientamento organizzativo delle attività, nonché dal confronto con progettazioni già svolte in ambito ospedaliero e dal benchmarking con i più avanzati modelli internazionali, permettono di progettare le singole funzioni sanitarie e sociosanitarie prendendo in considerazione tutte le variabili che ne influenzano l'operatività;
- **Sistemi di simulazione** per singola funzione e per sistema complessivo: l'osservazione tempo per tempo del funzionamento delle attività di ciascun processo sanitario e di quelli ad essi correlati (altri reparti e/o funzioni di supporto), permette di valutare la capacità produttiva, i timing di processo, i tempi di attesa, il carico di lavoro del personale, il tasso di saturazione degli asset ed individuare elementi di criticità (es. colli di bottiglia) e/o formulare strategie finalizzate all'ottimizzazione delle scelte progettuali.



## 2 STUDIO DELLA POLITICA SANITARIA REGIONALE

Lo studio della normativa è finalizzato a garantire la coerenza del Progetto clinico gestionale del Nuovo Ospedale del Nord Barese con la normativa regionale e nazionale di settore, con i regolamenti regionali in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie e di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.

Di seguito si riportano i principali documenti:

### **PRINCIPALI DOCUMENTI CONSULTATI**

**D.P.R. 14 gennaio 1997** Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.

**Agenas 2013** – Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento degli ospedali

**Ministero della Salute, DECRETO 2 aprile 2015, n.70 (GU n.127 del 4-06-2015)** Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Allegato al Decreto del Ministero della Salute 2 Aprile 2015, n. 70 (GU n.127 del 4-06-2015) – Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

**Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, approvato con DGR n. 1933 del 30/11/2016**

**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 – Regolamento 10-03-2017 n.7**

**Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale – S.I.N**

**D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020**

**Proposta di aggiornamento «Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70 – Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»**

**DGR n. 23/2019 e DGR n. 14/2020**

*Tabella 1 – Principali documenti normativi consultati.*

### 3 ANALISI DEL CONTESTO SOCIODEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

La domanda di assistenza e l'offerta sanitaria sono condizionate dallo stato di salute dei cittadini, a sua volta fortemente connesso alle continue trasformazioni **sociodemografiche ed epidemiologiche**. La programmazione degli interventi sanitari e sociosanitari, ma anche sociali e di welfare, di un territorio non può pertanto prescindere dall'analisi della dinamica della popolazione e delle maggiori patologie che incidono sulla stessa e che sono cause di mortalità e/o cronicità. È in quest'ottica che sono state sviluppate le analisi di contesto i cui risultati, illustrati nei paragrafi successivi, permettono di identificare i **principali determinanti di salute relativi all'assistenza sanitaria** e di esaminarne le previsioni evolutive.

Il riferimento territoriale spazia dalle **province** pugliesi, alla **regione Puglia** e all'**Italia** in maniera logica e puntuale conformemente con la tipologia e la specificità del dato/indicatore utilizzato, nonché in funzione delle modalità di analisi e di elaborazione dello stesso, meglio esplicative e più idonee all'osservazione dei fenomeni d'interesse.

#### 3.1 Analisi demografica

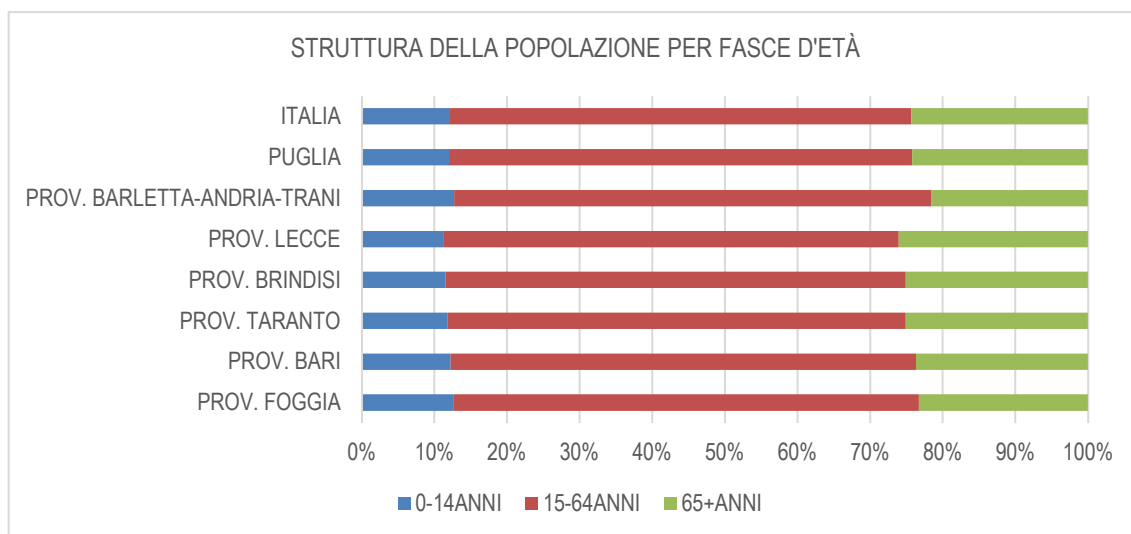
Punto di partenza dell'analisi sociodemografica è la fotografia attuale della popolazione residente nella regione **Puglia** e nelle province con evidenza delle caratteristiche di numerosità e struttura demografica per fasce d'età (*Tabella 2*). Nella regione in esame, al 1 Gennaio 2024, risiedono **3.890.250 abitanti**:

AMBITO TERRITORIALE	0-14 ANNI	15-64 ANNI	65-74 ANNI	75-84 ANNI	85+ ANNI	TOTALE
PROV. BARI	149.625	783.037	145.214	100.979	42.927	1.221.782
PROV. BARLETTA-ANDRIA-TRANI	48.048	248.325	41.681	28.935	10.984	377.973
PROV. BRINDISI	43.561	238.874	46.885	33.739	13.999	377.058
PROV. FOGGIA	74.748	380.056	68.714	48.110	21.283	592.911
PROV. LECCE	86.960	480.472	95.779	71.742	32.403	767.356
PROV. TARANTO	65.564	348.860	68.920	49.717	20.109	553.170
REGIONE PUGLIA	468.506	2.479.624	467.193	333.222	141.705	3.890.250
ITALIA	7.184.837	37.446.984	6.919.413	5.107.160	2.331.355	58.989.749

*Tabella 2 - Struttura della popolazione per fasce d'età nelle province, nella regione Puglia e in Italia al 01/01/2024.*

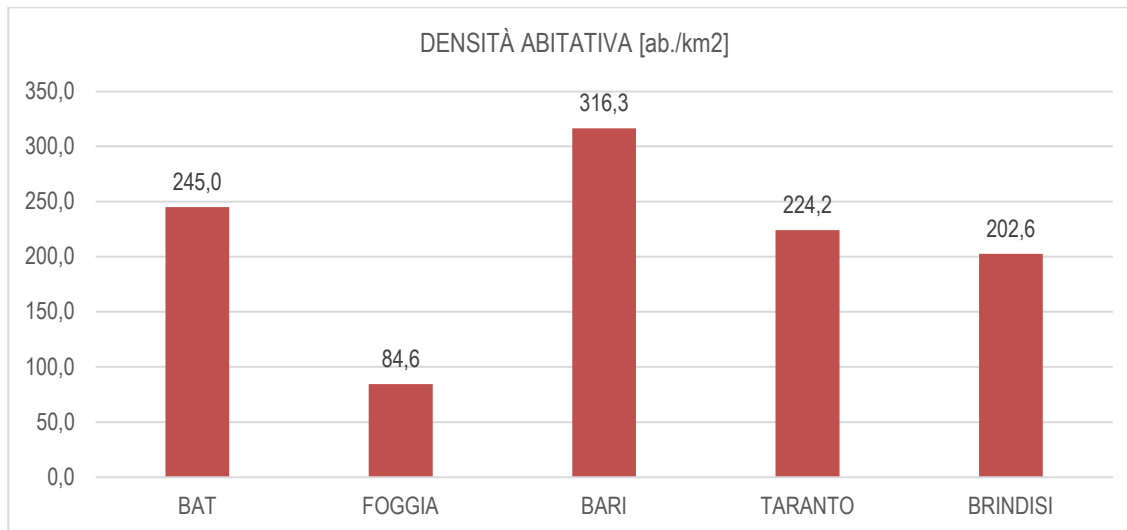
*Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.*

La **provincia di Barletta-Andria-Trani** presenta una percentuale di popolazione 0-14 anni pari al 12,7%, in linea con il valore registrato a livello regionale (12,0%) e nazionale (12,2%); la percentuale di abitanti 15-64 anni nella provincia in esame è pari al 65,7%, valore leggermente superiore rispetto a quanto osservato a livello regionale e nazionale (rispettivamente pari al 63,7% e 63,5%). Viceversa, la percentuale di popolazione anziana, con età superiore ai 65 anni, si presenta con una quota percentuale leggermente inferiore rispetto agli altri due livelli territoriali indagati: circa 21,6% a livello provinciale rispetto al 24,2% e 24,3% regionale e nazionale.



*Figura 1 - Distribuzione della popolazione per fascia d'età nelle province, nella regione Puglia e in Italia al 01/01/2024. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.*

La regione **Puglia** si estende su una superficie di **19.541 kmq** e presenta una densità di popolazione mediamente pari a **199,1 ab./kmq**, valore superiore rispetto al dato nazionale (**195,4 ab./kmq**). La provincia di **Barletta-Andria-Trani** ha una densità abitativa di **245 ab./kmq** (Figura 2).



**Figura 2- Densità di popolazione nelle province della regione Puglia al 01/01/2024. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Dal 2002 al 2024, nella regione Puglia, la **popolazione è diminuita di circa 130.000 unità**, che corrisponde a un **decremento percentuale pari al 3,2%**, in contrasto con l'aumento di popolazione (**+3,5%**) avvenuto a livello nazionale (Tabella 3). Anche la provincia di Barletta-Andria-Trani ha registrato un decremento, seppur minore rispetto alla media regionale, della popolazione (**-5.200 circa abitanti** dal 2002 al 2024).

AMBITO TERRITORIALE.	2002	2024	Δ	Δ%
PROV. BARI	1.218.338	1.221.782	3.444	0,3%
PROV. BARLETTA-ANDRIA-TRANI	<b>383.225</b>	<b>377.973</b>	<b>-5.252</b>	<b>-1,4%</b>
PROV. BRINDISI	402.302	377.058	-25.244	-6,3%
PROV. FOGGIA	649.292	592.911	-56.381	-8,7%
PROV. LECCE	787.657	767.356	-20.301	-2,6%
PROV. TARANTO	579.880	553.170	-26.710	-4,6%
REGIONE PUGLIA	<b>4.020.694</b>	<b>3.890.250</b>	<b>-130.444</b>	<b>-3,2%</b>
ITALIA	<b>56.993.270</b>	<b>58.989.749</b>	<b>1.996.479</b>	<b>3,5%</b>

**Tabella 3 – Andamento demografico nelle province della Puglia e in Italia. Anni 2002-2024. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

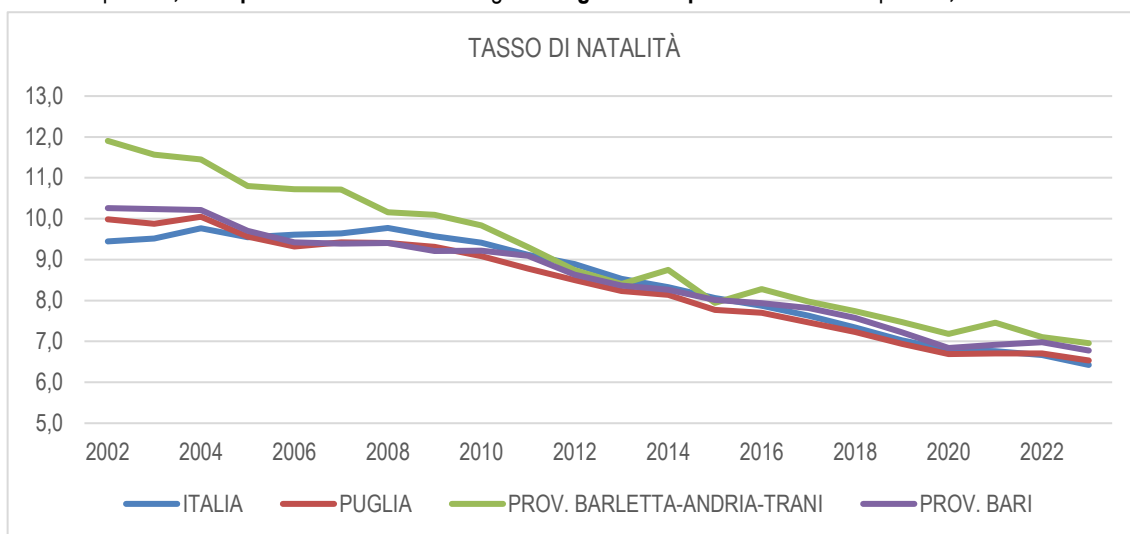
Le risultanze ottenute dall'analisi della struttura della popolazione per fasce d'età trovano ulteriore conferma nell'andamento dei principali **indicatori demografici**, le cui dinamiche nel tempo permettono di studiare la variabilità sul territorio dei fenomeni connessi alla popolazione e alla relativa domanda di assistenza. Per chiarezza espositiva in Tabella 4 si riportano le definizioni degli indicatori analizzati.

INDICATORI DEMOGRAFICI	DEFINIZIONI
<b>Tasso di natalità</b>	Rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
<b>Tasso di mortalità</b>	Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.
<b>Età media totale</b>	La media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione per tutte le classi di età.
<b>Indice di vecchiaia</b>	Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione di età 0-14 anni.
<b>Indice di dipendenza strutturale degli anziani</b>	Rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

**Tabella 4 – Definizione degli indicatori demografici analizzati. Fonte: Istat.**

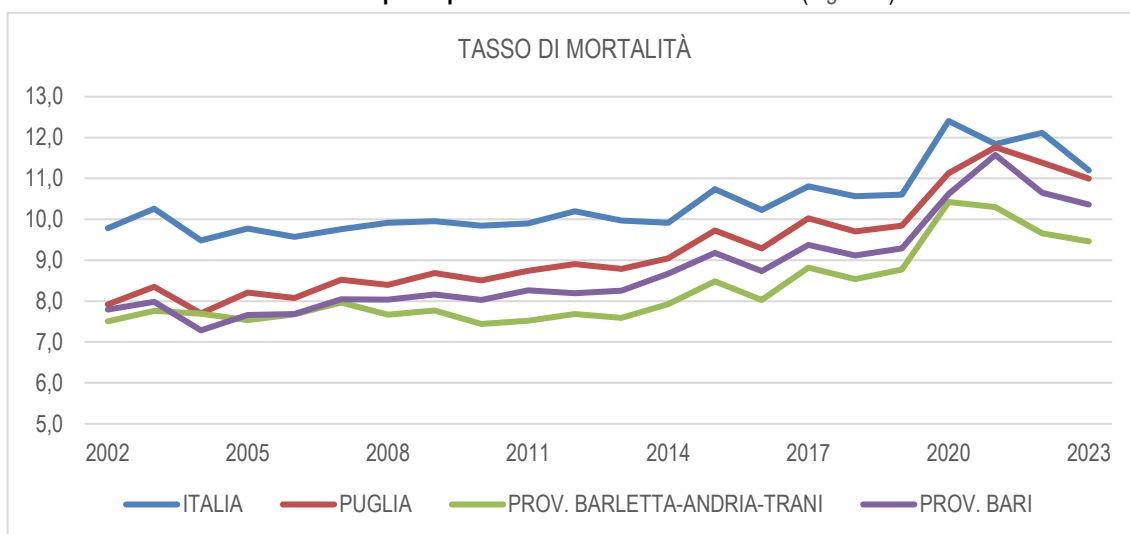
Dal 2002 al 2023 in tutti gli ambiti territoriali analizzati si osserva un **andamento decrescente del tasso di natalità**, ma con valori **mediamente superiori per la provincia di Barletta-Andria-Trani** (Figura 3); nel 2023 si è registrato un tasso di natalità pari a **7,0 nati per 1.000 abitanti** nella provincia di **Barletta-Andria-Trani**,

pari a **6,5 nati per 1.000 abitanti** nella regione **Puglia** e nella **provincia di Bari** e pari a **6,4 a livello nazionale**.



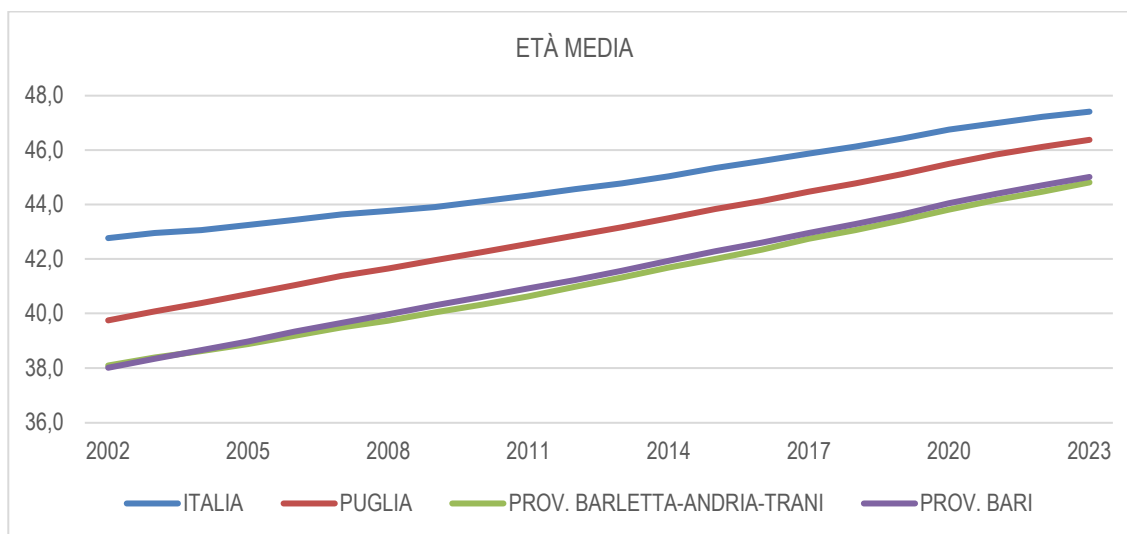
**Figura 3 – Andamento tasso di natalità nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia. Anni 2002-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Per il tasso di mortalità in tutti gli ambiti territoriali analizzati si osserva un **andamento crescente**, ma con valori **mediamente inferiori per la provincia di Barletta-Andria-Trani** (Figura 4).



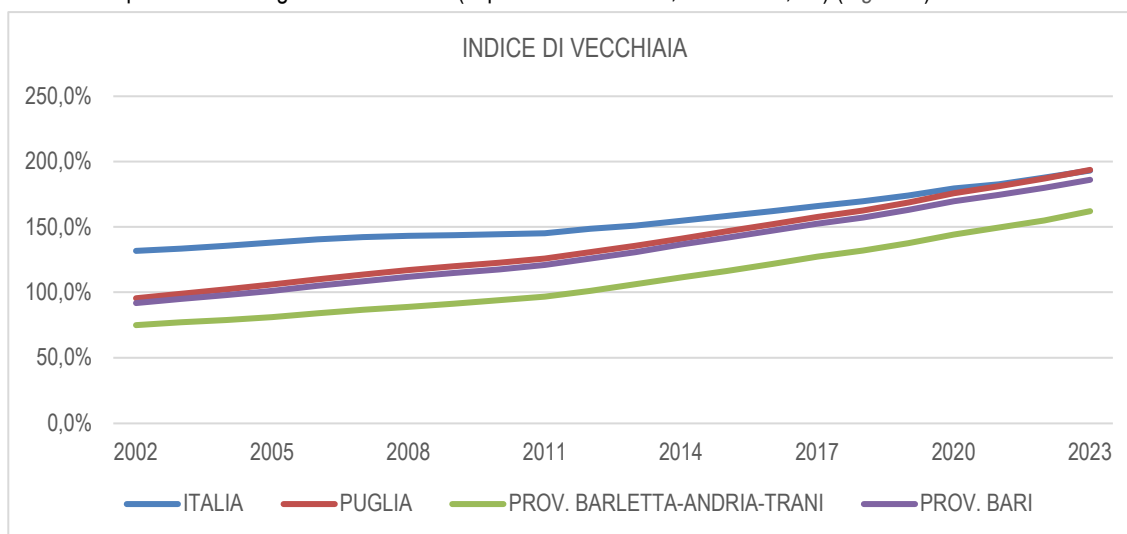
**Figura 4 – Andamento tasso di mortalità nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia. Anni 2002-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Le dinamiche dei due tassi appena analizzati si riflettono sull'andamento dell'**età media**, in crescita nel corso degli anni per tutti i livelli territoriali di analisi. Nel 2023, i valori più elevati si registrano a **livello nazionale (47,4 anni)** seguiti nell'ordine da quelli relativi alla **regione Puglia (46,4 anni)**, alla **provincia di Bari (45,0 anni)** e alla **provincia di Barletta-Andria-Trani (44,8 anni)** (Figura 5).



**Figura 5 – Andamento età media nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia. Anni 2002-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

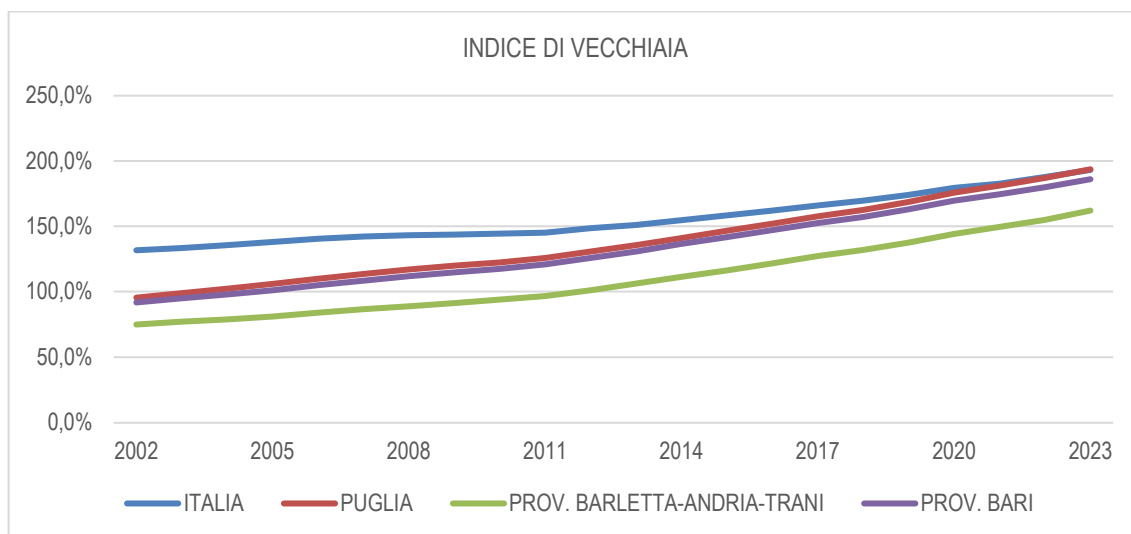
L'indice di vecchiaia si attesta su valori inferiori a livello di provincia (BT 162,2% e Bari 186,2% nel 2023) rispetto ai livelli regionali e nazionali (rispettivamente il 193,6% e il 193,1%) (Figura 6).



**Figura 6 – Andamento indice di vecchiaia nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia. Anni 2002-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Analogamente è crescente l'andamento dell'**indice di dipendenza strutturale** degli anziani (Figura 7): i valori della **provincia di Barletta-Andria-Trani** si confermano inferiori a quelli della **provincia di Bari**, regionali e nazionali. Nel 2023 il rapporto tra popolazione non attiva (0-14, 65+) e popolazione attiva (15-64) della provincia è pari a **51,8%**, con un distacco di 3,7 punti percentuali rispetto alla provincia di Bari, 4,7 punti percentuali rispetto al valore regionale e di 5,6 punti percentuali rispetto al valore nazionale.

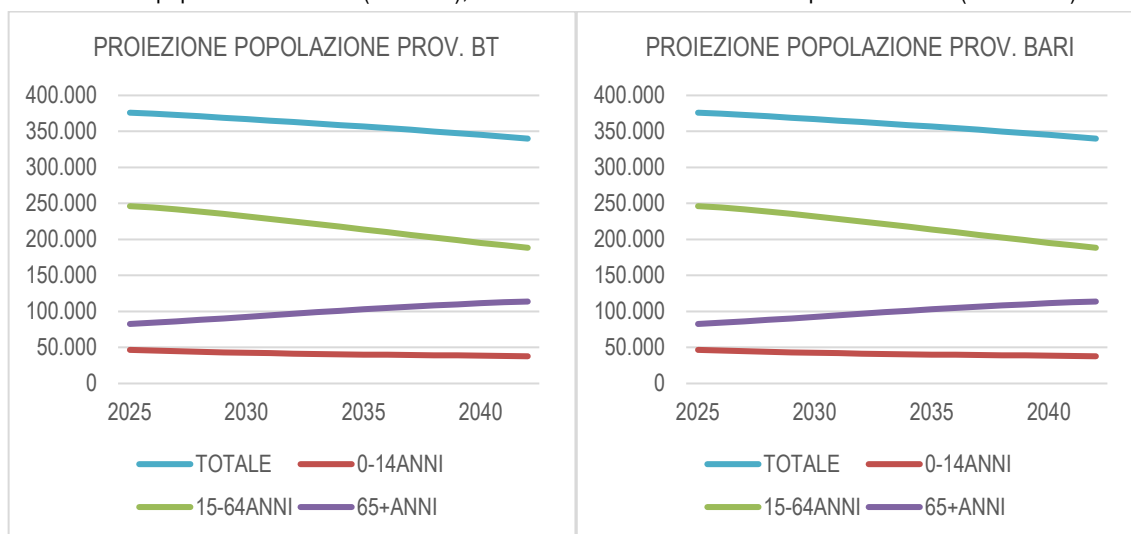




**Figura 7 – Andamento indice di dipendenza strutturale nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia. Anni 2002-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

In **Figura 8** si riportano i risultati per la proiezione della popolazione che risiede nella provincia di **Barletta-Andria-Trani**, stimata nel lasso temporale di 20 anni dal 2025 al 2042

In linea con l'andamento degli indici demografici analizzati in precedenza si osserva un progressivo incremento della popolazione anziana (65+ anni), a fronte di una riduzione della componente adulta (15-64 anni).



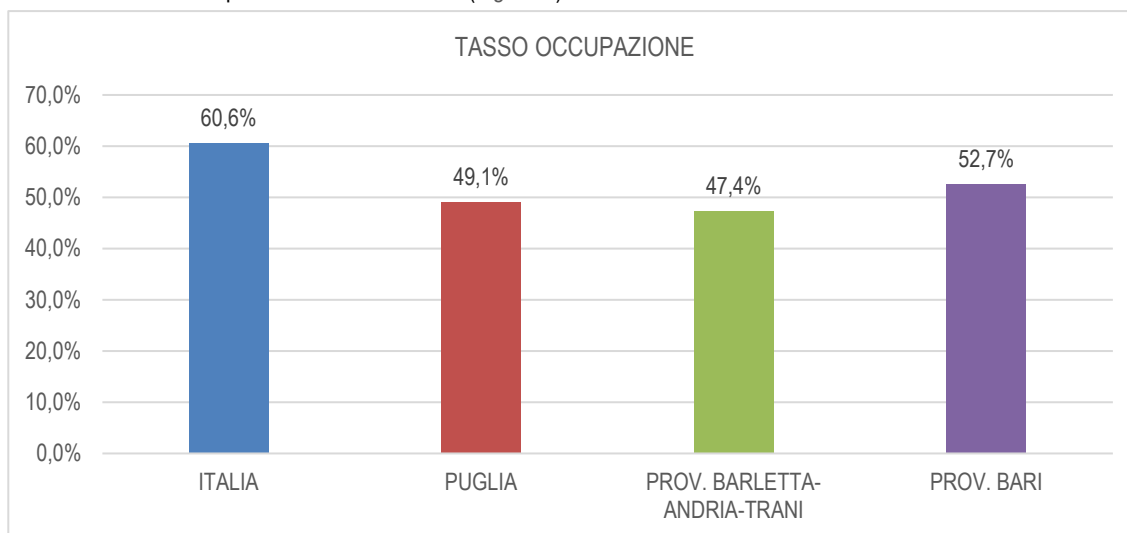
**Figura 8 – Proiezione popolazione nella province di Bari e Barletta-Andria-Trani. Anni 2025-2042. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Dall'analisi degli indici demografici considerati, si rileva che il territorio analizzato è caratterizzato da un **trend del tasso di natalità decrescente**, in linea con quanto accade a livello regionale e nazionale. **Il tasso di mortalità presenta un andamento crescente** tra gli anni 2002-2023 con valori più bassi nel territorio della **provincia di Barletta-Andria-Trani** rispetto a quelli registrati nella **provincia di Bari** e ai livelli territoriali superiori. Questo si riflette sull'**età media** della popolazione residente, che presenta un **andamento crescente** nel periodo considerato. Nonostante la pandemia da COVID-19 abbia rallentato il processo di invecchiamento demografico della popolazione della provincia e della regione, la diminuzione del tasso di natalità e l'incremento dell'età media permangono, contribuendo ad una **trasformazione progressiva nella struttura per età della popolazione**, contraddistinta da un numero via via più cospicuo di soggetti anziani.

### 3.2 Analisi socioeconomica

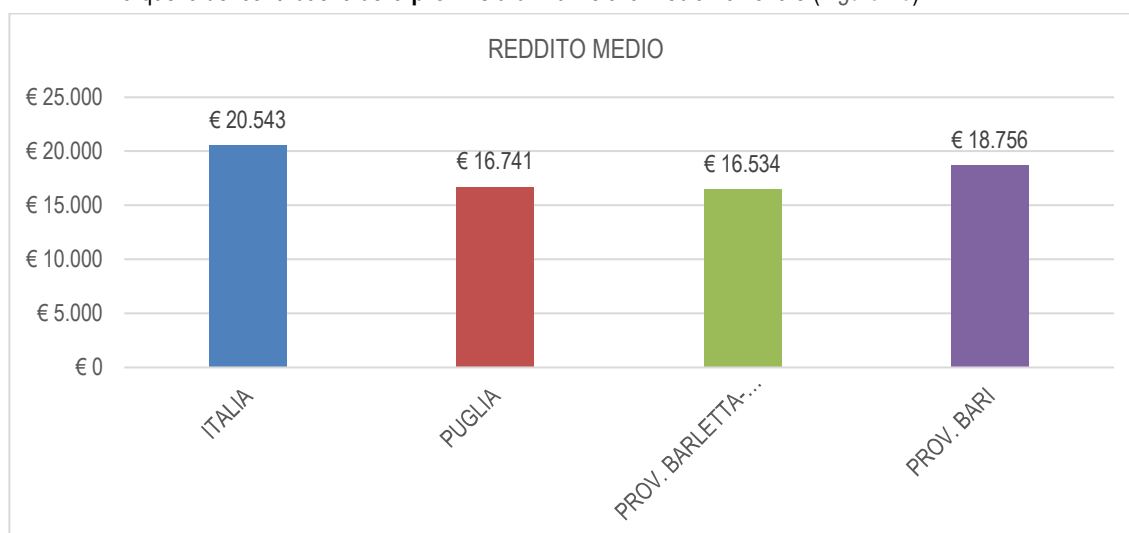
Le caratteristiche socioeconomiche della popolazione includono importanti variabili di struttura sociale che possono impattare sullo stato di salute dei cittadini condizionandone la domanda d'assistenza. Infatti, sono generalmente le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita che di morbosità cronica e/o di disabilità. Di seguito si analizza la popolazione pugliese prendendo in considerazione una serie di indicatori relativi all'occupazione e al benessere economico.

Il **tasso di occupazione** degli abitanti di età superiore ai 15 anni e inferiori ai 64 anni residenti in **provincia di Barletta-Andria-Trani** al 2022 è in linea con quello della regione **Puglia**, ma inferiore al valore della **provincia di Bari** e di quello a livello nazionale. (Figura 9).



**Figura 9 – Tasso di occupazione (tra i 15 anni e i 64 anni) nelle province di Bari e Barletta-Andria-Trani, regione Puglia, Italia, anno 2022** Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

Gli indicatori presi in considerazione per l'analisi del benessere economico mostrano che il **reddito medio** dei contribuenti della **provincia di Barletta-Andria-Trani** risulta in linea rispetto alla media regionale ma inferiore a quello dei contribuenti della **provincia di Bari** e alla media nazionale (Figura 10).



**Figura 10 – Reddito medio nelle province di Bari e Barletta-Andria-Trani, regione Puglia, Italia, anno 2022.** Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

Il valore della pensione media degli abitanti nella **provincia di Barletta-Andria-Trani** risulta in linea rispetto alla media regionale ma inferiore a quello della **provincia di Bari** e alla media nazionale (Figura 11).

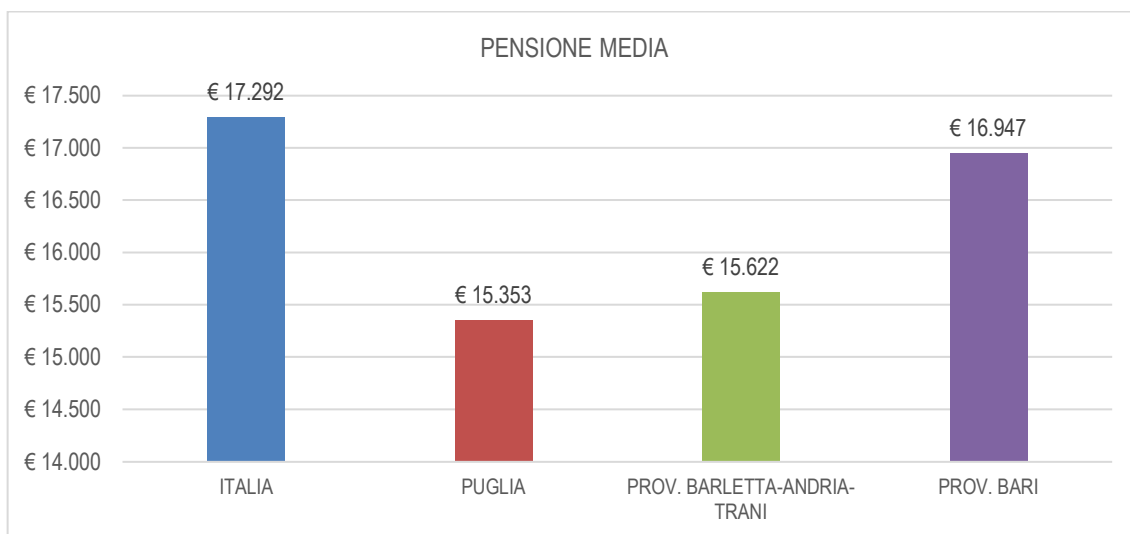


Figura 11 – Pensione media nelle province di Bari e Barletta-Andria-Trani, regione Puglia, Italia, anno 2022.  
Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

In generale, le condizioni sociali ed economiche dei cittadini evidenziano un tasso di occupazione nella **provincia di Barletta-Andria-Trani** in linea rispetto alla media regionale e con valori inferiori rispetto alla **provincia di Bari** e alla media nazionale, il **reddito medio** dei residenti nella provincia risulta lievemente superiore rispetto alla media regionale e inferiore alla **provincia di Bari** e alla media nazionale; mentre la **pensione media**, a livello provinciale, risulta lievemente superiore rispetto alla media regionale, ma inferiore alla **provincia di Bari** e alla media nazionale.

### 3.3 Analisi epidemiologica

#### 3.3.1 Mortalità

Il trend dei decessi durante il periodo 2013-2021 è stato fortemente influenzato dalla pandemia da COVID-19 (Figura 12).

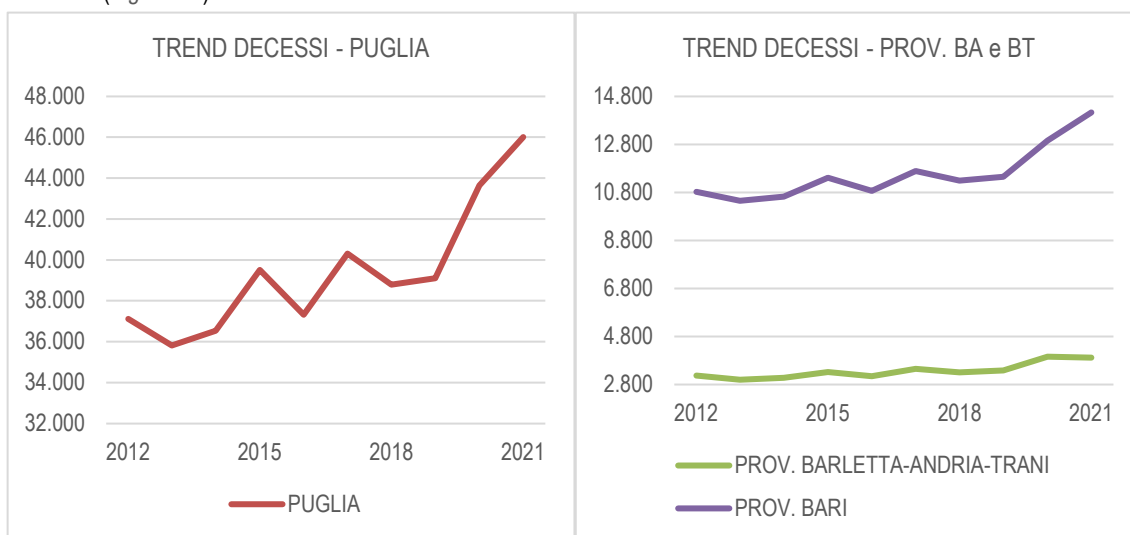
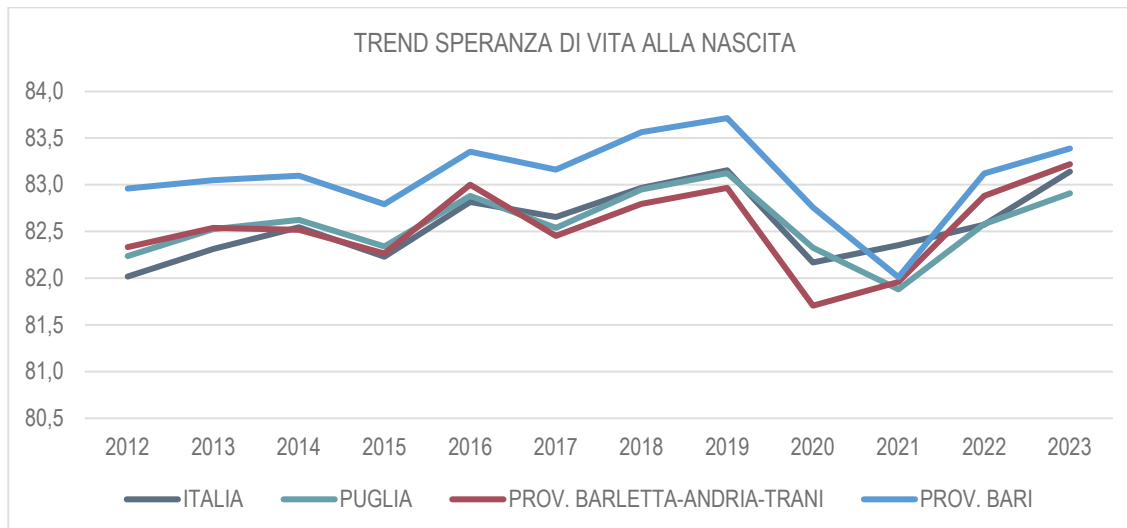


Figura 12 – Andamento del numero di decessi nelle province di Bari e Barletta-Andria-Trani e nella regione Puglia durante il periodo 2013-2021. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

Il numero di decessi rimane pressoché costante fino al 2019 sia nella province di **Bari e Barletta-Andria-Trani**, che in regione Puglia.

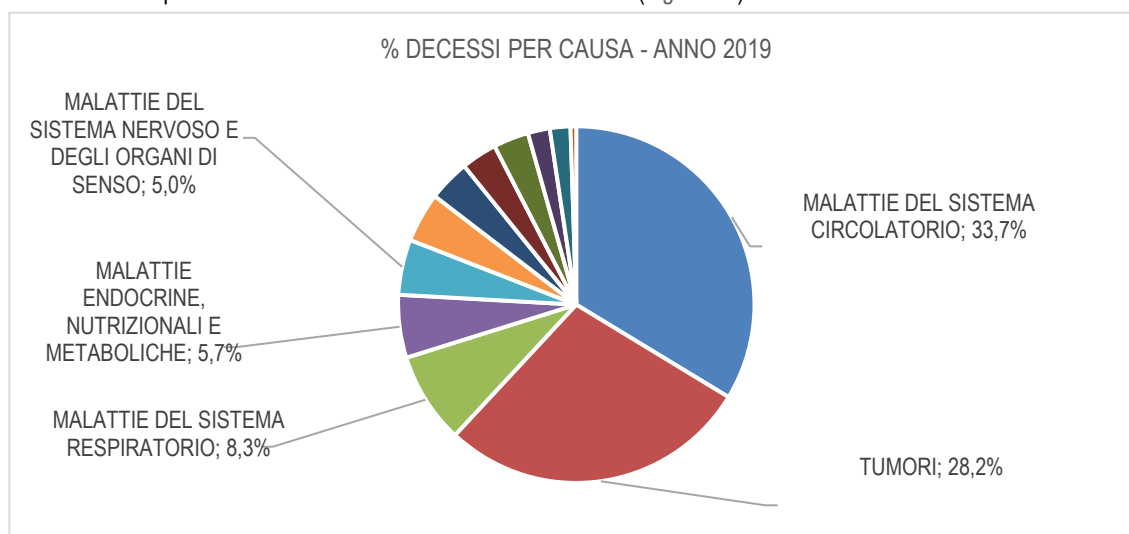
Negli anni 2012-2023 la **speranza di vita alla nascita** in provincia di Barletta-Andria-Trani è aumentata di **+0,9**

anni, passando rispettivamente da **82,3 a 83,2 anni**. Come mostrato in *Figura 13*, i valori a livello provinciale e regionale risultano in linea rispetto ai valori a livello regionale e nazionale e di poco inferiori rispetto ai valori relativi alla **provincia di Bari**.



**Figura 13 – Andamento della speranza di vita alla nascita per le province di Bari e Barletta-Andria-Trani, per la regione Puglia e per l'Italia nel periodo 2012-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

In linea con la situazione nazionale, sia in provincia di **Barletta-Andria-Trani** che in **Puglia** le **patologie circolatorie e quelle oncologiche** si confermano quali le prime due cause di morte, rappresentando complessivamente oltre il 60% dei deceduti nel 2019 (*Figura 14*).



**Figura 14 – Distribuzione decessi per causa nella provincia di Barletta-Andria-Trani nel 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.**

Le **malattie del sistema circolatorio** rappresentano la prima causa di morte negli ambiti nazionale, regionale e provinciale: in particolare, nella provincia di **Barletta-Andria-Trani** nel 2019 si registravano **29,5 morti ogni 10.000 abitanti**, valore inferiore a quanto registrato nella **provincia di Bari (31,7)**, a livello regionale (**34,9**) e a livello nazionale (**36,9**).

I **tumori** costituiscono la seconda causa di morte più frequente in tutti i livelli territoriali analizzati, con un tasso di mortalità pari a **24,7 morti ogni 10.000 abitanti** nella provincia di **Barletta-Andria-Trani** è pari a **26,5 morti ogni 10.000 abitanti** nella provincia di **Bari**, valori inferiori a quanto osservato mediamente sul territorio regionale (**27,5**) e nazionale (**29,8**).

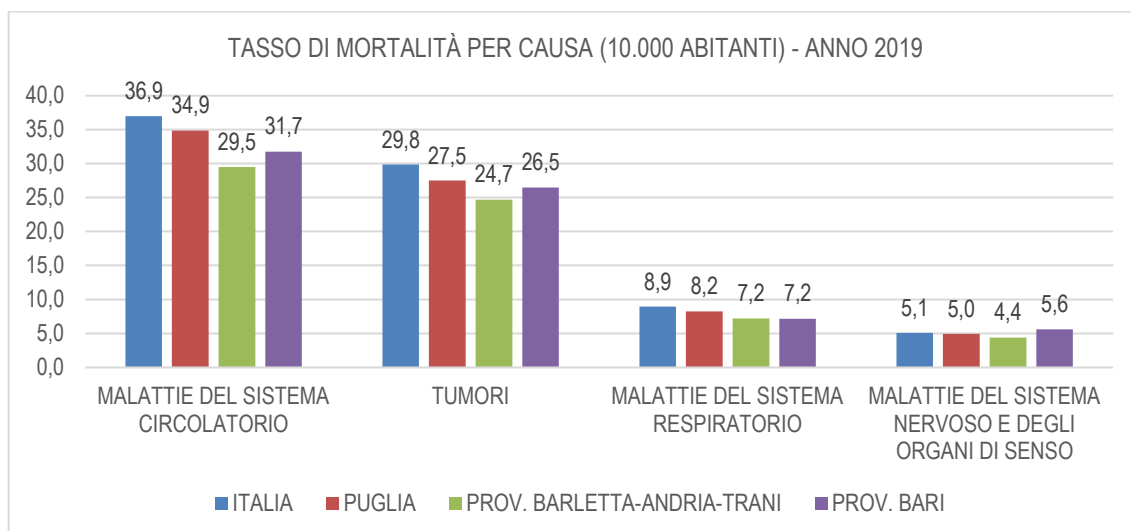


Figura 15 – Tasso di mortalità per 10.000 abitanti per le quattro principali cause di morte a livello nazionale nella provincia di Barletta-Andria-Trani, nella regione Puglia e in Italia nel 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

### 3.3.2 Cronicità

In linea generale, si assiste ad un miglioramento della speranza di vita con un più elevato livello di benessere individuale e sociale, fatta eccezione per l'anno 2020 i cui valori sono fortemente correlati alla pandemia; la longevità della popolazione è correlata però ad un trend in crescita di patologie cronic-degenerative con un numero sempre maggiore di soggetti adulti ed anziani affetti da una o più di esse (comorbidità). A questo si accompagna un incremento della fragilità della persona legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici diversificati e complessi che necessitano di assistenza a lungo termine in contesti di cura adeguati e commisurati al bisogno di trattamento del paziente cronico non autosufficiente. In **Puglia**, dal 2009 al 2023, la percentuale di utenti con almeno una malattia cronica è aumentata di **7,0 punti percentuali**, contestualmente è aumentata del 1,8% la percentuale di individui con almeno due malattie croniche (multi-cronicità). Nel 2023 il **42,7%** circa della popolazione pugliese aveva **una malattia cronica** e il **22,4%** aveva **almeno due malattie croniche**. Tali valori sono superiori alle **medie italiane** (rispettivamente **40,9% e 21,4%**).

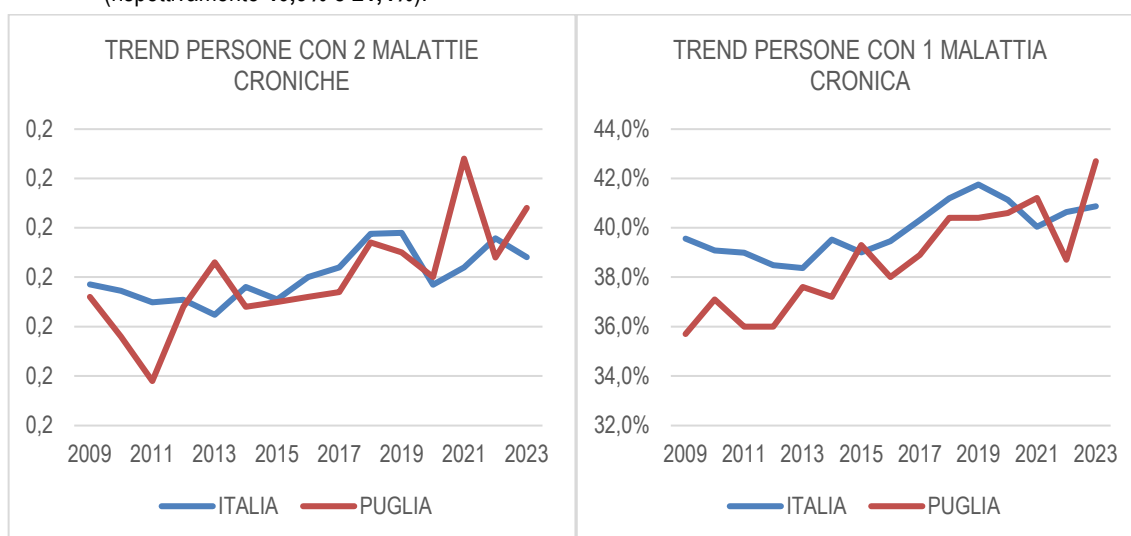


Figura 16 – Trend percentuale di persona con una o almeno due malattie croniche nella regione Puglia e in Italia. Anni 2009-2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.



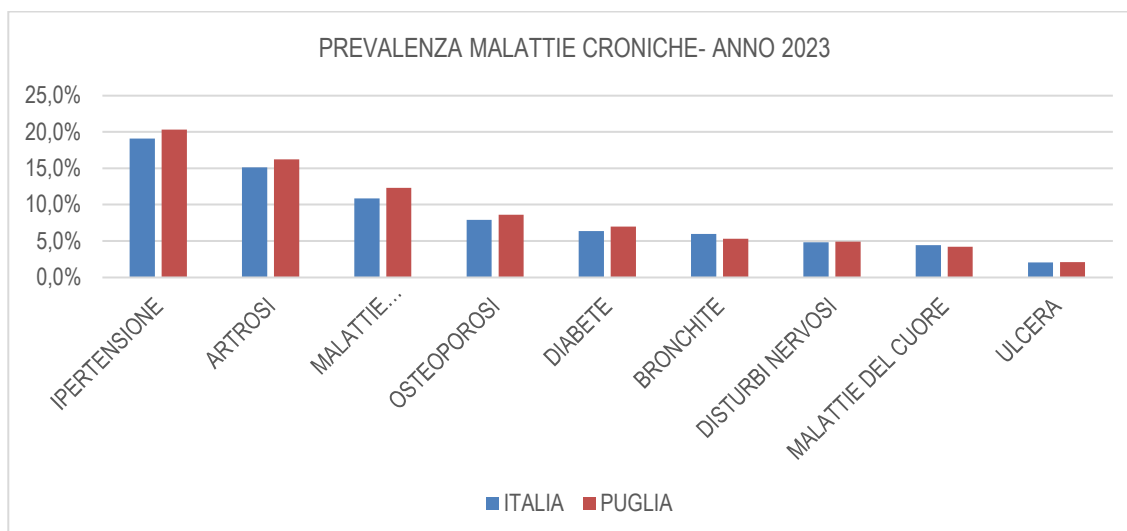


Figura 17 – Prevalenza percentuale delle malattie croniche nella regione Puglia e in Italia. Anno 2023. Fonte: elaborazione AGM su dati Istat.

Analogamente al caso nazionale, le malattie croniche più diffuse nella popolazione pugliese sono l'ipertensione arteriosa (19,1%), l'artrosi (15,1%) e le malattie allergiche (10,8%).

Nella province di **Bari e Barletta-Andria-Trani** negli ultimi anni si è assistito ad un incremento continuo della speranza di vita (eccetto per il 2020) della popolazione residente, a cui è associato un **aumento della diffusione di patologie cronico-degenerative, che interessano principalmente le classi di età più anziane**. Analogamente alla situazione regionale e nazionale, le principali cause di morte dei residenti della provincia sono le **malattie cardiovascolari e i tumori maligni**.

#### 4 ANALISI DELLA RETE EROGATIVA

L'analisi dell'attuale offerta dei servizi sanitari costituisce uno step fondamentale per il corretto dimensionamento del nuovo Ospedale del Nord Barese in relazione al ruolo che dovrà ricoprire all'interno della rete erogativa di afferenza e, quindi, alla funzione assistenziale e produttiva per essa prevista in risposta ai bisogni di salute del territorio.

L'attività è finalizzata a conoscere la rete di offerta sanitaria del territorio di riferimento, i volumi di produzione e la complessità della casistica trattata presso i nodi erogativi attualmente operativi, mettendo in evidenza le eventuali criticità (carenze, ridondanze, sottodimensionamenti/sovradimensionamenti, inefficienze, ecc.). Le analisi condotte, i cui risultati sono mostrati nei paragrafi successivi, fanno riferimento all'anno 2019; si è scelto infatti di non utilizzare i dati degli anni 2020 e 2021 durante i quali si è assistito a una significativa riduzione dei volumi di attività ospedaliera a causa della situazione emergenziale da COVID-19.

##### 4.1 Analisi rete ospedaliera ASL BT e ASL BA

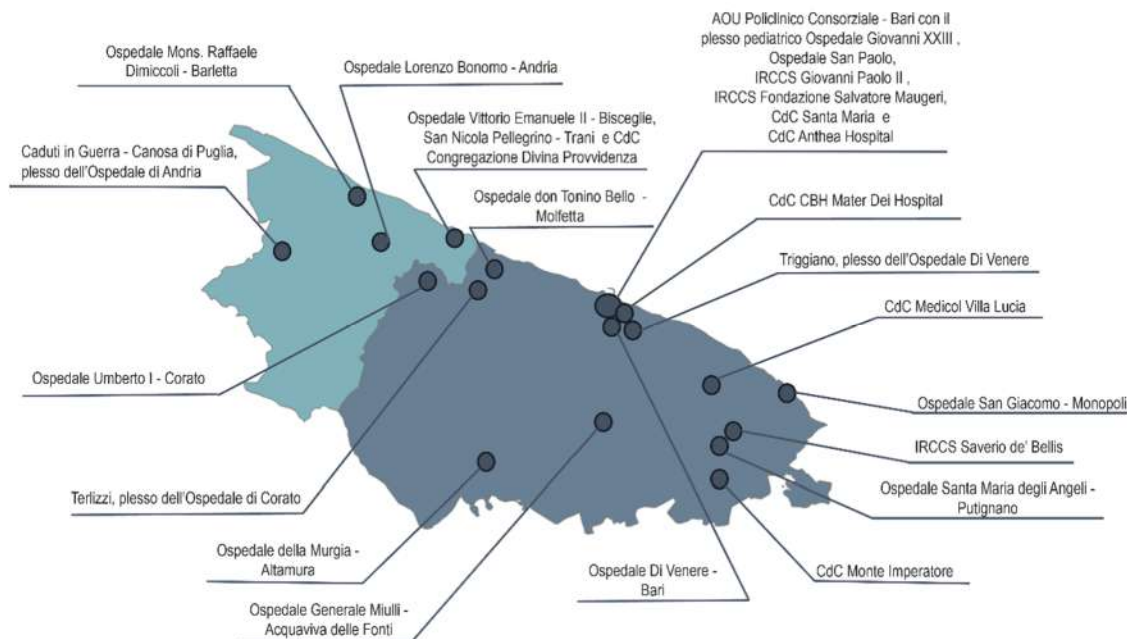
Nel 2019 l'assistenza ospedaliera nel territorio di competenza delle AA.SS.LL. di BT e BA era garantita attraverso **25 strutture**; In particolare, sono presenti:

- **1 Ospedali di II Livello:** AOU Policlinico Consorziato - Bari con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII (BA);
- **8 Ospedali di I Livello:** Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli - Barletta (ASL BT); Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria (ASL BT); Ospedale San Paolo - Bari (ASL BA); Ospedale Di Venere - Bari (ASL BA); Ospedale della Murgia - Altamura (ASL BA); Ospedale Umberto I - Corato (ASL BA); CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari (BA); Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti - Ente Ecclesiastico (BA);
- **4 Ospedale di Base:** Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie (ASL BT); Ospedale don Tonino Bello - Molfetta (ASL BA); Ospedale San Giacomo - Monopoli (ASL Bari); Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano (ASL BA);
- **2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico pubblici:** IRCCS Giovanni Paolo II - Bari a indirizzo oncologico (BA); IRCCS Saverio de' Bellis - Castellana Grotte a indirizzo gastroenterologico (BA);
- **1 Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico privato:** IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Cassano Murge (BA);
- **5 Case di Cura private accreditate:** CdC Congregazione Divina Provvidenza - Bisceglie (BT); CdC Santa Maria - Bari (BA); CdC Anthea Hospital - Bari (BA); CdC Monte Imperatore - Noci (BA); CdC Medicol Villa Lucia - Conversano (BA).

Completano la rete erogativa ospedaliera delle AA.SS.LL. BT e BA:

- **3 Presidi Post-Acuzie:** Caduti in Guerra - Canosa di Puglia, plesso dell'Ospedale di Andria (BT); Michele Sarcone - Terlizzi, plesso dell'Ospedale di Corato (BA); Francesca Fallacara - Triggiano, plesso dell'Ospedale Di Venere di Bari (BA);
- **1 Presidio di Assistenza Territoriale (PTA):** San Nicola Pellegrino - Trani (BT).

**I posti letto ospedalieri (pubblici e privati accreditati) presenti sul territorio ammontavano complessivamente a 4.879** di cui 3.677 (pari al 75,4% del totale) in strutture pubbliche e 1.202 (pari al 24,6% del totale) in strutture private.



**Figura 18 – Rete ospedaliera delle ASL BT e ASL BA.**

ASL	OSPEDALE	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
ASL BA	AOU Policlinico Consortziale - Bari	940	16	-	956
	Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti	550	22	-	572
	Ospedale Di Venere - Bari	266	-	-	266
	Ospedale San Paolo	247	25	-	247
	Ospedale della Murgia - Altamura	188	-	12	200
	Ospedale San Giacomo - Monopoli	167	-	-	167
	plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII	157	-	-	157
	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	148	-	-	148
	IRCCS Giovanni Paolo II	109	-	-	109
	IRCCS Saverio de' Bellis	106	-	-	106
	Ospedale don Tonino Bello - Molfetta	101	-	-	101
	Ospedale Umberto I - Corato	90	-	-	90
	Terlizzi, plesso dell'Ospedale di Corato	71	12	-	83
	Triggiano, plesso dell'Ospedale Di Venere	45	-	20	65
ASL BT	Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli - Barletta	230	-	-	230
	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	154	-	-	154
	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	116	-	10	126
	Caduti in Guerra - Canosa di Puglia, plesso dell'Ospedale di Andria	45	16	-	61
<b>SUBTOTALE OSP. PUBBLICI</b>		<b>3.730</b>	<b>91</b>	<b>42</b>	<b>3.838</b>

**Tabella 5 – N° di posti letto dei presidi ospedalieri pubblici delle ASL BT e BA. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Open Data Ministero della Salute.**

ASL	OSPEDALE	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
ASL BA	CdC CBH Mater Dei Hospital	374	75	-	449
	CdC Santa Maria	148	20	-	168
	CdC Anthea Hospital	81	10	-	91
	CdC Medicol Villa Lucia	73	202	-	275
	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri	24	-	-	24
	CdC Monte Imperatore	22	73	-	95
ASL BT	San Nicola Pellegrino - Trani	30	70	-	100
<b>SUBTOTALE OSP. PRIVATI</b>		<b>752</b>	<b>450</b>	<b>0</b>	<b>1.202</b>

**Tabella 6 – N° di posti letto dei presidi ospedalieri privati delle ASL BT e BA. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Open Data Ministero della Salute.**

Secondo quanto stabilito dal DM 70/2015 le Regioni devono adeguare la dotazione ospedaliera affinché non superi il tetto massimo di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Nonostante la normativa nazionale non richieda di rispettare tale parametro anche a livello sub-regionale, si ritiene che possa essere uno strumento efficace per individuare quali aree sono caratterizzate da una minore o maggiore densità di posti letto all'interno di una Regione. A tale scopo, si è calcolata tale misura per la regione Puglia e le ASL BT e BA. Il numero complessivo di posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati dell'area oggetto di analisi rapportato ai residenti nei comuni afferenti all'ASL BT è pari a 1,74 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 1,49 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, 0,22 posti letto di riabilitazione ogni 1.000 abitanti e 0,03 posti letto di lungodegenza ogni 1.000 abitanti, nell'ASL BA sono pari a 3,56 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 3,16 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, 0,37 posti letto di riabilitazione ogni 1.000 abitanti e 0,03 posti letto di lungodegenza ogni 1.000 abitanti (Tabella 7).

AMBITO	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE
ASL BT	1,49	0,22	0,03	1,74
ASL BA	3,16	0,37	0,03	3,56
REGIONE PUGLIA	2,76	0,32	0,04	3,12

**Tabella 7 – Posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti delle ASL BT e BA, e regione Puglia. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Open Data Ministero della Salute.**

#### 4.1.1 L'attività di ricovero

Nel 2019 gli ospedali pubblici (con dati di attività presenti su Open Data Ministero della Salute) e privati accreditati delle ASL BT e BA hanno generato circa 149.000 ricoveri, 1.119.000 giornate di degenza ordinaria, con un tasso di occupazione dei posti letto ordinari pari al 69,4% e una degenza media ordinaria pari mediamente a 7,5 giorni.

ASL	OSPEDALE	PL TOT.	DIMESSI RO	GG DEG. RO	DEG.ME D. RO	%TO PL RO
ASL BA	AOU Policlinico Consorziale - Bari	1.016	38.964	300.233	7,71	81,0%
	Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti	542	22.968	155.870	6,79	78,8%
	Ospedale Di Venere - Bari	-	-	-	-	-
	Ospedale San Paolo	504	16.105	99.302	6,17	54,0%
	Ospedale della Murgia - Altamura	181	6.008	39.762	6,62	60,2%
	Ospedale San Giacomo - Monopoli	156	6.086	31.433	5,16	55,2%
	Complesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII	-	-	-	-	-
	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	133	2.855	24.714	8,66	50,9%
	IRCCS Giovanni Paolo II	105	3.853	28.938	7,51	75,5%
	IRCCS Saverio de' Bellis	99	3.162	30.818	9,75	85,3%
	Ospedale don Tonino Bello - Molfetta	-	-	-	-	-
	Ospedale Umberto I - Corato	-	-	-	-	-
	Terlizzi, plesso dell'Ospedale di Corato	-	-	-	-	-
	Triggiano, plesso dell'Ospedale Di Venere	313	11.674	89.049	7,63	77,9%
ASL BT	Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli - Barletta	221	10.348	71.241	6,88	88,3%
	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	180	8.068	51.104	6,33	77,8%
	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	111	5.226	33.640	6,44	83,0%
	Caduti in Guerra - Canosa di Puglia, plesso dell'Ospedale di Andria	-	-	-	-	-
	<b>SUBTOTALE OSP. PUBBLICI</b>	<b>3.561</b>	<b>135.317</b>	<b>956.104</b>	<b>7,07</b>	<b>73,6%</b>

**Tabella 8 – Dati di produttività e di performance degli ospedali pubblici delle ASL BA e ASL BT. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Open Data Ministero della Salute.**

ASL	OSPEDALE	PL TOT.	DIMESSI RO	GG DEG. RO	DEG.ME D. RO	%TO PL RO
ASL BA	CdC CBH Mater Dei Hospital	-	-	-	-	-
	CdC Santa Maria	168	5.899	26.753	4,54	43,6%
	CdC Anthea Hospital	-	-	-	-	-
	CdC Medicol Villa Lucia	275	2.599	7.289	2,80	7,3%
	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri	218	2.935	75.996	25,89	95,5%
	CdC Monte Imperatore	95	889	22.786	25,63	65,7%

ASL	OSPEDALE	PL TOT.	DIMESSI RO	GG DEG. RO	DEG.ME D. RO	%TO PL RO
ASL BT	San Nicola Pellegrino - Trani	100	1.362	30.261	22,22	82,9%
<b>SUBTOTALE OSP. PRIVATI</b>		<b>856</b>	<b>13.684</b>	<b>163.085</b>	<b>11,92</b>	<b>52,2%</b>

**Tabella 9 – Dati di produttività e di performance degli ospedali privati delle ASL BA e ASL BT. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Portale Statistico AGENAS.**

Le strutture presenti nel territorio afferente alle ASL BA e BT registrano mediamente un tasso di occupazione dei reparti di degenza ordinaria pari al 69,4%, valore inferiore a quanto stabilito dal DM 70/2015 ("si considera efficiente un utilizzo medio dei posti letto compreso tra l'80% e il 90%"); tra gli ospedali pubblici quelli con il più basso livello di occupazione sono l'Ospedale Santa Maria degli Angeli di Putignano (50,9%) e Ospedale San Paolo di Bari (54,0%). Tra gli Ospedali pubblici delle ASL BA e BT, l' Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli di Barletta registra il più alto valore di occupazione dei posti letto ordinari (88,3%). La degenza media ordinaria degli ospedali nelle ASL BA e BT, pari mediamente a 7,5 giorni, risulta superiore a quanto stabilito dal DM 70/2015 ("inferiore mediamente a 7 giorni"). Gli Ospedali pubblici con la più alta degenza media sono l'IRCCS Saverio de' Bellis e l' Ospedale Santa Maria degli Angeli di Putignano nei quali si registra una degenza media rispettivamente pari a 9,7 e a 8,7 giorni.

## 4.2 Reti Tempo-Dipendenti

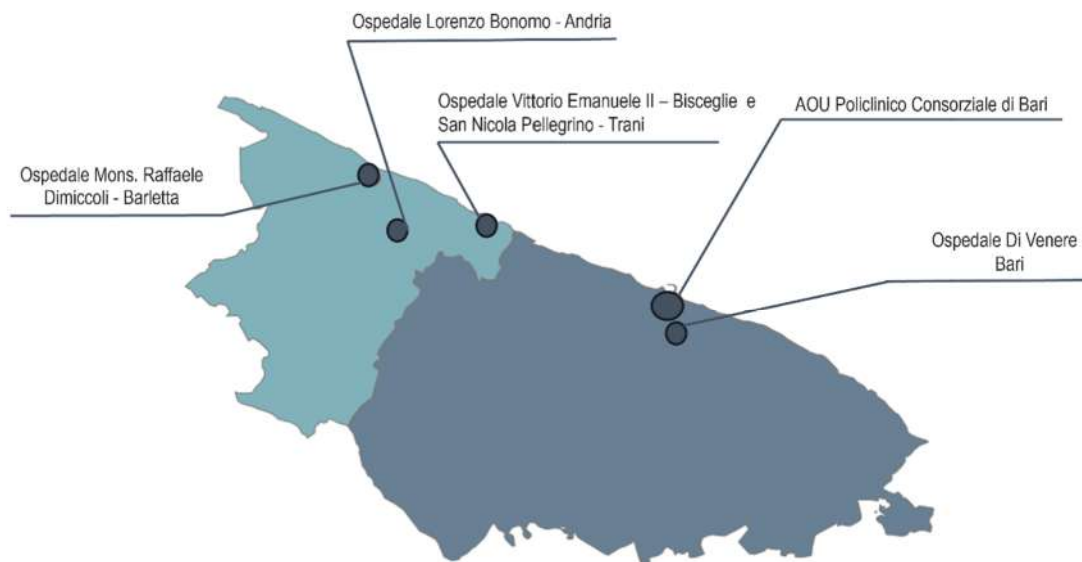
Il DM 70/2015 prevede che le Regioni, nel disegno della rete ospedaliera, definiscano i ruoli che i presidi devono ricoprire all'interno della rete di Emergenza-Urgenza, delle reti tempo-dipendente e delle reti per patologia, con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare.

Il Regolamento Regionale 10 marzo 2017, n. 7 definisce le seguenti Reti cliniche:

Rete delle urgenze, Rete delle emergenze cardiologiche; Rete ictus (fig.85); Rete traumatologica.

### 4.2.1 Rete delle urgenze

Relativamente alla Rete delle urgenze, nel territorio di riferimento è presente 1 DEA di II Livello (AOU Policlinico Consorziale di Bari) e 1 DEA di I Livello (Ospedale Di Venere di Bari), afferenti alla ASL BA. Nella ASL BT sono presenti: 2 DEA di I Livello: uno presso l'Ospedale di Andria ed uno presso l'Ospedale di Barletta; 1 Pronto Soccorso: presso l'Ospedale di Bisceglie; 1 PPI (Punto di Primo Intervento) presso il PTA di Trani.



**Figura 19 - Rete delle urgenze delle ASL BT e ASL BA.**

Nel 2019, i presidi della regione Puglia hanno registrato complessivamente 1.230.138 accessi: l' 88,0% degli accessi si rivolge a strutture pubbliche, mentre il restante 12,0% alle strutture private. In particolare, i presidi delle ASL BA e BT hanno contato complessivamente circa 472.000 accessi (Tabella 10).



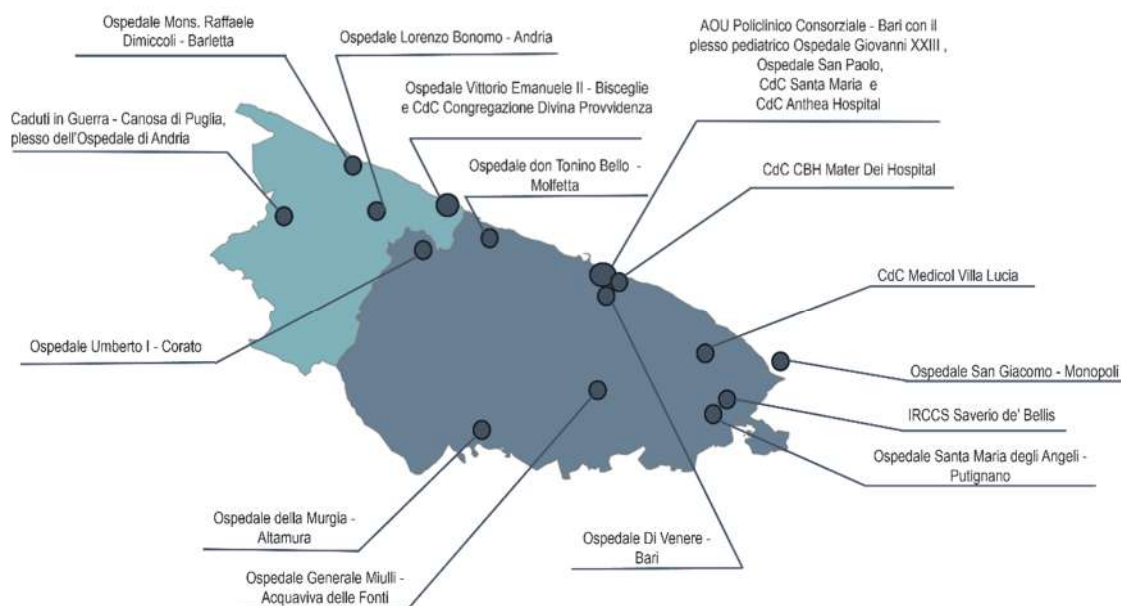
ASL	OSPEDALE	ACCESSI
ASL BA	AOU Policlinico Consorziato di Bari	90.882
	Ospedale Di Venere - Bari	45.141
ASL BT	CdC Anthea Hospital	-
	Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie	28.118
	San Nicola Pellegrino - Trani	-
	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	35.560
	Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli - Barletta	46.829

**Tabella 10 – N° totale accessi nei nodi della rete delle urgenze delle ASL BA e BT. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati Open Data Ministero della Salute.**

#### 4.2.2 Rete delle emergenze cardiologiche

Relativamente alla Rete delle emergenze cardiologiche, nella ASL BT sono presenti tutti i livelli della rete dell'emergenza cardiologica, ed in particolare:

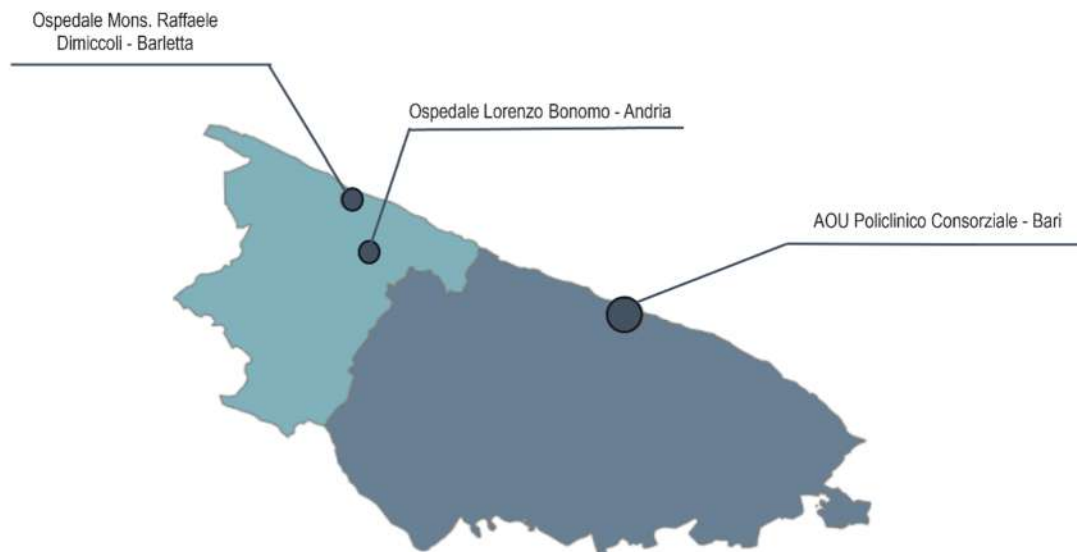
- 1 Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24: presso l'Ospedale di Andria nel quale sono autorizzati 16 posti letto di cardiologia e 8 posti letto di UTIC;
- 2 Cardiologie di Base con guardia attiva H24: una presso l'Ospedale di Bisceglie a gestione ASL nel quale sono autorizzati 12 posti letto di Cardiologia e una presso la Casa di Cura privata accreditata di Bisceglie nella quale il servizio non dispone di posti letto;
- 1 Cardiologia riabilitativa presso il Presidio Post-Acuzie di Canosa.



**Figura 20 - Rete delle emergenze cardiologiche delle ASL BT e ASL BA.**

#### 4.2.3 Rete Ictus

Per quanto concerne la Rete ictus, nel territorio di riferimento è presente 1 Stroke Unit di II Livello afferente alla ASL BA (AOU Policlinico Consorziato di Bari). Nella ASL BT è presente una Stroke Unit di I Livello presso l'ospedale di Barletta nel quale sono autorizzati 16 posti letto di Neurologia. Nell'Ospedale di Andria sono autorizzati 20 posti letto di Neurochirurgia e 16 posti letto di Neurologia.

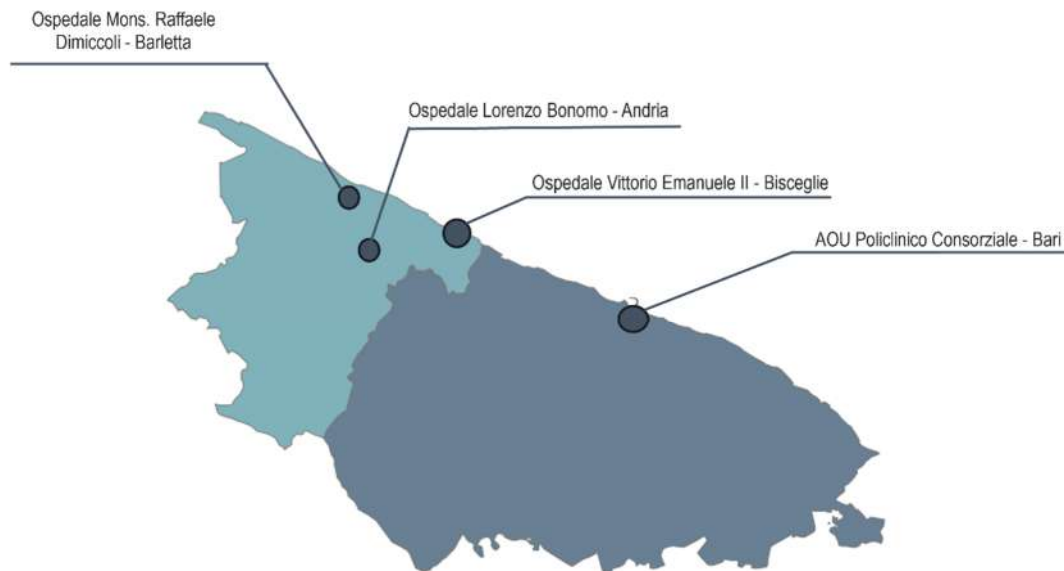


*Figura 21 – Rete Ictus delle ASL BT e ASL BA.*

#### 4.2.4 Rete Traumatologica

In merito alla Rete traumatologica, nel territorio di riferimento è presente 1 Centro Trauma di Alta Specializzazione, afferente alla ASL BA (AOU Policlinico Consorziale di Bari). Nella ASL BT sono presenti:

- 2 Centri Trauma di Zona: uno presso l'Ospedale di Andria ed uno presso l'Ospedale di Barletta, entrambi sede di DEA di I Livello e con 24 posti letto di Ortopedia e Traumatologia autorizzati,
- 1 Pronto Soccorso Traumatologico: presso l'Ospedale di Bisceglie, sede di Pronto Soccorso e con 16 posti letto di Ortopedia e Traumatologia autorizzati.



*Figura 22 – Rete Trauma delle ASL BT e ASL BA.*

#### 4.3 Analisi della domanda

L'analisi dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali erogate nei confronti della popolazione residente nell'ASL BT consente di valutare la domanda complessiva di prestazioni sanitarie del bacino di utenza e quindi di individuare quali azioni di riordino della rete erogativa attuare per il suo governo in un'ottica di massimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia delle cure.

I risultati mostrati nel presente documento permettono di comprendere la domanda di prestazioni richieste dalla popolazione della provincia di Barletta – Andria - Trani e quante trovano risposta al di fuori della provincia (*mobilità passiva intra- ed extra-regionale*); al contempo, si mostrano quali strutture della rete oggetto di analisi – e per quali prestazioni – sono attrattive per pazienti extra-provinciali (*mobilità attiva intra- ed extra-regionale*).

Anche in questo caso, le analisi condotte fanno riferimento all'anno 2019, in quanto la produttività non è risultata influenzata dalla situazione pandemica e dunque risulta pienamente rappresentativa di una situazione "a regime".

##### 4.3.1 Domanda di ospedalizzazione

Dall'analisi della **domanda di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL BT** relativa all'anno 2019 si registrano **44.331 ricoveri** (produzione interna e mobilità passiva intra- ed extra-regionale), per un totale di **166.352.831 €**.

In particolare rispetto alla domanda di ospedalizzazione totale:

- **il 62,8% dei ricoveri richiesti è di tipo medico e corrisponde a circa il 42% del valore economico totale della domanda di ospedalizzazione;**
- **il 37,2% dei ricoveri richiesti è di tipo chirurgico e corrisponde a circa il 58% del valore economico totale della domanda di ospedalizzazione.**

TIPO	RICOVERI	VAL. ECONOMICO
M	27.848	70.190.034 €
C	16.471	96.157.313 €
NA	12	5.484 €
<b>TOTALE</b>	<b>44.331</b>	<b>166.352.831</b>

**Tabella 11 – Domanda di ospedalizzazione dei residenti ASL BT. Anno 2019: Fonte elaborazione AGM su dati ASL BT.**

Come si evince dalla Tabella 12, i primi MDC<sup>1</sup> per numerosità di ricoveri e per valore economico per la richiesta di ospedalizzazione totale dei residenti dell'ASL BT sono costituiti dai **MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio**, **MDC 8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** **MDC 4 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio**. Complessivamente i ricoveri appartenenti a questi gruppi corrispondono al 33,6% del totale dei ricoveri e al 43,3% del totale del valore economico complessivo.

MDC	DOMANDA OSPEDALIZZAZIONE RICOVERI	VAL. ECON.
5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	6.324	33.351.390,00 €
8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo	5.348	25.242.947,00 €
4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3.236	13.447.412,00 €
6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3.339	12.134.132,00 €
1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.973	12.018.391,00 €
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.090	8.531.582,00 €
Pre MDC	184	7.882.994,00 €
7 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.862	7.208.029,00 €
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.238	5.966.897,00 €
14 - Gravidanza, parto e puerperio	4.079	5.897.305,00 €
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	948	4.997.152,00 €
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.825	4.812.411,00 €

<sup>1</sup> I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) classificano i DRG in funzione di criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9.

MDC	DOMANDA OSPEDALIZZAZIONE RICOVERI	VAL. ECON.
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.957	4.430.871,00 €
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.285	3.632.502,00 €
9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.131	2.898.437,00 €
3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.115	2.441.673,00 €
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	948	2.239.226,00 €
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	663	1.959.509,00 €
19 - Malattie e disturbi mentali	920	1.630.000,00 €
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	516	1.303.721,00 €
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	460	1.249.414,00 €
Altri DRG	162	1.215.066,00 €
2 - Malattie e disturbi dell'occhio	559	874.650,00 €
24 - Traumatismi multipli rilevanti	73	731.920,00 €
25 - Infezioni da H.I.V.	24	104.816,00 €
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	60	85.042,00 €
22 - Ustioni	12	65.342,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>44.331</b>	<b>166.352.831,00 €</b>

**Tabella 12 – Domanda di ospedalizzazione residenti ASL BT: n° ricoveri e val. economico. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati ASL BT.**

Il numero complessivo di ricoveri rapportato ai residenti nei comuni afferenti al territorio dell'ASL BT è pari a **114,5 ricoveri ogni 1.000 abitanti** (inferiore rispetto al tasso di ospedalizzazione massimo assunto come riferimento dalla normativa nazionale pari a 160).

#### 4.3.2 Mobilità passiva ASL BT

Nel 2019 una consistente parte della domanda di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL BT ha trovato risposta al di fuori del territorio di competenza dell'ASL; si contano infatti **21.034 ricoveri erogati in regime di mobilità passiva** (pari al 47,5% della domanda di ricoveri dei residenti dell'ASL BT), per un totale di **88.164.670 €** (pari al 53,0% del valore economico dei ricoveri erogati nei confronti dei residenti dell'ASL BT).

In particolare rispetto al totale di ricoveri di mobilità passiva:

- il **77%** è stato erogato da una struttura ospedaliera della regione Puglia (**mobilità passiva intra-regionale**) che corrisponde a 16.132 ricoveri (66.816.100,00 € circa il 76% del valore economico della totalità della mobilità passiva)
- mentre il restante **23%** in altre regioni (**mobilità passiva extra-regionale**), che corrisponde a 4.902 ricoveri (21.348.570,00 € circa il 24% del valore economico totale della mobilità passiva).

TIPO	INTRA REGIONALE		EXTRA REGIONALE	
	RICOVERI	VAL. ECONOMICO	RICOVERI	VAL. ECONOMICO
M	8.470	21.685.839,00 €	2.092	4.667.419,00 €
C	7.656	45.127.519,00 €	2.809	16.680.694,00 €
NA	6	2.742,00 €	1	457,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>16.132</b>	<b>66.816.100</b>	<b>4.902</b>	<b>21.348.570</b>

**Tabella 13 – Mobilità passiva residenti ASL BT. Anno 2019 Fonte: elaborazione AGM su dati ASL BT.**

Come si evince dalla *Tabella 14*, i primi MDC per numerosità di ricoveri e per valore economico per mobilità passiva dei residenti dell'ASL BT, sono costituiti dai **MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio**, **MDC 8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** **MDC 14 – Gravidanza, parto e puerperio**. Complessivamente i ricoveri appartenenti a questi gruppi corrispondono al 35,7% del totale dei ricoveri e al 41,4% del totale del valore economico complessivo.

MDC	INTRA REGIONALE		EXTRA REGIONALE	
	RICOVERI	VAL. ECON.	RICOVERI	VAL. ECON.
5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.493	16.375.294 €	519	3.504.453 €
8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo	1.795	7.963.058 €	1.415	6.669.558 €
14 - Gravidanza, parto e puerperio	1.205	1.860.004 €	84	114.447 €
6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.110	4.198.725 €	275	1.055.021 €

MDC	INTRA REGIONALE		EXTRA REGIONALE	
	RICOVERI	VAL. ECON.	RICOVERI	VAL. ECON.
1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.025	4.182.664 €	444	1.770.608 €
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	982	2.884.253 €	15	51.687 €
4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	965	4.645.574 €	145	693.957 €
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	933	3.918.012 €	177	965.010 €
7 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	730	2.979.676 €	168	836.522 €
9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	640	1.659.724 €	154	383.100 €
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	573	1.805.100 €	264	788.528 €
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	566	1.429.406 €	214	874.726 €
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	538	1.610.068 €	63	191.295 €
3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	513	1.352.025 €	113	249.669 €
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	436	2.283.649 €	248	692.532 €
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	355	762.708 €	157	286.119 €
19 - Malattie e disturbi mentali	315	493.153 €	101	162.371 €
2 - Malattie e disturbi dell'occhio	238	361.293 €	150	217.647 €
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	222	606.646 €	75	178.599 €
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	187	940.495 €	36	213.476 €
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	122	346.401 €	33	108.837 €
Pre MDC	75	3.362.347 €	27	1.234.902 €
Altri DRG	68	537.804 €	7	51.433 €
24 - Traumatismi multipli rilevanti	19	160.803 €	1	5.559 €
22 - Ustioni	12	65.342 €	0	0,00 €
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	11	16.316 €	11	28.038 €
25 - Infezioni da H.I.V.	4	15.560 €	6	20.476 €
<b>TOTALE</b>	<b>16.136</b>	<b>66.816.100 €</b>	<b>4.902</b>	<b>21.348.570 €</b>

**Tabella 14 – Mobilità passiva residenti ASL BT: n° ricoveri e val. economico. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati ASL BT.**

I ricoveri erogati in mobilità passiva nei confronti di pazienti residenti nel comune di Bisceglie risultano essere 2.719 (circa il 13% della mobilità passiva dell'ASL); in particolare il 79% di questi ricoveri ha trovato risposta all'interno della Regione Puglia (mobilità passiva intra-regionale) ed il restante 21% è stato erogato al di fuori del territorio regionale (mobilità passiva extra-regionale). Con riferimento ai circa 2.100 ricoveri erogati in mobilità passiva intra-regionale si osserva che più dell'80% di questi ricoveri sono stati erogati nelle strutture presenti sul territorio di competenza dell'ASL di Bari. In particolare rispetto al totale di ricoveri di mobilità passiva intra-regionale richiesti dai residenti di Bisceglie:

- **il 48,6% risultano essere ricoveri a carattere medico ed il restante 51,4% ricoveri di carattere chirurgico;**
- i primi MDC per numerosità di ricoveri e per valore economico per mobilità passiva intra-regionale dei residenti del comune di Bisceglie sono costituiti dai **MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio**, **MDC 8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** **MDC 14 – Gravidanza, parto e puerperio.**

MDC	INTRA REGIONALE		
	M	C	TOTALE
5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	158	154	312
8 - Malattie e disturbi del sistema muscolo	53	196	249
14 - Gravidanza, parto e puerperio	108	62	170
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	48	115	163
6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	53	73	126
1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	91	34	125
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	123	0	123
ALTRO	410	470	880



MDC	INTRA REGIONALE		TOTALE
	M	C	
<b>TOTALE</b>	<b>1.044</b>	<b>1.104</b>	<b>2.148</b>

**Tabella 15 – Mobilità passiva Intra-Regionale residenti Bisceglie. Anno 2019. Fonte: elaborazioni AGM su dati ASL BT.**

I risultati dell'analisi dei **flussi di mobilità passiva** dei ricoveri erogati a pazienti residenti nel territorio di competenza dell'ASL BT rivelano che circa il **47% della domanda di ricoveri del territorio è soddisfatto in strutture non di competenza dell'ASL BT**; in particolare, il 77% dei ricoveri è erogato in strutture della Regione Puglia ed il 23% in strutture nel resto del territorio italiano. Questo fenomeno genera complessivamente **un debito di circa 88 milioni di euro**. Gli ambiti maggiormente colpiti dal fenomeno di mobilità passiva risultano essere quello **cardiocircolatorio** (19,8 milioni di euro), quello **ortopedico** (14,6 milioni di euro) e quello legato **all'apparato riproduttivo femminile** (1,9 milioni di euro).

## 5 IL NUOVO OSPEDALE DEL NORD BARESE

### 5.1 Obiettivi e principi guida

Coerentemente con quanto delineato nel “*Il Nuovo Ospedale del Nord Barese Progetto di Fattibilità Tecnico ed Economica*” la nuova struttura andrà a sostituire due ospedali, di cui uno appartenente alla ASL BT (Ospedale di Bisceglie) e uno alla ASL BA (Ospedale di Molfetta), nell’ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera promosso dalla Regione Puglia (si rimanda alla “*Premessa*”). Questo intervento mira a consolidare i risultati ottenuti con il Piano di Rientro e a migliorare l’efficienza e la qualità complessiva delle prestazioni sanitarie.

In questa prospettiva, il Nuovo Ospedale dovrà rappresentare un polo attrattivo non solo per i pazienti, contribuendo a ridurre la mobilità passiva e a rafforzare quella attiva, ma anche per gli operatori sanitari.

Il Nuovo Ospedale del Nord Barese deve essere progettato e realizzato per essere:

- Ospedale di I livello;
- DEA di I livello;
- Ospedale con Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24;
- Non è previsto, invece, che il Nuovo Ospedale eroghi prestazioni in merito alla rete oncologica.

In base agli indirizzi programmatori il dimensionamento della struttura non è stato determinato come una semplice somma delle capacità dei reparti in chiusura o alla riproduzione dell’attuale configurazione accreditata, ma è stato basato su un’attenta analisi della popolazione target, dei suoi bisogni sanitari presenti e futuri e del contributo che il Nuovo Ospedale apporterà al rafforzamento della rete assistenziale ed al recupero di mobilità passiva, in particolare in termini di:

- miglioramento qualitativo dell’offerta sanitaria e della sua efficacia, garantito da strutture sanitarie nuove e da tecnologie avanzate, e determinazione della progressiva riduzione della mobilità passiva extra regionale con un impatto economico, oltre che sociale, positivo;
- maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie con un risvolto diretto sulla riduzione dell’inefficienza economica nell’utilizzo dei posti letto;
- 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;
- la riduzione dei costi di manutenzione ordinaria e straordinaria relativi alle strutture da riconvertire.

### 5.2 Il dimensionamento delle funzioni sanitarie del Nuovo Ospedale del Nord Barese

A partire dagli obiettivi e principi guida presentati nel par.295.1, sulla base delle indicazioni raccolte nei documenti di gara e delle valutazioni derivanti dall’analisi del contesto (par. 3) e dall’analisi della rete erogativa e della mobilità (par. 4) mediante gli strumenti di matematica clinica e i sistemi di simulazione proprietari (par. 1.3) si è proceduto al dimensionamento clinico-gestionale del Nuovo Ospedale del Nord Barese.

Tale attività ha permesso, per ogni Processo del nuovo nosocomio, di:

- analizzare le attuali dotazioni e i livelli di produttività;
- valutare l’entità dei recuperi di efficienza ed i miglioramenti di performance;
- valutare l’entità di recuperi di flussi di mobilità passiva;
- individuare il migliore scenario di ottimizzazione ed efficientamento nell’ottica della reingegnerizzazione e del rinnovamento dei servizi dell’Ospedale.

Nei successivi paragrafi si riportano i risultati delle analisi e i conseguenti scenari di ottimizzazione, dettagliando, per ogni Processo, le dotazioni necessarie/previste e la capacità produttiva futura. Per quanto concerne la spiegazione delle motivazioni e delle scelte distributive di ciascun reparto si rimanda alla *Relazione Tecnica e Specialistica Sanitaria - 6194PFTEdH0001-00\_RTS-sn*.

**Il dimensionamento, che vede la definizione di tutte le dotazioni per ogni funzione, è stato ritenuto conforme e coerente con gli atti di programmazione sanitaria in materia ospedaliera ed in particolare ai Regolamenti regionali n.14/2020, n.23/2019 e la deliberazione di Giunta Regionale n.919/2023 ed è stato approvato dalle Direzioni Generali e Sanitarie delle ASL di BT e BA e dal Direttore del Dipartimento**

Salute in data 06/05/2024 (Allegato “Verbale Incontro del 06/05/2024 – Nuovo Ospedale Nord Barese).

### 5.2.1 Degenze

Nel 2019, l'Ospedale Bisceglie era dotato complessivamente di **123 posti letto** (120 posti letto ordinari e 3 posti letto diurni) e ha registrato **5.856 ricoveri**, per un totale di circa **35.400 giornate di degenza**.

DOTAZIONI	PL ORDINARI	PL DH/DS	% OCC. PL ORD	N° RIC. ORD	GG DEG
CARDIOLOGIA	12	0	73,9%	775	3.237
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	20	0	93,4%	568	6.819
MEDICINA GENERALE	16	0	100,4%	466	5.295
GASTROENTEROLOGIA	3	1	112,3%	140	1.230
CHIRURGIA GENERALE	16	0	85,4%	846	4.989
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	0	68,2%	548	3.734
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	2	61,3%	870	3.580
PEDIATRIA	13	0	50,0%	760	2.374
TERAPIA INTENSIVA	6	0	56,7%	129	1.241
LUNGODEGENTI	3	0	132,9%	124	1.455
NIDO	-	-	-	459	1.441
<b>TOTALE</b>	<b>120</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.685</b>	<b>35.395</b>

**Tabella 16 – Attività di ricovero Osp. Bisceglie. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati ASL BT.**

In particolare, il nosocomio ha erogato:

- **5.685 ricoveri in regime ordinario** (pari al **97%** dei ricoveri totali) con un tasso di occupazione medio pari all'80,0% e una degenza media ordinaria pari a 6,1 giorni; l'indice di occupazione, pari all'80,0%, non rispetta gli standard stabiliti dal DM 70/2015, mentre la degenza media risulta essere inferiore al valore stabilito dal medesimo decreto (7 giorni);
- **171 ricoveri in regime diurno** (pari al **3%** dei ricoveri totali).

La struttura ospedaliera di Bisceglie è caratterizzata da un'attività di carattere prevalentemente medico. Il 75% del totale dei DRG erogati nel corso dell'anno 2019 risultano appartenere all'area medica. Inoltre, il 65% del totale dei ricoveri risultano essere erogati in regime di urgenza, ovverosia provenienti dal PS (percentuale che supera il 70% se si considerano i soli ricoveri con DRG Medico).

Nello stesso anno l'**Ospedale di Molfetta**, presidio ospedaliero di base e sede di Pronto Soccorso, ha registrato **2.750 ricoveri** per un totale di circa **19.900 giornate di degenza**.

DOTAZIONI	PL ORDINARI	PL DH/DS	% OCC. PL ORD	N° RIC. ORD	GG DEG
CARDIOLOGIA	-	-	-	317	1.712
MEDICINA GENERALE	-	-	-	846	7.745
CHIRURGIA GENERALE	-	-	-	633	4.006
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	-	-	398	3.386
UROLOGIA	-	-	-	556	3.076
<b>TOTALE</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.750</b>	<b>19.925</b>

**Tabella 17 – Attività di ricovero Osp. Molfetta. Anno 2019. Fonte: elaborazione AGM su dati ASL BT.**

L'Ospedale Don Tonino Bello di Molfetta è caratterizzato da un volume di attività medica pari al volume di attività chirurgica: presenta il 56% di DRG a carattere medico ed il restante 44% a carattere chirurgico.

La **nuova configurazione prevede** che il numero di posti totali disponibili per il Nuovo Nosocomio sia di **243 posti letto e 25 posti tecnici** (di cui 10 culle, 10 posti di OBI e 5 posti tecnici dedicati alla chirurgia ambulatoriale).

AREA	SPECIALITÀ	PL
AREA MEDICA	CARDIOLOGIA	19
AREA MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	5
AREA MEDICA	MALATTIE INFETTIVE	24
AREA MEDICA	MEDICINA GENERALE	44
AREA MEDICA	NEUROLOGIA	10
<b>SUBTOTALE AREA MEDICA</b>		<b>102</b>
AREA CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	33
AREA CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	25

AREA	SPECIALITÀ	PL
AREA CHIRURGICA	UROLOGIA	10
AREA CHIRURGICA	WEEK-SURGERY	5
<b>SUBTOTALE AREA CHIRURGICA</b>		<b>73</b>
AREA MATERNO-INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	19
AREA MATERNO-INFANTILE	PEDIATRIA	9
AREA MATERNO-INFANTILE	NEONATOLOGIA	4
<b>SUBTOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>		<b>32</b>
AREA CRITICA	TERAPIA INTENSIVA	14
<b>SUBTOTALE AREA CRITICA</b>		<b>14</b>
AREA SPDC	PSICHIATRIA	16
<b>SUBTOTALE AREA SPDC</b>		<b>16</b>
AREA POST-ACUTI	LUNGODEGENTI	6
<b>SUBTOTALE AREA POST-ACUTI</b>		<b>6</b>
<b>TOTALE PL</b>		<b>243</b>

**Tabella 18 – Dimensionamento degenze del Nuovo Ospedale del Nord Barese.**

Il dimensionamento previsto per il nuovo nosocomio consente di:

- assorbire completamente l'attività di ricovero delle due strutture** (Ospedale di Bisceglie ed Ospedale di Molfetta);
- potenziare l'attività** di ricovero attraverso una riduzione della mobilità passiva attraverso il potenziamento delle dotazioni di posti letto e con l'inserimento di un pool di PL di Week-Surgery per la gestione dei ricoveri a bassa intensità di assistenza (degenza media < 5 giorni) ed altro turn-over.
- integrare nella nuova struttura tutte le specialità richieste dalla normativa vigente per un Ospedale di primo livello:**
  - Neurologia: il dimensionamento prevede 10 PL di cui 6 Unità Sub-intensive di Stroke Unit; tali dotazioni permettono inoltre un recupero della mobilità passiva del 50% per ricoveri con MDC del sistema nervoso;
  - Neonatologia: in linea con quanto richiesto dagli "Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale";
  - Psichiatria: il dimensionamento prevede l'inserimento nella nuova struttura di un nucleo minimo di PL per la specialità di SPDC;

Ipotizzando che la degenza media dei ricoveri ordinari resti invariata e prevedendo un numero di accessi per ricovero diurno pari a 1,5, **l'Istituto potrà erogare**, con una occupazione dei posti letto pari all'85% , **fino a circa 13.000 ricoveri**. Il dimensionamento permette quindi di **incrementare sensibilmente l'attività di ricovero ordinaria**.

### 5.2.2 Emergenza-Urgenza

L'area Emergenza-Urgenza è un'area deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e agli altri interventi diagnostico terapeutici e clinico strumentali d'urgenza oltre che in grado di accogliere i pazienti dagli altri ospedali della rete.

L'Ospedale di Bisceglie, sede di PS nella rete di emergenza-urgenza, ha registrato **27.648 accessi** nel 2019, di cui:

- 554 accessi (2% del totale) codici bianco;
- 19.630 accessi (71% del totale) codici verde;
- 7.188 accessi (26% del totale) codici gialli;
- 276 accessi (1% del totale) codici rossi.

L'Ospedale di Molfetta invece, sede di PS nella rete di emergenza-urgenza, ha registrato circa **23.752 accessi** nel 2019, di cui:

- 475 accessi (2% del totale) codici bianco;
- 18.052 accessi (76% del totale) codici verde;
- 4.988 accessi (21% del totale) codici gialli;

- 237 accessi (1% del totale) codici rossi.

**Il tasso di ospedalizzazione del P.S. di Bisceglie è pari al 16,0%:** circa 4.400 accessi hanno avuto come esito il ricovero in un reparto di degenza. Tale valore è significativamente inferiore per la struttura di **Molfetta** per la quale si registra un **tasso di ospedalizzazione del 8,3%**, circa 2.000 ricoveri.

Sulla base dell'analisi dello stato di fatto, e sulla volontà della Regione Puglia di istituire per la Nuova struttura un DEA di I livello è stato elaborato il nuovo scenario di configurazione del Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale del Nord Barese. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- la frequenza di accesso al Pronto Soccorso non è costante durante tutto l'anno, ma subisce variazioni in relazione alla stagionalità; questo fenomeno può tradursi quantitativamente in un'oscillazione del numero di accessi/settimana che può variare fino al  $\pm 10\%$  rispetto al valore medio;
- la maggior parte dei pazienti accedono al Pronto Soccorso nelle ore diurne (tra le 8 e le 20) e nelle ore notturne (tra le 20 e le 8) il carico di lavoro è considerevolmente inferiore;
- il tempo necessario per l'assistenza dei pazienti ed il tempo di occupazione dei box di Pronto Soccorso è variabile in funzione del codice urgenza degli accessi.

Si prevede la presenza di:

- un'area di **Pronto Soccorso**;
- un'area di **Osservazione Breve Intensiva (OBI)** composta da 10 posti tecnici;
- un'area di **Diagnostica dedicata al Pronto Soccorso**.

L'area di Pronto Soccorso dispone di 2 shock room per la gestione delle emergenze, 15 box per la gestione di pazienti a media intensità assistenziale, 1 box per i pazienti a bassa intensità assistenziale, 1 box per l'isolamento temporaneo di pazienti potenzialmente infettivi, 1 ambulatorio psichiatrico, 1 ambulatorio ortopedico con annesso sala gessi (dotate di loro deposito), 1 ambulatorio box codici rosa e 2 ambulatori indifferenziati. Completano l'area, spazi di attesa per i pazienti e i visitatori, il locale osservazione sosta salma, spazi di lavoro medico ed infermieristico, locali di riposo per il personale e spazi di deposito. Il Pronto Soccorso così configurato, grazie all'incremento delle dotazioni rispetto alla situazione attuale, sarà in grado di gestire un volume di attività fino a 45.000-50.000 accessi<sup>2</sup>, garantendo tempi di attesa delle prime visite e tempi totali di processo coerenti con le soglie massime stabilite dalle linee guida nazionali<sup>3</sup>.

L'area di Osservazione Breve Intensiva dispone di 10 posti tecnici: il dimensionamento è tale da garantire fino a circa 2.700-3.000 giornate all'anno.

L'area di Diagnostica dedicata, da posizionarsi in un'area baricentrica rispetto alla distribuzione dei box visita al Pronto Soccorso, si compone di 3 sale diagnostiche: 1 sala per la radiologia convenzionale, 1 sala TC (possibilmente accessibile direttamente anche dal box destinato alle emergenze), 1 ambulatorio ecografico. Il dimensionamento della Diagnostica dedicata all'Area Emergenza Urgenza è tale da garantire il volume di attività stimato in funzione del numero e delle caratteristiche degli accessi ipotizzato.

### 5.2.3 Area Interventistica

L'Area Interventistica è la struttura organizzativa deputata all'esecuzione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche. I pazienti in ingresso all'Area Operatoria possono essere:

- pazienti ricoverati per i quali è stato programmato l'intervento dal reparto di competenza;
- pazienti con traumi e/o patologie per i quali è necessario intervenire in modo tempestivo; tali pazienti costituiscono i casi di *urgenza* (interventi non programmati per pazienti provenienti dal Pronto Soccorso o dai reparti di degenza) o *emergenza* (interventi da eseguire entro trenta minuti a causa del pericolo di vita a cui è soggetto il paziente).

L'Area Interventistica integra l'attività interventistica ordinaria, diurna e angiografica, garantendo una centralizzazione del personale e un'ottimizzazione delle risorse necessarie alla corretta gestione del servizio, compresa la gestione degli impianti e delle attrezzature sanitarie. Al fine di un corretto dimensionamento è

<sup>2</sup> Risultati ottenuti grazie all'utilizzo di modelli di simulazione *discrete-event* e *agent-based* ed ipotizzando una dinamica degli accessi di Pronto Soccorso variabile nel corso dei mesi dell'anno, dei giorni delle settimane, delle ore del giorno.

<sup>3</sup> Fonte: "linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero" - Ministero della Salute.

stato analizzato:

- il numero di interventi per regime e per tipologia di intervento;
- il numero di specialità chirurgiche presenti nel presidio;
- l'aumento di attività interventistica registrato nel 2023 rispetto al 2019 per l'attività di chirurgia minore e chirurgia ambulatoriale complessa;
- il potenziale aumento di attività derivante dal recupero di mobilità passiva.

Nel 2019, nell'Ospedale di Bisceglie sono stati erogati circa 1.800 interventi chirurgici, di cui:

- 668 interventi (36% del totale) di chirurgia;
- 683 interventi (37% del totale) di ortopedia;
- 424 interventi (23% del totale) di ginecologia;
- 46 interventi (4% del totale) di altre specialità.

Il dimensionamento del Blocco Operatorio è stato determinato in modo tale da consentire, coerentemente con le dotazioni di posti letto chirurgici previsti e con il miglioramento delle performance di utilizzo dei posti letto stessi e del Pool aggiuntivo di Week-Surgery, **un aumento della produttività rispetto a quella attuale**. Tale ipotesi risulta coerente sia con l'obiettivo di recuperare i flussi di mobilità passiva, sia con il dimensionamento dei posti letto dei reparti di area chirurgica.

Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- per la programmazione degli interventi chirurgici ordinari per 5 giorni a settimana su 48 settimane all'anno, con orario di attività giornaliero pari a 8 ore e una saturazione delle sale pari al 80%;
- per la programmazione degli interventi chirurgici diurni (day surgery e chirurgia ambulatoriale) e delle procedure angiografiche per 5 giorni a settimana su 48 settimane all'anno, con un orario di attività giornaliero pari a 6 ore e una saturazione delle sale pari al 80%.

Il Blocco Operatorio del Nuovo Ospedale del Nord Barese sarà dotato di: 4 sale operatorie ordinarie, 2 sala operatoria dedicata alla day surgery e alla chirurgia ambulatoriale complessa, 1 sala operatoria dedicata alla gestione delle urgenze-emergenze per un totale di 7 sale interventistiche a cui va aggiunta la sala di emodinamica posta in contiguità con il blocco. L'area è corredata inoltre da spazi per la preparazione e l'osservazione post-procedura dei pazienti, di sale comandi per le apparecchiature diagnostiche, spazi per il personale medico e infermieristico, spazi di supporto e depositi.

Si ritiene che il dimensionamento di queste sale permetterà di erogare **fino a oltre 6.000 interventi all'anno**.

#### 5.2.4 Blocco Parto

Nel 2019, nel punto nascita dell'Ospedale di Bisceglie sono stati effettuati **556 parti**, di cui il **37% parti cesarei**; In base ai volumi di attività registrati è stato elaborato il dimensionamento del Blocco Parto del Nuovo Ospedale del Nord Barese, costituito da **3 sale travaglio-parto-post parto** e **1 sala cesarei**; in quest'ultima sarà possibile effettuare i parti cesarei, programmati e non, mentre gli interventi di ginecologia sono stati conteggiati nel dimensionamento del Blocco Operatorio.

Il dimensionamento previsto per il Blocco Parto permetterà alla struttura di erogare l'attività di ricovero già ad oggi erogata all'interno del presidio, favorire, in caso di inversione di tendenza, un incremento del numero di parti e rispettare quanto previsto dalle linee guide vigenti per i punti nascita di I livello ed in generale dell'assistenza perinatale.

#### 5.2.5 Area Diagnostica per Immagini

Nel 2019 nelle sale diagnostiche dell'Ospedale sono stati eseguiti **19.500 esami**, di cui 13.406 (pari a 69% del totale) per pazienti esterni ambulatoriali e 6.083 (pari a 31% del totale) per pazienti interni ricoverati.

CLASSE ESAME	PRESTAZIONI PAZIENTI ESTERNI	PRESTAZIONI PAZIENTI INTERNI
RX TRADIZIONALE	5.121	3.472
TAC	1.973	1.755
ECOGRAFIA	4.121	850
MAMMOGRAFIA	2.191	6
<b>TOTALE</b>	<b>13.406</b>	<b>6.083</b>



**Tabella 19 – Dimensionamento dell'Area Diagnostica per Immagini del Nuovo Ospedale del Nord Barese.**

In base ai volumi di attività registrati, all'analisi della domanda di prestazioni della popolazione residente, alla valutazione del rispetto dei tempi di attesa e ai dati di mobilità passiva è stato elaborato il dimensionamento della Diagnostica per Immagini del Nuovo Ospedale. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- un'apertura delle sale diagnostiche per attività programmata pari a 8 ore al giorno per 5 giorni a settimana per 48 settimane all'anno;
- una saturazione delle sale per l'attività programmata compresa pari all'80%.

L'Area di Diagnostica per immagini deve prevedere 8 sale diagnostiche: 1 sale RM, 1 sala TC, 2 sale per la radiologia convenzionale, 2 ambulatori ecografici, 1 sala MAMMO ed una sala OPT.

Il dimensionamento dell'area di diagnostica consentirà:

- coerentemente con le dotazioni di posti letto previsti (potenziamento della nuova struttura rispetto a quanto previsto da normativa vigente per un Presidio Ospedaliero con DEA di I livello, recupero di ricoveri chirurgici in mobilità passiva), un aumento della produttività rispetto a quella attuale per le prestazioni richieste dai pazienti interni.
- di aumentare le prestazioni sia in numero sia in tipologia erogabili nei confronti dei pazienti esterni. A tal riguardo sono stati previsti 2 ulteriori locali eventualmente implementabili in funzione della domanda prospettica.
- di gestire un incremento dell'attività diagnostica rispetto all'attuale fino a circa 60.000 esami complessivi.

#### 5.2.6 Area Ambulatoriale

Nel 2019, nell'Ospedale di Bisceglie sono state erogate circa 31.700 prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprendenti visite, prestazioni strumentali e terapeutiche.

CLASSE ESAME	SSN	SOLVENTI
AREA MEDICA	8.750	1.478
AREA CHIRURGICA	15.527	600
AREA OST- GIN	3.305	596
AREA PEDIATRICA	919	13
AREA PSICHIATRICA	-	485
<b>TOTALE</b>	<b>28.501</b>	<b>3.172</b>

**Tabella 20 – Dimensionamento dell'area ambulatoriale del Nuovo Ospedale del Nord Barese.**

In base ai volumi di attività registrati è stato elaborato il dimensionamento dell'Area Ambulatoriale del Nuovo Ospedale. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- un'apertura degli ambulatori per attività pari a 40 ore settimanali per 48 settimane all'anno;
- una saturazione degli ambulatori per l'attività pari all'80%.

Sulla base delle considerazioni esposte, il dimensionamento del Poliambulatorio del Nuovo Ospedale di Bisceglie prevede la presenza di **24 ambulatori**:

#### 5.2.7 Centro Prelievi

Nel 2019 nell'Ospedale di Bisceglie sono stati effettuati **13.300 prelievi**. In base ai volumi di attività registrati è stato elaborato il dimensionamento del Centro Prelievi del Nuovo Ospedale. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- un'apertura del servizio per attività programmata pari a 3 ore al giorno per 6 giorni a settimana (dal lunedì al sabato dalle 8 alle 11) per 48 settimane all'anno;
- una saturazione degli ambulatori per l'attività pari al 90%.

Il dimensionamento del Centro Prelievi prevede 1 ambulatorio e 4 box Prelievi.

#### 5.2.8 Centro Trasfusionale

Nel 2019 nell'Ospedale di Bisceglie sono state effettuate 859 trasfusioni e 1.532 donazioni. In base ai volumi di attività registrati è stato elaborato il dimensionamento del Centro Trasfusionale del Nuovo Ospedale. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- un'apertura del servizio per attività programmata pari a 6 ore al giorno per 6 giorni a settimana per 48 settimane all'anno;
- una saturazione degli ambulatori per l'attività pari al 90%.

Il dimensionamento del Centro Trasfusionale prevede 2 ambulatori e 4 Box Donatori ed 1 Area Terapia.

### 5.2.9 Endoscopia

Nel 2019 nell'Ospedale di Bisceglie sono state effettuate circa 600 prestazioni di endoscopia, di cui 400 (pari al 66% circa del totale) di endoscopia digestiva ed il restante 34% circa colonscopie. Non sono noti i volumi attuali dell'attività di screening effettuati nella piastra endoscopia del nosocomio.

In base ai volumi di attività registrati è stato elaborato il dimensionamento del Blocco Endoscopico del Nuovo Ospedale. Il dimensionamento ha tenuto conto delle seguenti ipotesi:

- un'apertura del servizio pari a 8 ore al giorno per 5 giorni a settimana;
- una saturazione delle sale per l'attività programmata pari all'80%.

Sulla base delle considerazioni esposte, il dimensionamento del Blocco Endoscopico del Nuovo Ospedale prevede la presenza di **2 sale endoscopiche** di cui 1 di endoscopia digestiva ed 1 sala polivalente; completa l'area 1 ambulatorio dedicato.

### 5.2.10 Dotazioni

In *Tabella 21* si mostra il quadro sintetico risultante del dimensionamento clinico-gestionale del Nuovo Ospedale del Nord Barese.

	DOTAZIONI	PL ORDINARI	PL DH/DS	PL TECNICI	DOTAZIONI
DEGENZE	AREA MEDICA	102			
	AREA CHIRURGICA	73			
	AREA INTENSIVA	14			
	AREA MATERNO-INFANTILE	32		10	
	AREA SPDC	16			
	POST-ACUZIE	6			
	PRONTO SOCCORSO			10	31
	BLOCCO OPERATORIO			5	7
	BLOCCO INTERVENTISTICO				1
	BLOCCO PARTO				4
	ENDOSCOPIA				3
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				8
	AREA AMBULATORIALE				24
	CENTRO PRELIEVI				5
	CENTRO TRASFUSIONALE				7
	<b>TOTALE</b>	<b>243</b>		<b>25</b>	<b>90</b>

*Tabella 21 – Dotazioni complessive del Nuovo Ospedale del Nord Barese.*