



MINISTERO DELLA SALUTE



PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

IL MINISTERO DELLA SALUTE

E

LA REGIONE PIEMONTE

per la sottoscrizione dell'Accordo di programma, integrativo dell'Accordo 2000, ai sensi dell'art. 5 bis, del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, come introdotto dall'art. 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. L'Accordo è finalizzato alla riqualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura attraverso la realizzazione di Case della Salute e poliambulatori, l'attivazione di una rete di poli di alta complessità clinica e di una rete di ospedali sul territorio di nuova edificazione, delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture, alla realizzazione di interventi finalizzati all'adeguamento, umanizzazione e accreditamento dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti ed al potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa.

Il Ministro della salute

Giuseppe Turco

Il Presidente della Regione Piemonte

Alberto Cirino

26 MAR. 2008



MINISTERO DELLA SALUTE

REGIONE PIEMONTE

MINISTERO DELLA SALUTE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

IL MINISTERO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE

E LA REGIONE PIEMONTE

*ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO 2008
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI*

ARTICOLATO CONTRATTUALE

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 23 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/1988;

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

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

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

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450 che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti, nonché la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005, n. 266, 27 dicembre 2006, n. 296 e 27 dicembre 2007, n. 244;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

VISTO il decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267

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

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

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

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

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 "Programma nazionale straordinario di investimenti

in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio” pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale 169 del 22 luglio 1998;

VISTA la delibera CIPE del 2 agosto 2002, n.65, concernente la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che assegna alla Regione Piemonte la somma di euro 98.633.387,00;

VISTA la deliberazione CIPE 20 dicembre 2004, n. 63 concernente la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, pubblicata su GU. n. 115 del 19 maggio 2005 che ridetermina la somma riservata dalla citata delibera CIPE 65/2002 agli Enti di cui all’art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

VISTO il decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254, integrativo del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni riguardante: “ Disposizioni correttive ed integrative del d.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229, per il potenziamento delle strutture per l’attività libero-professionale dei dirigenti sanitari”;

Visto l’art. 1, comma 3 della L. 3.08.2007, n. 120 recante “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norma in materia sanitaria” che stabilisce, tra l’altro, la revoca dei finanziamenti relativi ad interventi di ristrutturazione edilizia per i quali la Regione o la Provincia Autonoma non abbia conseguito il collaudo entro il termine del 31 gennaio 2009;

Vista la nota circolare prot. n.27235/DGPROG/7-P/I.6.a.n del 31.12.2007, esplicitiva di quanto disposto dal citato art. 1, comma 3 della L. 3.08.2007, n. 120;

VISTO il D.M. 8 giugno 2001 che ripartisce le risorse destinate alla realizzazione delle strutture sanitarie per l’attività libero-professionale, nell’ambito degli ulteriori 4.000 miliardi stanziati dalla citata legge 388/2000 ed ai sensi dell’art. 1 del summenzionato decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, che assegna alla Regione Piemonte la somma di euro 60.428.733,60;

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002;

VISTO l’Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 6 settembre 2000 dal Ministero della Salute e dalla Regione Piemonte, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome, per un importo a carico dello Stato di euro 598.555.986,51;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/16 a.h. del’8 febbraio 2006 avente per oggetto “Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art.1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)”;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze

del 12 maggio 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 154 del 5 luglio 2006, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art.1, commi 310, 311 e 312 della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 ottobre 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 40 del 17 febbraio 2007, che limita la risoluzione del sopra citato Accordo di programma con la regione Piemonte al 65 per cento delle risorse revocate, per un importo a carico dello Stato pari a €87.193.182,62 e individua, nell'allegato A, gli interventi da finanziare con la quota del 35 per cento delle risorse revocate, per un importo a carico dello Stato di euro 46.095.769,35;

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

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, concernente un nuovo Patto sulla salute;

VISTA la D.C.R. n. 131 - 23049 del 19 giugno 2007 concernente "Approvazione del Programma degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma tra Stato e Regione";

VISTA la D.C.R. n. 137-40212 del 24 ottobre 2007 concernente l'approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2007-2010;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari a € 20.116.374,27 che sommata allo stanziamento regionale di cui alla D.G.R. 86-6713 del 03/08/2007 di €18.745.600,00 risulta pari a circa il 15% dell'importo complessivo dell'Accordo, è destinata al potenziamento e ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art.1, comma 188 della legge n. 311 del 2004;

ACQUISITO, nella seduta del 15 febbraio. 2008, il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute.

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/1988 prima fase, caratterizzato dal totale impegno delle risorse finanziarie previste, come rappresentato agli atti dei Ministeri competenti;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D Lgs. 502/1992 come introdotto dal D.Lgs. 229/1999, in data 28 febbraio 2008;

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte

STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma integrativo dell'Accordo richiamato in premessa, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/67691, è finalizzato alla promozione della prevenzione e razionalizzazione dell'assistenza sanitaria mediante:

- qualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura attraverso la realizzazione di Case della Salute e poliambulatori.
- realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione;
- realizzazione di una rete di ospedali sul territorio di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture;
- realizzazione di interventi finalizzati all'adeguamento, umanizzazione e accreditamento dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti;
- potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa

2. L'Accordo è costituito da n. 47 interventi facenti parte del programma della Regione Piemonte per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 e del programma libera professione, decreto legislativo n. 254/2000, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:

- a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
- b) i contenuti progettuali;
- c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, le fonti di copertura e l'impegno finanziario di ciascun soggetto;
- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
- e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
- f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2 (Impegno dei soggetti sottoscrittori dell' Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:

- per il Ministero della salute: Dott. Filippo Palumbo, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema
- per il Ministero della economia e delle finanze: Dr.ssa Barbara Filippi, Dirigente del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
- per la Regione Piemonte: Dott. Vittorio Demicheli, Direttore generale della Direzione Sanità dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;

- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell' Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 12, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell' Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. Il costo complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a **euro 260.297.908,05** di cui: euro 195.374.236,23 a carico dello Stato, comprendente la quota a valere sull'art. 20 per euro 186.680.975,51 (72%), la quota a valere sul programma per la Libera Professione per euro 8.693.260,72 (3%), la quota di fondi aziendali per euro 15.891.083,93 (6%) e la quota di fondi regionali 15.891.083,93 (19%) a carico della Regione. Il piano finanziario, per esercizio 2008, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate al precedente art. 1, comma 2, è quello di seguito riportato:

	STATO	FONDI ASL-ASO: alienazioni- donazioni-fondi propri.	REGIONE	TOTALE
Art.20 L. n. 67/1988	186.680.975,51		9.827.380,32	196.508.355,83
Libera Professione	8.693.260,72		457.540,05	9.150.800,77
Altri Finanziamenti		15.891.083,93	38.747.667,52	54.638.751,45
TOTALE	195.374.236,23	15.891.083,93	49.032.587,89	260.297.908,05

- 2. L'importo a carico dello Stato ex art. 20, di cui al comma 1 per un valore di euro 186.680.975,51, rappresenta una parte delle risorse già assegnate alla Regione con delibera CIPE 6 maggio 1998 n. 52, 6 maggio 1998 n. 53 e 2 agosto 2002 n. 65 (€98.633.387,00).
- 3 In relazione a quanto specificato nel precedente comma 2 e tenuto conto del riparto approvato dal CIPE nella seduta del 25 gennaio 2008 relativamente alle risorse stanziare dalle Legge Finanziaria 2007, la Regione potrà proporre ulteriore Accordi di Programma.
- 4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione Piemonte, dopo l'ammissione a finanziamento dei medesimi interventi da parte del Ministero della salute, potrà iscrivere a bilancio le somme a carico dello Stato necessarie per la realizzazione degli interventi
- 5. Per l'ammissione a finanziamento dei progetti appaltabili, nei limiti delle risorse disponibili nell'anno, si seguirà il criterio cronologico di acquisizione, presso il Ministero della salute, delle richieste di finanziamento presentate dalle regioni, con le modalità indicate dal successivo art. 5.

6. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4

(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

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

Articolo 5

(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita nell' Accordo tra il Governo, le Regioni, le province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità o sue successive modifiche e integrazioni.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo la Regione Piemonte inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione dei medesimi progetti appaltabili.
3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma in sede di attuazione del medesimo, sono adottate dalla Regione con proprio atto da comunicare al Ministero della salute, per la verifica di competenza circa la conformità delle modifiche agli obiettivi generali del presente accordo. Le variazioni al programma possono riguardare la modifica, anche sostitutiva, di taluni interventi, purchè rientrino nell'ambito del finanziamento attribuito alla Regione Piemonte e degli altri finanziamenti a base del presente Accordo di programma, previo aggiornamento delle relative schede tecniche.

Articolo 6

(Procedure per l'istruttoria)

1. Per tutti gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della normativa europea in materia;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione, con specifico riguardo alla sicurezza, alla congruità del costo, alla qualità dell'opera percepita dagli operatori e dagli utenti ed alle caratteristiche che assicurino accessibilità, manutenibilità, comfort alberghiero, nonché la qualità dell'opera.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione o dell' Azienda appositamente delegata, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla citata legge 492/ 1993.

Articolo 7

(Ricognizione del patrimonio immobiliare e rinnovo delle tecnologie)

1. La Regione Piemonte attesta che la medesima e le Aziende hanno proceduto agli adempimenti di cui all'art. 5 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare alla ricognizione del patrimonio immobiliare e che le stesse stanno provvedendo alla valorizzazione di risorse aggiuntive da destinare eventualmente al programma di investimenti.
2. La Regione Piemonte garantisce che gli interventi proposti, finalizzati al rinnovo delle tecnologie o al potenziamento del parco tecnologico, sono individuati nell'ambito di uno specifico programma basato sul censimento delle apparecchiature in dotazione, evidenziandone il livello di vetustà.
3. La Regione Piemonte garantisce, una razionale distribuzione sul territorio delle tecnologie, l'appropriatezza ai fini del raggiungimento di adeguati standard tecnico-qualitativi delle prestazioni ed il miglioramento della qualità assistenziale, anche in termini di riduzione delle liste di attesa.

Articolo 8

(Indicatori)

1. La regione Piemonte ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nell'attività di prevenzione, nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri e dei tempi di attesa, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

Articolo 9

(Opere da completare)

1. La Regione garantisce che le decisioni in merito alle strutture ospedaliere da completare, sono assunte sulla base di adeguata analisi costi /benefici.
2. La Regione garantisce che nel caso di nuove edificazioni, ci si riferisce sempre all'opera completa; nel caso invece di interventi di ristrutturazione, il finanziamento si riferisce all'opera completa ovvero a parti funzionali e funzionanti di un progetto complessivo e organico.

Articolo 10

(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione" composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta

dal responsabile dell' Accordo, di cui al successivo art. 11. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.

4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo
5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 5 bis, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1 commi 310 e 311 legge 23 dicembre 2005 n. 266, in caso di criticità riscontrate nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della Regione Piemonte al fine di rimuovere le cause di tali criticità e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 11

(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'Ing. Piero Pais Responsabile del Settore Edilizia ed attrezzature sanitarie della Direzione Sanità dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 10, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato la scheda di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

Articolo 12

(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nella scheda di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile di ciascun intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore dell'intervento ed ha i seguenti compiti:

- a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
- b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
- c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 13
(Disposizioni generali)

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

Per:

Il Ministero della salute

Il Ministero dell'economia e delle finanze

La Regione

Roma,



MINISTERO DELLA SALUTE

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO SUGLI INVESTIMENTI
STRAORDINARI
PER L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE,
TECNOLOGICO ED ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE, NEL QUADRO DELLA
PROGRAMMAZIONE INTERSETTORIALE DELLA REGIONE
PIEMONTE**

INDICE DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO DEL PIEMONTE

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	pg 4
a) Identificazione dell' Accordo	pg 4
b) Quadro finanziario	pg. 6
Ulteriori finanziamenti destinati al programma di investimenti	pg. 16
c) Sintesi del raccordo con il passato	pg. 16
I fase	pg. 16
II fase	pg. 17
III fase	pg. 20
Ulteriori programmi di investimento	pg. 20
d) Definizione degli obiettivi dell' A. di P.	pg. 22
Scelte progettuali	pg. 24
Obiettivi qualificanti	pg. 24
Obiettivi operativi del presente A. di P.	pg. 25
Sinergie tra Programma operativo e Accordo di Programma	pg. 27
e) Sintesi della coerenza interna	pg.28
f) Sintesi delle coerenze esterne	pg.30
g) Sintesi del contesto comunitario e nazionale	pg.33
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA	pg. 38
2. LOGICA E COERENZA INTERNA	pg. 40
3.COERENZA DELLA STRATEGIA	pg. 51
4. RISULTATI ATTESI	pg. 54
5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	pg. 58
I. <u>ELENCO ALLEGATI D.C.R. 131-23049 del 19.06.2007:</u>	
ALLEGATO 1 -	Tabella 1.A
	Tabella 1.B
	Tabella 1.C
	Tabella 1.D
	Tabella 1.E
	Tabella 1.F
ALLEGATO 2 -	Tabella 2.A

	Tabella 2.B
ALLEGATO 3 -	Tabella 3.A
	Tabella 3.B
ALLEGATO 4 -	Tabella 4

II. ELENCO DEGLI ALLEGATI FACENTI PARTE DEL PRESENTE ACCORDO:

- ALLEGATO a – Elenco degli interventi A.di P.
- ALLEGATO b – Elenco descrizione quote “Altri finanziamenti”
- ALLEGATO c – Elenco poliambulatori e Case della Salute – Obiettivo 1.1
 - Elenco centri di eccellenza – Obiettivo 2.1
 - Elenco ospedali territorio – Obiettivo 2.2
 - Elenco accreditamenti/Adeguamenti – Obiettivo 3.1
 - Elenco potenziamento/ammodernamento tecnologico - Obiettivo 3.2
- ALLEGATO d - Monitoraggio interventi in fase di attuazione Legge 67/88 art. 20 A. di P. 06/09/2000
- ALLEGATO e - Monitoraggio interventi in fase di attuazione “Libera Professione” – D.M. 08/06/2001
- ALLEGATO f - Monitoraggio interventi in fase di attuazione Legge 448/1998 art. 71
- ALLEGATO g – Quadro di sintesi della qualità strutturale dei presidi ospedalieri regionali:
 - Allegato 1.g – Livello di qualità strutturale dei p.o.
 - Allegato 2.g – Mappatura del territorio regionale
 - Allegato 3.g – Età convenzionale dei presidi
 - Allegato 4.g – Confronto fra posti letto effettivi e potenziali
 - Allegato 5.g - Rapporto fra posti letto effettivi e potenziali
 - Allegato 6.g – Costo di adeguamento per posto letto esistente
 - Allegato 7.g – Rapporto costo di adeguamento/valore di sostituzione
- ALLEGATO h – Hospice

III. ANALISI SWOT DEGLI OBIETTIVI DI PROGRAMMA:

- Obiettivo generale – Appropriatelyzza della qualità delle prestazioni
- Obiettivo generale – Sviluppo dell’assistenza extraospedaliera e delle cure primarie ed assistenza distrettuale
- Obiettivo generale – Organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione

IV. APPROFONDIMENTI TEMATICI:

- 1 – Appropriatelyzza liste d’attesa e iniziative per controllo
- 2 – Emergenza
- 3 – Radioterapia
- 4 – Realizzazione di una infrastruttura info-telematica

BIBLIOGRAFIA

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

a) Identificazione dell'accordo

La politica della salute, che l'Amministrazione regionale intende perseguire, pone il benessere del cittadino, nonché una puntuale organizzazione nel campo della prevenzione, al centro di una efficace programmazione sanitaria.

Quindi, l'offerta di servizi sanitari adeguati non può prescindere da un quadro di programmazione razionale e organico che preveda di:

- organizzare la rete sanitaria sul territorio regionale per livelli di competenza;
- pianificare le azioni per l'ammodernamento infrastrutturale e tecnologico;
- migliorare l'umanizzazione dei servizi sotto il profilo della qualità delle strutture, delle relazioni con il cittadino/paziente, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale.

Al fine di ottenere un documento che riesca ad evidenziare un quadro aggiornato della situazione sanitaria regionale, l'amministrazione in collaborazione con l'A.Re.S.S., quale supporto alle decisioni strategiche in tema di allocazione delle risorse per l'attuazione degli interventi edilizi finalizzati all'adeguamento/umanizzazione/accreditamento dei presidi ospedalieri esistenti, ha proceduto nel marzo 2007 all'elaborazione di uno studio delle strutture, dal quale risulta un'età convenzionale media pari al 73,3 su una scala compresa fra zero e cento, corrispondente alla "fase tardiva" di vita utile del bene, e un conseguente radicale bisogno di rinnovamento. Fanno parte del presente documento gli allegati g.1 e g.2, relativi al livello di qualità strutturale dei presidi ospedalieri.

A livello architettonico/strutturale, l'umanizzazione si traduce nella realizzazione di strutture aperte, socializzanti, integrate nel territorio che costituiscono elementi qualificanti, non solo di trasformazione urbana, ma di notevole impatto sociale, territoriale, economico.

L'analisi condotta sul patrimonio strumentale fornisce inoltre, quale dato indicativo del fabbisogno complessivo per interventi di adeguamento/accreditamento/umanizzazione strutturale dei presidi regionali esistenti, una stima di circa 1.400 mln di euro, che al netto delle disponibilità di cui all'art. 20, II e III fase, art.71 L.448/98, D.M. 08/06/2001 e delle disponibilità reperibili su conto capitale regionale o altre risorse aggiuntive, pari a circa 280 mln di € fornisce un ammontare delle risorse da reperire di circa 1.120 mln di euro.

Con l'approvazione del programma di investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma tra lo Stato e la Regione Piemonte, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 131-23049 in data 19 giugno 2007 ⁽¹⁾, la Regione ha inteso delineare un programma razionale e organico che preveda di:

- organizzare la rete sanitaria sul territorio regionale per livelli di competenza;
- pianificare le azioni per l'ammodernamento infrastrutturale e tecnologico;
- migliorare l'umanizzazione dei servizi sotto il profilo della qualità delle strutture, delle relazioni con il cittadino/paziente, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale.

Al fine di fornire un inquadramento generale degli interventi relativi ai maggiori filoni di investimento in materia di edilizia ed attrezzature sanitarie, nella delibera sopra citata è

stato realizzato un quadro programmatico corrispondente alle esigenze di ammodernamento delle strutture esistenti, includendo inoltre la costruzione di nuove strutture, concettualmente innovative e funzionalmente integrate con i servizi sul territorio.

	fabbisogno	disponibilità	risorse da reperire
adeguamenti/accreditamenti/umanizzazioni	1.408.000.000	280.000.000	1.128.000.000
completamenti	58.000.000	0	58.000.000
nuovi insediamenti	1.815.000.000	172.000.000	1.643.000.000
poliambulatori	216.000.000	55.000.000	161.000.000
case della salute	122.000.000	8.600.000	114.000.000
ampliamenti	97.000.000	43.000.000	54.000.000
totale generale	3.716.000.000	558.600.000	3.158.000.000

Per risorse disponibili si considerano i fondi di cui all'art. 20, II e III fase, all'art. 71 L. 448/98, alla Libera Professione Intramoenia (D.M. 06/08/2001), ai fondi regionali, ed altre fonti.

La tabella evidenzia che il fabbisogno teorico complessivo per il finanziamento del programma, è pari a circa 3.700 mln di euro, mentre le risorse disponibili ammontano a circa 560 mln di euro, cui occorre aggiungere la disponibilità dei fondi nazionali 2007 per l'art. 20 (170 mln euro) e le risorse già presenti sia nel bilancio regionale 2007 sia in altre forme, che ammontano a circa 220 mln di euro. E' da osservare che i tempi di realizzazione dei nuovi insediamenti impatteranno significativamente sugli interventi di adeguamento delle strutture attuali rimodulando l'impegno massimo che oggi è stimato in circa 1.400 mln di euro circa.

Le risorse sopra esplicitate dovranno comunque essere opportunamente integrate con ulteriori fondi, sia nazionali che regionali, non necessariamente provenienti da capitoli inerenti la sanità ma specificatamente destinate al perseguimento degli obiettivi coerenti con il risparmio energetico e con il rinnovo delle dotazioni impiantistiche a questo dedicate, nonché con fondi relativi alla ricerca/università indirizzati agli ospedali di insegnamento e di ricerca (Città della Salute e della Scienza).

Rispetto alla necessità di disporre di processi e strutture atte ad aumentare la capacità di spesa e di cantierabilità degli interventi, la Legge Finanziaria per l'anno 2007 (L. 27/12/2006, n. 296 – Comma 455) prevede che, ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, le Regioni possano costituire centrali di acquisto che operino quali centrali di committenza, in conformità anche al dettato dell'art. 33 del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs 163/2006), in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio Sanitario Nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

La Regione Piemonte, uniformandosi a quanto sopra, con l'emanazione della L.R. 19 del 6/8/2007⁽²⁾, ha promosso la costituzione della Società di Committenza Regione Piemonte SPA (S.C.R. Piemonte SPA), incaricata di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, con particolare riferimento ai settori delle grandi infrastrutture, dei trasporti e dell'edilizia sanitaria.

Come previsto dallo Statuto, la Società (di seguito S.C.R.) ha il compito di:

- redigere documenti preliminari alla progettazione e studi di fattibilità delle opere di interesse;
- provvedere all'acquisto di forniture e servizi, anche mediante sistemi dinamici di acquisizione;
- curare l'aggiudicazione di appalti pubblici secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 163 del 12 aprile 2006 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), la conclusione di accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori;
- sviluppare tutte le attività accessorie e strumentali alle attività di cui ai punti precedenti, ivi incluse le procedure di esproprio.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, la S.C.R. deve operare nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, pubblicità, trasparenza, libera concorrenza e non discriminazione, secondo quanto previsto della normativa comunitaria, statale e regionale vigente in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e della contrattazione collettiva nazionale.

La S.C.R. è altresì chiamata a perseguire, nella realizzazione delle proprie attività, l'innovazione di processo e di prodotto ed a garantire elevati standard qualitativi nell'interesse generale dell'utenza e del sistema economico-finanziario, promuovendo e sostenendo lo sviluppo sostenibile, la tutela ambientale, il contenimento energetico e la sicurezza nell'ambiente di lavoro.

Come previsto dall'art. 6 della legge regionale 19/2007, la Regione Piemonte affida alla S.C.R. la realizzazione, in veste di stazione appaltante, degli interventi individuati attraverso apposita programmazione.

b) Quadro finanziario

Imprescindibile, al fine di avere una migliore lettura del suddetto programma, riportare le fasi salienti che hanno segnato le varie tappe di attuazione del precedente Accordo di Programma tra Stato e Regione Piemonte.

- 1) Nel settembre 2000 fu firmato tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, l'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari con utilizzo, tra le altre fonti di finanziamento, delle risorse assegnate alla Regione Piemonte con la delibera CIPE n°52 del 06/05/1998 ⁽³⁾ di riparto dei fondi di cui all'art. 20 della legge 67/88.
- 2) Per effetto della legge 266/05 (finanziaria 2006) gli interventi relativi ad accordi di programma sottoscritti, non ammessi a finanziamento entro il 31.12.2005 (per accordi di programma stipulati almeno 18 mesi prima come nel caso della Regione Piemonte), sono stati revocati con possibilità di riutilizzare solo il 35%, mentre il restante 65% è confluito in un apposito fondo disponibile per la stipula di nuovi accordi.
Si riporta di seguito l'attuale stato di attuazione dell'intero programma, in applicazione della legge finanziaria 2006.

Risorse destinate ad Accordi di Programma	€697.189.373,51
Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005	€598.555.986,51
Revoca sugli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005 in applicazione della L. 266/2005	€134.143.357,88
Valore degli interventi non revocati ai sensi dell'art.1 comma 312, L. 266/2005	€ 46.095.769,35
Totale finanziamenti Accordi autorizzati	€510.508.397,98
Risorse per Accordi di programma da sottoscrivere aggiornate	€186.680.975,53

3) Con la legge 296/06 (legge finanziaria 2007) sono stati stanziati ulteriori 1.000 milioni di euro mentre, in attuazione del patto per la salute approvato in Conferenza Stato – Regioni il 6/10/2006, è stata prevista una elevazione a 20 miliardi di euro dei fondi ex 4/117 art. 20 L. 67/88 con una ulteriore disponibilità di 2.425 milioni circa, i cui criteri di utilizzo sono precisati nella stessa legge finanziaria.

Come si è detto nella Regione Piemonte vi è un'esigenza di nuovi investimenti quantificabili in oltre 3,7 miliardi di euro per poter garantire un sufficiente rinnovamento strutturale e tecnologico ed anche allocativo della rete ospedaliera e territoriale, nel contesto di una profonda evoluzione del bisogno sanitario legata ad un mutato quadro demografico ed epidemiologico caratterizzato dalla cronicità e non autosufficienza. Pertanto, il presente programma di investimenti non può che rappresentare una parte, neanche consistente pari a circa il 5% del fabbisogno complessivo, di quanto necessario per rimuovere le criticità descritte in premessa ed avviare il percorso per il proseguimento delle finalità di cui alla nuova proposta di programmazione sanitaria regionale.

La programmazione contempla un nuovo modo di concepire la rete ospedaliera rinnovata, moderna, tecnologicamente avanzata, caratterizzata da elementi di sicurezza e qualità, concentrata in un minor numero di ospedali, caratterizzata dalla presenza di centri di eccellenza; una rete di strutture territoriali capaci di intercettare la domanda sanitaria ed una forte enfasi sulla prevenzione.

L'intera programmazione degli interventi fa riferimento, con successive o parallele progettualità, alle seguenti fonti di finanziamento:

- residue disponibilità di risorse ex art. 20 L. 67/88;
- ampliamento della disponibilità di risorse ex L. 296/06;
- interventi privati mediante sperimentazioni gestionali;
- risorse regionali, statali e comunitari per la diffusione di tecnologie ICT per lo sviluppo di telemedicina e teleassistenza, reti di servizi socio sanitari territoriali, favorendo l'accessibilità alle strutture ospedaliere e territoriali;
- risorse sia nazionali che regionali, non necessariamente provenienti da capitoli inerenti la sanità ma specificatamente destinate al perseguimento degli obiettivi coerenti con il risparmio energetico e con il rinnovo delle dotazioni impiantistiche a questo dedicate, nonché con fondi relativi alla ricerca/università indirizzati agli ospedali di insegnamento e di ricerca (Città della Salute e della Scienza);
- realizzi derivanti dalla dismissione di beni disponibili o che si renderanno disponibili di seguito del riordino della rete ospedaliera.

Nel frattempo, attesa l'entità delle risorse destinate al presente accordo di programma stralcio, si è seguita una logica legata in parte all'attivazione di interventi di pronta cantierabilità ed in parte dare avvio al necessario rinnovamento ed adeguamento della risposta sanitaria all'evoluzione del bisogno di salute.

La programmazione regionale ha recepito la necessità di dotare la rete di centri di eccellenza quali le "Città della Salute" di Torino, Novara e Alessandria in una logica finalizzata alla riduzione dell'impiego di risorse in capo a strutture obsolete e superate, senza trascurare l'esigenza di intervenire con decisione per la "messa a norma" dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali ed il necessario potenziamento ed ammodernamento delle dotazioni tecnologiche.

Il programma degli investimenti per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del S.S.R. può essere suddiviso in aree d'intervento a seconda della strumentalità e funzionalità all'attuazione dei principi enunciati nella proposta di Piano Socio Sanitario Regionale.

In questa ottica gli investimenti previsti possono essere distinti in:

- nuovi ospedali o nuove strutture funzionalmente collegate ad ospedali preesistenti;
- ristrutturazioni ed adeguamenti necessari per il funzionamento di strutture esistenti e la messa in sicurezza;
- ampliamenti connessi ad attivazioni collegate a progetti strategici;
- rinnovo del parco tecnologico, razionalizzando l'impiego delle tecnologie sanitarie più avanzate concentrandole in pochi punti specializzati della rete ospedaliera e creando parchi sanitari tecnologici nei quali la coesistenza di ricerca, assistenza, didattica e attività produttive consentiranno lo sviluppo di iniziative imprenditoriali in campo sanitario e favoriranno il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica assistenziale;
- implementazione e adeguamento delle strutture sanitarie territoriali.

Particolare attenzione nel presente Accordo è stata prestata alle caratteristiche strutturali e tecnologiche, che come noto, condizionano notevolmente i livelli di sicurezza all'interno degli ospedali.

Ne consegue che una attenta attività di prevenzione compresa quella delle infezioni correlate all'attività assistenziale, non può prescindere dall'opportuno adeguamento rispetto ai requisiti minimi strutturali e impiantistici, e quindi dalla corretta progettazione sia delle nuove realizzazioni, che delle ristrutturazioni e delle manutenzioni delle strutture sanitarie.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera con particolare riferimento alla sicurezza dei cittadini e degli operatori, ha assunto nella Regione Piemonte caratteristiche di particolare rilievo; infatti sin dal 1997 con circolare n° 9723/48 del 25/11/97 la Regione ha già fornito "indicazioni per l'attuazione di Programmi di sorveglianza e controllo delle Infezioni ospedaliere";

Inoltre ha dettato nel corso del dell'anno 1999 Le linee Guida per :

- Il controllo microbiologico dell'ambiente di sala operatoria
- Per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- Per le misure di isolamento in ospedale;

Ha introdotto nel corso dell'anno 2002 i "Requisiti di minima per la prevenzione del Rischio infettivo" e il relativo "Manuale di Autovalutazione".

Ha infine condotto “Lo studio Pilota sull’incidenza e fattori di rischio delle batteriemie e sepsi nosocomiali in Piemonte” nel quale vengono analizzati i dati raccolti nel periodo maggio 2003-novembre 2004.

In particolare il programma tende a garantire:

- sicurezza per gli utenti e degli operatori;
 - efficacia dei trattamenti;
 - appropriatezza delle risposte;
 - equità nell’accesso a prestazioni efficaci;
 - efficienza nell’uso delle risorse;
- coinvolgimento dei cittadini nelle strategie e nelle scelte volte a difenderne la salute.

Si evidenzia che gli interventi sono stati, in qualche caso, rimodulati in coerenza con quelli in corso di realizzazione per l’attuazione dell’accordo di programma del settembre 2000, oltre che con i maggiori filoni di finanziamento tra i quali si citano: art. 71 della L.448/98, libera professione, radioterapia, ecc.

Costituiscono parte integrante del presente documento le tabelle approvate dal Consiglio Regionale con delibera 131-23049 del 19.06.2007⁽¹⁾, che riportano la suddivisione degli interventi secondo le specificazioni seguenti:

Tabella 1.A	Adeguamenti/umanizzazioni/riparto fabbisogni/disponibilità suddivisi per macro aree territoriali sovraziendali;
Tabella 1.B	Completamenti nuovi ospedali in corso di realizzazione;
Tabella 1.C	Ampliamenti presidi ospedalieri;
Tabella 1.D	Previsione di nuovi ospedali nella rete regionale;
Tabella 1.E	Case della Salute;
Tabella 1.F	Edilizia territoriale (Poliambulatori);
Tabella 2.A	Proposta di A. di P., ex art. 20, II e III fase
Tabella 2.B	Proposta di A. di P., D.C.R. n. 111-7662, allegato C1 e C2
Tabella 3.A	Elenco degli interventi rimodulati sulla Libera Professione (Intramoenia) – D.M. 08/06/2001;
Tabella 3.B	Elenco degli interventi rimodulati relativi all’art.71 L.448/98;
Tabella 4	Riepilogo per fonte di finanziamento e livello di progettazione

Mentre la seguente tabella riporta il quadro economico riepilogativo delle risorse che verranno attivate con il presente Accordo:

QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A.D.P.

	STATO	FONDI ASL-ASO: alienazioni- donazioni-fondi propri	REGIONE	TOTALE
Art.20 L. n. 67/1988	186.680.975,51		9.827.380,32	196.508.355,83
Libera Professione	8.693.260,72		457.540,05	9.150.800,77
Altri Finanziamenti		15.891.083,93	38.747.667,52	54.638.751,45
TOTALE	195.374.236,23	15.891.083,93	49.032.587,89	260.297.908,05

Un breve cenno si fa inoltre sull'adeguamento tecnologico, evidenziando che in merito alle grandi attrezzature sanitarie, la Regione Piemonte ha destinato risorse proprie con un finanziamento di 45 milioni di euro per l'anno 2005, in corso di utilizzo da parte delle Aziende sanitarie e per l'anno 2007 si prevede di destinare altri 40 milioni di euro.

Si allega, di seguito, l'Elenco degli interventi con la descrizione degli stessi e le relative fonti di finanziamento.

ENTE attuatore/ AZIENDA di riferimento	codice intervento	TITOLO INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	Importo a carico dello STATO 95% euro	Quota Regionale 5% euro	Altri finanziam. Euro	Importo complessivo euro
ASL 1, Torino	010.010101.U.065	P.O. OFTALMICO - Adeguamento a norme di sicurezza, umanizzazione degenze, riconversione degenze ordinarie in DAY SURGERY, ristrutturazione locali per attività intramoenia.	P.O. OFTALMICO - Adeguamento a norme di sicurezza, umanizzazione degenze, riconversione degenze ordinarie in DAY SURGERY, ristrutturazione locali per attività intramoenia. No attrezzature.	5.342.746,62	281.469,01	0,00	5.624.215,63
	010.010101.U.066	OSP. EVANG. VALDESE DI TORINO - Riordino del Presidio per adeguamento a norme di sicurezza.	OSP. EVANG. VALDESE DI TORINO - Riordino del Presidio per adeguamento a norme di sicurezza. No attrezzature.	5.593.228,22	294.380,43	0,00	5.887.608,65
		Totale ASL 1, Torino			10.935.974,84	575.849,44	0,00
ASL 2, Torino	010.010102.U.067	OSPEDALE MARTINI Ristr.ampl.adeguamento a norme di secur.umanizz. Delle degenze,riconver.degenze ordinarie in day hospital-day surgery, att.intramoenia, razionaliz.dei percorsi II LOTTO.	Le opere in previsione sono volte a sanare definitivamente carenze strutturali ed impiantistiche. La quota attrezz. è di euro 350.000,94.	11.333.294,82	596.761,02	5.345.328,90	17.275.384,74
		Totale ASL 2, Torino		11.333.294,82	596.761,02	5.345.328,90	17.275.384,74
ASL 3, Torino	010.010103.U.061	P.O. MARIA VITTORIA Completamento ristrutturazione presidio, per umanizzazione degenze e adeguamento a norme di sicurezza - Potenziamento e adeguamento D.E.A.	Completamento ristrutturazione del presidio ospedaliero per umanizzazione degenze ed adeguamento a norme di sicurezza compreso il potenziamento ed adeguamento del D.E.A. La quota attrezzature è di euro 788.552,22.	4.994.138,21	262.876,56	0,00	5.257.014,77
	010.010103.U.060	POLIAMBULATORIO - Ristrutturazione edificio esistente "ex istituto di riposo Marco Antonetto" per la realizzazione di servizi di diagnostica strumentale, ambulatori per assistenza specialistica territoriale, centro diurno per Alzheimer	Demolizione ex casa di riposo "Marco Antonetto" e nuova costruzione poliambulatorio e centro diurno per Alzheimer. La quota attrezzature è di euro 615.720,00.	2.843.095,23	149.772,50	2.138.132,27	5.131.000,00
		Totale ASL 3, Torino			7.837.233,44	412.649,06	2.138.132,27
ASL 4, Torino	010.010104.U.066	P.O. GIOVANNI BOSCO Completamento, rifunzionalizzazione e adeguamento normativo: realizzazione nuova area destinata a servizi e percorsi, nuova torre montalettighe e ristrutturazione integrale dei piani esistenti successivi al trasferimento delle attività	Potenziamento e razionalizz. percorsi orizzontali e verticali. Realizz.ampliamento planivolumetrico nel punto di giunzione corpi di fabbrica "B" - "C".centralizzazione Ambulatori presso corpo "A". La quota attrezz. è di euro 441.200,00.	14.627.066,48	769.845,60	0,00	15.396.912,08
	010.010104.U.067	Ristrutturazione del presidio per realizzazione poliambulatorio in via Borgoticino	Sono da prevedersi nella sede , la sede di una Medicina di gruppo di MMG e PLS e un polo Materno infantile, la Direz. Sanitaria del Distretto 1, la Direz. Assist. Sanit. Territ., la sede del Sert,ambulatori specialistici e spazio archivi. No attrezzature.	1.962.536,22	103.291,38	0,00	2.065.827,60
		Totale ASL 4, Torino			16.589.602,70	873.136,98	0,00
ASL 5, Collegno	010.010105.U.072	Poliambulatorio di ORBASSANO - Realizzazione di edificio da destinare ad attività poliambulatoriali del distretto n. 3 di Orbassano	E' stata individuata la nuova area, ed è in fase di redazione la progettazione della nuova struttura per adeguarla alla nuova collocazione. No attrezzature	2.747.550,70	144.607,93	0,00	2.892.158,63
	010.010105.U.073	P.O. CIVILE DI SUSÀ Ristrutturazione e ampliamento della struttura ospedaliera, completamento e potenziamento della attrezz.sanit e attività diagnostiche. Eliminazione barriere architettoniche,adeguamento funzionale e strutturale dei locali e dei servizi;	Le opere sono finalizzate alla costruzione di un edificio in continuazione del nuovo corpo, e ne costituiranno completamente distributivo. No attrezzature.	3.605.902,07	190.056,14	2.509.152,09	6.305.110,30
	010.010105.U.074	Presidio ospedaliero "S.AGOSTINO DI AVIGLIANA" Razionalizzazione e adeguamento alle norme di sicurezza.	Riorganizzazione degli spazi mediante interventi di demolizione e nuova costruzione, e introduzione degli elementi impiantisti adeguati agli adempimenti normativi . No attrezzature.	3.605.385,61	190.572,60	1.252.153,88	5.048.112,09
	010.010105.U.075	P.O. GIAVENO Ampliamento e messa a norma	Adeguamento dell'edificio alle norme antisismiche. La nuova costruzione conterà di tre differenti livelli conplanari con quelli della struttura adiacente. No attrezzature.	3.925.072,43	206.582,76	2.500.000,00	6.631.655,19
		Totale ASL 5, Collegno			13.883.910,81	731.819,43	6.261.305,97

ENTE attuatore/ AZIENDA di riferimento	codice intervento	TITOLO INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	Importo a carico dello STATO 95% euro	Quota Regionale 5% euro	Altri finanziam. Euro	Importo complessivo euro
ASL 6 Ciriè	010.010106.U.063	Nuova struttura sanitaria nella città di Venaria Reale (TO)	La quota dell'attrezzature e' di euro 2.650.000,00.	5.995.548,14	315.555,16	8.970.796,70	15.281.900,00
		Totale ASL 6, Ciriè		5.995.548,14	315.555,16	8.970.796,70	15.281.900,00
ASL 7, Chivasso	010.010107.U.063	P.O. di CHIVASSO - Nuova costruzione per riorganizzazione servizi esistenti, parcheggio, viabilità interna con collegamento e raccordo alla viabilità esterna comunale a seguito rilocalizzazione degenza - realizzazione nuovo padiglione degenza e servizi.	Realizzazione della nuova struttura che si svilupperà su 5 livelli funzionali più un sotto tetto dove saranno allocate le macchine degli impianti di climatizzazione. Ristrutturazione ed ampliamento palazzina anni '70 e ristrutturazione ala monumentale. Attrezzature di euro 540.000,00.	16.239.496,56	854.710,35	862.674,10	17.956.881,01
		Totale ASL 7, Chivasso		16.239.496,56	854.710,35	862.674,10	17.956.881,01
ASL 9, Ivrea	010.010109.U.073	IVREA - Costruzione nuovo Poliambulatorio in parte utilizzato per attività intramoenia in regime ambulatoriale LOTTO 1	Struttura aperta al territorio con dotazione di servizi collettivi (aree verdi, parcheggi, mezzi pubblici, ecc.). Sicurezza ambientale, tecnico - costruttiva, impiantistica ed igienica. Quota attrezzature di euro 250.000,00.	1.668.155,78	87.797,67	8.258.446,55	10.014.400,00
		Totale ASL 9, Ivrea		1.668.155,78	87.797,67	8.258.446,55	10.014.400,00
ASL 11, Vercelli	010.010111.U.085	Presidio ospedaliero S.Andrea: lavori di completamento palazzina ad uso distretto	Completamento 3 piani rustici nell'ambito della costruzione di nuova piastra ambulatoriale . No attrezzature.	2.806.426,78	147.706,67	0,00	2.954.133,45
	010.010111.U.086	Presidio ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli. Umanizzazione reparto di Oncologia e Medicina	Esecuzione di tutte le opere, prestazione e somministrazione necessarie all'esecuzione di lavori di adeguamento del reparto di Oncologia e medicina 6 piano del P.O.- No attrezzature.	1.388.494,37	73.078,65	0,00	1.461.573,02
		Totale ASL 11, Vercelli		4.194.921,15	220.785,32	0,00	4.415.706,47
ASL 12, Biella	010.010112.U.059	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA - Interventi per adeguamento impianti elettrici e sistemi via di fuga	Gli interventi sono indirizzati alla soluzione definitiva di situazioni di precarietà e vetustà degli impianti . No attrezzature.	413.604,51	21.768,66	0,00	435.373,17
		Totale ASL 12, Biella		413.604,51	21.768,66	0,00	435.373,17
ASL 14, Omegna	010.010114.U.070	P.O. DI VERBANIA Ristrutturazione aree di degenza e torre operatoria (I lotto)	l'intervento concerne nella ristrutturazione e messa a norma, per la prevenzione incendi, delle strutture del Presidio Ospedaliero di Verbania. L'intervento permetterà inoltre di ottenere aree di degenza dipartimentale. Nel primo lotto è prevista la realizzazione di due blocchi di sale operatorie al IV piano e V e il rifacimento delle degenze al III e IV piano. No attrezzature.	5.298.847,78	278.886,73	0,00	5.577.734,51
		Totale ASL 14, Omegna		5.298.847,78	278.886,73	0,00	5.577.734,51
ASL 19, Asti	010.010119.U.067	Lavori nuova costruzione di n. 1 Casa della Salute	Il progetto ha le seguente finalità.: migliorare le condizioni di salute e il benessere dei cittadini tramite il governo del bisogno sanitario e socio assistenziale delle comunità locali; Promuovere l'avvicinamento alle rappresentanze istituzionali locali dando più sicurezza . No attrezzature.	1.653.000,00	87.000,00	0,00	1.740.000,00
	010.010119.U.068	Lavori di realizzazione di strutture distribuite sul territorio provinciale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale.	I lavori riguardano la realizzazione di 5 strutture definite Casa della Salute distribuite sul territorio dell'ASL. No attrezzature.	6.897.000,00	363.000,00	0,00	7.260.000,00
	010.010119.U.069	Lavori di costruzione del nuovo presidio ospedaliero Vallebelbo	Vedi scheda a parte . Quota attrezzature iva compresa euro 4.200.000,00.	11.416.498,11	600.868,32	2.720.000,00	14.737.366,43
		Totale ASL 19, Asti		19.966.498,11	1.050.868,32	2.720.000,00	23.737.366,43
ASL 20, Alessandria	010.010120.U.066	P.O. "SS. Antonio e Margherita" di Tortona - Lavori di completamento nuovi servizi e interventi di umanizzazione: 2° lotto.	P.O. "SS. Antonio e Margherita" di Tortona - Lavori di completamento nuovi servizi e interventi di umanizzazione: 2° lotto. No attrezzature	539.697,46	28.405,13	0,00	568.102,59
		Totale ASL 20, Alessandria		539.697,46	28.405,13	0,00	568.102,59

ENTE attuatore/ AZIENDA di riferimento	codice intervento	TITOLO INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	Importo a carico dello STATO 95% euro	Quota Regionale 5% euro	Altri finanziam. Euro	Importo complessivo euro
ASL 21, Casale Monferrato	010.010121.U.075	Presidio ospedaliero di Casale Monferrato: ristrutturazione blocco operatorio (I LOTTO)	Mutate esigenze strategiche aziendali nell'ottica del perseguimento di una migliore e più razionale erogazione di prestazioni chirurgiche unitamente all'ottimizzazione di costi di gestione e risorse umane.	2.117.085,94	111.425,58	0,00	2.228.511,52
	010.010121.U.076	Presidio ospedaliero di Casale M.to. Interventi umanizzazione	Adeguamento del reparto di Rieducazione Recupero Rieducazione funzionale senza variazione di posti letto. No attrezzature	2.193.624,86	115.453,94	0,00	2.309.078,80
		Totale ASL 21, Casale Monferrato			4.310.710,80	226.879,52	0,00
ASO S.G Battista, Torino	010.010901.H.115	Ristrutturazione reparto degenza urologia universitaria (Prof. Tizzani), piano rialzato 1/2 sud, e blocco operatorio	E' prevista la messa a norma edilizia, elettrica, termoidraulica, aeraulica e distribuzione gas medicali. Al fine del raggiungimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'attività sanitaria - DCR 22/2/00 n. 616-3149. No attrezzature.	3.325.000,00	175.000,00	0,00	3.500.000,00
	010.010901.H.116	Padiglione ABEGG medicina: completamento lavori di ristrutturazione II piano 1/2 nord per la realizzazione del reparto di medicina d'urgenza (Prof. Gai), II lotto	Esecuzione di lavori connessi alla realizzazione del nuovo reparto di Medicina d'urgenza, presso il piano secondo del Padiglione Abegg Medicina. Lavori da eseguirsi al di fuori del reparto, ma indispensabili all'attivazione del reparto stesso . No attrezzature .	950.000,00	50.000,00	0,00	1.000.000,00
	010.010901.H.112	Ristrutturazione Labor.Analisi "Baldi & Riveri" (Prof. Pagni) piano secondo 1/2 sud e centrale - (Scheda 11/A)	Messa a norma e realizzazione e del Laboratori di Baldi & Riveri 2 piano padiglione Direzione Sanitaria DCR 22/2/00 n. 616-3149. No attrezzature.	1.900.000,00	100.000,00	0,00	2.000.000,00
	010.010901.H.113	Presidio ospedaliero "G. Battista" di Torino - Padiglione Centrale Termica - intervento di messa a norma della Centrale termica e impianto di riscaldamento	Messa a norma della Centrale Termica del Presidio Molinette. No attrezzature.	2.042.500,00	107.500,00	0,00	2.150.000,00
	010.010901.H.114	Presidio ospedaliero "G. Battista" di Torino - Intervento di potenziamento capacità di erogazione dell'energia elettrica.	L'attuale sistema di trasformazione e distribuzione dell'energia elettrica, relativamente al Presidio Molinette - Dermatologico, presenta delle situazioni di criticità relativamente all'esigenza di implementare e potenziare gli attuali tratti terminali di distribuzione. No attrezzature.	2.320.443,69	122.128,62	0,00	2.442.572,31
	010.010901.H.118	Padiglione neuroscienze su via Cherasco: realizzazione terapia intensiva e subintensiva (Dott. Berardino)	Ristrutturazione radicale del reparto di degenza e dell'annessa zona di terapia intensiva - piano primo Padiglione Neurochirurgia 1/2 sud. Realizzazione nuova terapia intensiva e subintensiva, messa a norma requisiti strutturali, D.C.R.22/2/00 n. 616-3149. No attrezzature.	3.325.000,00	175.000,00	0,00	3.500.000,00
	010.010901.H.119	P.O. San Giovanni Battista: padiglione clinica chirurgica, 3 piano lato sud, ristrutturazione reparto di cardiocirurgia (Prof. Rinaldi)	Ristrutturazione radicale del reparto di degenza di cardiocirurgia - piano terzo Padiglione Cliniche Chirurgiche 1/2 sud. Messa a norma . Requisiti strutturali, D.C.R.22/2/00 n. 616-3149. No attrezzature.	2.254.203,05	118.642,26	0,00	2.372.845,31
	010.010901.H.122	P.O. San Giovanni Battista: padiglione ABEGG chirurgia lato sud - colonna tecnologica, condizionamento e gas medicali	Realizzazione nuova colonna tecnologica a servizio delle attività svolte presso il padiglione Abegg Chirurgia 1/2 sud. Consentirà la realizzazione di nuove centrali tecnologiche e la messa a norma degli impianti esistenti. No attrezzature.	1.900.000,00	100.000,00	0,00	2.000.000,00
	010.010901.H.121	Padiglione I^Clinica Medica su c.so Dogliotti-c.so Bramante - Universitario - Ristrutturazione del reparto degenza endocrinologia (Prof. Camanni) - 3° piano, ala nord-ovest - scheda 27/B Padiglione I^Clinica Medica su c.so Dogliotti-c.so Bramante -	E' prevista la messa a norma edilizia, elettrica, termoidraulica, aeraulica e distribuzione gas medicali. Al fine del raggiungimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'attività sanitaria - DCR 22/2/00 n. 616-3149. No attrezzature.	485.679,43	25.562,07	0,00	511.241,50
	010.010901.H.123	Padiglione Bellom-Pescarolo. Ristrutturazione Laboratorio e Banca del Sangue - (Prof. Curti) piano terreno totale - (Scheda 30/A)	L'attuale localizzazione del servizio è in situazione di criticità dal punto di vista impiantistico. Adeguamento ai requisiti strutturali,tecnologici ,organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie previsti dalla D.C.R. del 22/2/00 n.616-3149. No attrezzature.	1.869.315,75	98.385,04	0,00	1.967.700,79
		Totale Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino			20.372.141,92	1.072.217,99	0,00

ENTE attuatore/ AZIENDA di riferimento	codice intervento	TITOLO INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	Importo a carico dello STATO 95% euro	Quota Regionale 5% euro	Altri finanziam. Euro	Importo complessivo euro
Azienda Ospedaliera C.T.O., Regina Maria Adelaide, C.R.F., Torino	010.010902.H.097	Presidio ospedaliero CTO: ristrutturazione ed ampliamento del centro grandi ustionati (blocco operatorio, reparto e nuova banca della cute)	Ristrutturazione ed ampliamento del Centro Grandi Ustionati del P.O. del C.T.O. per renderlo rispondente ai requisiti della normativa sull'accreditamento (blocco operatorio e reparto di degenza) e adeguare la Banca della Cute (accreditata a livello nazionale) ai nuovi requisiti europei in merito alla coltura cellulare. Quota attrezzature euro 362.000,00.	1.288.895,66	67.836,61	3.143.267,73	4.500.000,00
		TOTALE Azienda Ospedaliera C.T.O., Regina Maria Adelaide, C.R.F., Torino		1.288.895,66	67.836,61	3.143.267,73	4.500.000,00
Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo	010.010906.H.054	Dipartimento materno-infantile: lavori di realizzazione nuovo reparto di terapia intensiva neonatale - adeguamento ai requisiti di accreditamento DPR 14.01.1997	Ristrutturazione del reparto di terapia intensiva neonatale per renderlo rispondente ai requisiti della normativa sull'accreditamento e adeguamento alla rete TIN regionale- Attrezzature euro 210.000,00.	1.710.000,00	90.000,00	0,00	1.800.000,00
	010.010906.H.055	Dipartimento materno-infantile: adeguamento delle sale operatorie di ostetricia e delle sale parto ai requisiti di accreditamento DPR 14.01.1997	Ristrutturazione del blocco sale ostetrico e sale parto per renderlo rispondente ai requisiti della normativa sull'accreditamento - No attrezzature.	1.520.000,00	80.000,00	0,00	1.600.000,00
	010.010906.H.056	Ristrutturazione ex sale operatorie per aree di degenza ed ambulatori interventistici - adeguamento ai requisiti di accreditamento DPR 14.01.1997	Ristrutturazione degli spazi resisi disponibili a seguito dell'attivazione del nuovo blocco operatorio, da destinare ad area di degenza ed ambulatori interventistici. No attrezzature.	1.520.000,00	80.000,00	0,00	1.600.000,00
		Totale Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo		4.750.000,00	250.000,00	0,00	5.000.000,00
Azienda Ospedlaiera O.I.R.M., S. Anna, Torino	010.010903.H.067	Adeguamento sicurezza e blocchi operatori presso i Presidi ospedalieri "Regina Margherita" e "S.Anna"	Nuovo blocco operatorio, realizzazione 6 sale operatorie - Attrezzature euro 2.069.374,21.	3.728.818,82	196.253,62	0,00	3.925.072,44
	010.010903.H.068	Fornitura apparecchiature sala operatoria dell'ospedale infantile Regina Margherita	Acquisizione di tutte le apparecchiature elettromedicali proprie della dotazione della sala operatoria di chirurgia generale e di quelle più specialistiche delle discipline di cardiocirurgia, neurochirurgia ortopedia- Poiché e' prevista una sala di chirurgia endoscopica, occorre attrezzare una colonna per laparoscopia e una colonna di-video endoscopia digestiva.	1.631.100,00	86.119,19	0,00	1.717.219,19
	010.010903.H.069	OIRM-S.ANNA - Laboratorio analisi P.O. Regina Margherita	Completamento della porzione di piano compresa tra via Zuretti e via Baiardi con l'aggiunta di questi spazi, il laboratorio analisi si doterà di un blocco di servizi igienici e spogliatoi per il personale, oltrechè ad una serie di aree per tipologie di analisi patologicamente, per la cui esecuzione occorrono materiali ed impianti tecnologici di elevata specializzazione. No attrezzature.	510.259,42	26.855,76	0,00	537.115,18
		Totale Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna, Torino		5.870.178,24	309.228,57	0,00	6.179.406,81
Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga, Orbassano	010.010904.H.058	Costruzione nuovo DEA, adeguamento impianti, costruzione nuova farmacia, realizzazione di n.2 sale operatorie e ristrutturazione emissione	Con l'intervento si intende integrare le attività di emergenza in un complesso omogeneo. Con la nuova realizzazione si ottimizzano gli spazi e si adeguano alle normative esistenti con riduzione dei costi e dei tempi di percorrenza per il trasferimento di farmaci e campioni da analizzare. Nel nuovo DEA Attrezz. euro 280.000,00 - nella nuova farmacia attrezz. euro 130.000,00	8.309.101,35	437.321,12	0,00	8.746.422,47
		Totale Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga, Orbassano		8.309.101,35	437.321,12	0,00	8.746.422,47
Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara	010.010905.H.057	Realizzazione nuova sede S.C.D.U. anatomia patologica; ristrutturazione emodialisi ced opere provvisorie; manutenzione straordinaria area cardiologia ed adeguamento alle normative vigenti delle cabine elettriche MT/BT	Realizzazione nuova sede S.C.D.U. anatomia patologica; ristrutturazione emodialisi ed opere provvisorie; manutenzione straordinaria area cardiologia ed adeguamento alle normative vigenti delle cabine elettriche MT/BT. No attrezzature	4.655.000,00	245.000,00	89.600,00	4.989.600,00
	010.010905.H.058	Opere propedeutiche all'attuazione del progetto Città della Salute di Novara	Vedi scheda a parte	7.359.510,81	387.342,67	26.000.000,00	33.746.853,48
		Totale Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara		12.014.510,81	632.342,67	26.089.600,00	38.736.453,48

ENTE attuatore/ AZIENDA di riferimento	codice intervento	TITOLO INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	Importo a carico dello STATO 95% euro	Quota Regionale 5% euro	Altri finanziam. Euro	Importo complessivo euro
Azienda Ospedaliera Mauriziano, Torino	010.010885.I.060	Riordino e messa a norma del P.O. "UMBERTO I°"	Ristrutturazione e adeguamento funzionale del reparto di degenza ginecologia-ostetricia, riorganizzazione impiantistica del reparto di diagnostica, realizzazione 3^ sala operatoria cardiovascolare, riordino piano di degenza per nuovo reparto cardiocirurgico, riconversione totale padiglione 3, sostituzione n.2 torri evaporative, fornitura nuovo gruppo elettrogeno. La quota attrezz. è di euro 765.000,00	5.506.897,68	289.836,72	0,00	5.796.734,40
		Azienda Ospedaliera Mauriziano, Torino		5.506.897,68	289.836,72	0,00	5.796.734,40
A. O. Alessandria	010.010120.U.067	P.O. Cesare Arrigo di Alessandria - intervento in conformità con lo studio di fattibilità approvato per ristrutturazione parziale degenza padiglione esistente per adeguamento a norme di sicurezza igienico funzionali	Ristrutturazione degenze ai fini di adeguamento alle norme di accreditamento e alle norme di prevenzione incendi sono previste 3 nuove scale anticendio - No attrezzature.	4.121.326,05	216.911,90	0,00	4.338.237,95
		TOTALE A. O. ALESSANDRIA		4.121.326,05	216.911,90	0,00	4.338.237,95
Regione Piemonte	010.010101.U.067	TRASFER. INFORM. DIAGNOSTICA - Accantonamento finalizzato alla realizzazione di rete di collegamento informatico onde consentire l'invio dai P.O. A.S.L. alle A.O. delle immagini radiografiche per fruire, in tempo reale, di supporto tecnico - interpretativo	Realizzazione di una infrastruttura info-telematica di base di sanità elettronica per i presidi ospedalieri di A.O. e A.S.L. per l'acquisizione, l'archiviazione e la condivisione di documenti e immagini	5.240.426,90	275.811,95	0,00	5.516.238,85
		Totale Regione Piemonte		5.240.426,90	275.811,95	0,00	5.516.238,85
		TOTALE COMPLESSIVO		186.680.975,51	9.827.380,32	63.789.552,22	260.297.908,05

Ulteriori finanziamenti destinati al programma di investimenti

Il presente Documento Programmatico contempla le fonti finanziarie di copertura previste ex Art. 20 della L. 67/88, nonché quelle ex D. Lgs 254/2000 finalizzate alla realizzazione di strutture destinate alla libera professione e dell'art. 71 L. 448/98.

Pertanto concorrono alla realizzazione della programmazione:

- 1) D.Lgs 254/00, Art. 1 – libera professione “intramoenia”; il programma prende in considerazione gli interventi per i quali è stata confermata o rimodulata la destinazione. Il finanziamento residuo a carico dello Stato risulta essere pari a circa 36,5 milioni di euro;
- 2) Art. 71 L. 448/98 – Piano di interventi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. il programma prende in considerazione gli interventi per i quali è stata o confermata o rimodulata la destinazione. Il finanziamento residuo a carico dello Stato risulta essere pari a circa 71,7 milioni di euro;

c) Sintesi del raccordo con il passato

Gli elementi portanti sui quali la Regione Piemonte ha fondato, nel corso degli anni, la programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie possono essere riassunti come segue:

- 1) Revisione della rete ospedaliera;
- 2) Riorganizzazione funzionale dei presidi in relazione al Riassetto istituzionale aziendale sanitario piemontese avvenuto in attuazione della L.R. 64/95 che individua n.22 Aziende territoriali e n.7 ospedaliere a carattere nazionale;
- 3) Realizzazione della rete dei presidi a servizio degli anziani non autosufficienti e disabili fisici e psichici;
- 4) Accredimento strutture.

I Fase

In coerenza con le Leggi 67/88 e 109/88 si sono assunte come linee guida del P.P.I. da realizzare gli indirizzi contenuti nelle allora proposte del nuovo piano sanitario regionale 1988-89.

Tra le strategie adottate nel campo degli investimenti con la I fase (I triennio) avevano individuato un programma di interventi finalizzato a:

- a) Adeguamento e ristrutturazione delle Strutture ospedaliere;
- b) Realizzazione di nuove Residenze sanitarie e assistenziali per anziani non autosufficienti;
- c) Realizzazione di Residenze sanitarie e assistenziali per disabili;
- d) Realizzazione di Presidi di profilassi e polizia veterinaria;
- e) Completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extra ospedaliere;
- f) Ammodernamento tecnologico.

La D.C.R. n°1204-CR1303 del 30/01/1990, di adozione del programma decennale e triennale di investimenti e sua successiva variazione di assestamento del 26/03/1996 n° 211-CR4749, prevedeva 46 interventi per un importo complessivo di circa 347,29 milioni di

euro, di cui 193,92 milioni di euro circa a carico dello Stato. Di tali interventi, a marzo 2007, ne risultano completati il 76 % pari a un importo complessivo di 296,10 milioni di euro, di cui a carico dello Stato 154,48 mil. di euro.

Successivamente, dalla verifica della situazione regionale, così come evidenziata nel P.S.R. 1997/99, in termini di rapporto tra posti letto per acuzie e per post-acuzie era caratterizzata da due dati anomali:

1. il numero complessivo inferiore allo standard (-942 posti letto);
2. l'esubero di posti letto per acuzie (+1.205) rispetto alla carenza di quelli post-acuzie (2.417).

Alla dotazione complessiva evidenziata nell'analisi di contesto antecedente all'approvazione del P.S.R. 1997/99 sono da aggiungere n. 370 posti letto di day hospital nell'area delle acuzie. Tale dotazione risultava decisamente insufficiente rispetto allo standard auspicato (10% dei P.L. complessivi). La corretta dotazione di posti letto a ciclo diurno doveva prevedere anche un'ulteriore conversione di posti letto a degenza ordinaria.

In particolare, nell'ottica già evidenziata di ottenere l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, risultava necessario prevedere una conversione "a cascata" dai ricoveri ordinari, ai ricoveri a ciclo diurno e alle prestazioni ambulatoriali nonché ai ricoveri extraospedalieri in residenzialità sanitaria e/o in assistenza domiciliare.

Dai dati estrapolati dall'analisi dei Piani di Attività aziendali per l'anno 1999 emergeva che, nel periodo centrale di attuazione del P.S.R. 1997/99, la situazione regionale dei fattori produttivi ospedalieri risultava essere la seguente:

1. il numero complessivo di posti letto aveva raggiunto lo standard;
2. era in fase di completamento la conversione dei posti letto dall'area di acuzie alla post-acuzie;
3. la percentuale di posti letto in Day Hospital era prossima al 10% della capacità complessiva.

Dall'analisi dei dati riferiti alla situazione allora esistente e dei conseguenti obiettivi del Piano Sanitario Regionale, sopra illustrati a grandi linee, si è di conseguenza messa in atto la riprogrammazione degli investimenti in campo sanitario, con particolare riferimento alla II e III FASE (2° e al 3° triennio) del programma di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88.

II Fase: accordo di programma del 06 settembre 2000

L'accordo di programma del settembre 2000, prendeva a riferimento, quale documento programmatico, il Piano Sanitario regionale 1997/99, redatto in attuazione della riforma di cui al D.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.

Alla data del documento programmatico, settembre 2000, sostanzialmente si afferma che l'assistenza ospedaliera piemontese dimostra di essere ad un buon livello in riferimento ai risultati che ordinariamente raggiunge, per cui può considerarsi obiettivamente soddisfacente la sua efficacia ma paga un tributo eccessivamente elevato a livello di efficienza di sistema.

A tal proposito l'accordo finalizza parte degli interventi ponendo l'attenzione sulla revisione della rete ospedaliera, secondo le indicazioni del P.S.R. 1997/99, definendo gli obiettivi del processo di pianificazione ospedaliera, i criteri organizzativi, gli standard dei servizi che devono essere attuati dalle Aziende Sanitarie Regionali, il tutto preordinato ad assicurare livelli essenziali di assistenza:

- ricondurre l'ospedale alla sua funzione di trattamento esclusivo delle patologie in fase acuta;
- qualificare gli ospedali per ottenere un miglioramento nell'efficacia dei trattamenti;
- migliorare l'efficienza complessiva nell'uso delle risorse;
- inquadarsi nella riorganizzazione complessiva del Servizio Sanitario Regionale che tende a fornire risposte adeguate alla domanda non acuta in sede di distretto o nelle strutture sanitarie extraospedaliere in regime domiciliare, ambulatoriale semiresidenziale e residenziale;
- migliorare il livello delle prestazioni di assistenza sanitaria;
- superare l'attuale modalità organizzativa divisionale, realizzando l'organizzazione delle funzioni ospedaliere per aree omogenee e per dipartimenti;
- potenziare le attività di prevenzione, le strutture territoriali e residenziali nonché le attività di cura e riabilitazione non fornite nelle strutture ospedaliere.

Il programma di interventi ha previsto altresì l'apertura o ammodernamento delle rianimazioni e terapie intensive, delle unità spinali, dei dipartimenti di emergenza, delle unità di day hospital, soprattutto chirurgico, all'adeguamento alla normativa sulla sicurezza delle dotazioni tecnologiche, all'acquisto di grandi attrezzature, all'informatizzazione dei servizi e alla creazione delle reti di collegamento.

In accompagnamento dell'Accordo 2000 la Regione Piemonte, attraverso il reperimento di fondi propri, ha implementato il percorso finalizzato all'adeguamento alla normativa vigente in materia di sicurezza dei presidi, anche in relazione del processo di accreditamento delle strutture che la Regione stessa ha intrapreso con la D.C.R. n° 616-3149 del 22.02.2000 e s.m.i. ⁽⁴⁾

Il costo complessivo dell'Accordo di Programma del settembre 2000 è stato pari a € 968.076.766,15, di cui €598.555.986,51 a carico dello Stato.

Fa parte del presente documento la tabella riepilogativa dello stato dell'arte, aggiornata a marzo 2007, degli interventi ammessi a finanziamento e in corso di realizzazione (Allegato d).

Inoltre, a seguito del monitoraggio sulla capacità da parte delle AA.SS.RR. di dare avvio agli interventi, al fine di ottimizzare il più possibile le risorse messe a disposizione, è stata verificata, nel luglio 2004, la possibilità che da parte delle A.S.R. ci fosse la disponibilità di cantierare i progetti oggetto di finanziamento entro lo stesso anno. Dal riscontro delle risposte pervenute, alcuni interventi previsti all'interno dell'Accordo del settembre 2000 sono stati trasferiti all'interno dell'elenco degli interventi previsti per la stipula di un futuro Accordo (Deliberazione C.I.P.E. n.65/2000).

Altresì, dalla verifica dell'attuazione dell'Accordo stipulato il 06 settembre 2000, al 10 maggio 2005, per quanto concerne l'ammodernamento delle tecnologie sanitarie, è risultata garantito il valore pari al 15% minimo così come definito dall'art.10 dell'Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

L'attività così programmata ha avuto risultati molto importanti nell'organizzazione delle attività sanitarie con una forte spostamento da quella di ricovero ospedaliero a quella territoriale:

- dal 1998 al 2004 i posti letto ospedalieri sono diminuiti da 17.825 a 13.875, - 22%, a fronte di un netto incremento dei pesi dei ricoveri, + 33% dal 2001 al 2004 con un evidente miglior utilizzo delle strutture;

- i day hospital chirurgici sono passati dai 99.224 del 1998 ai 149.191 del 2004, + 50%;
- i ricoveri ordinari sono scesi dai 646.812 del 1998 ai 526.548 del 2004, - 19%.

Di seguito è riportato l'andamento dei ricoveri per i residenti in Piemonte dal 1998 al 2004

Casistica SDO Anno 1998

Pubbl Priv	Degenze Ordinarie			Day Hospital			Totale
	Chir	Med	Totale	Chir	Med	Totale	
Pubbl	310.981	281.706	592.687	99.224	142.755	241.979	834.666
Priv	21.248	32.877	54.125				54.125
Totale	332.229	314.583	646.812	99.224	142.755	241.979	888.791

Casistica SDO Anno 2004

Pubbl Priv	Degenze Ordinarie			Day Hospital			Totale
	Chir	Med	Totale	Chir	Med	Totale	
Pubbl	202.023	246.755	448.778	138.287	108.378	246.665	695.443
Priv	39.216	38.554	77.770	10.904	8.790	19.694	97.464
Totale	241.239	285.309	526.548	149.191	117.168	266.359	792.907

Questi risultati sono stati ottenuti anche grazie al notevole sviluppo dell'assistenza territoriale che ha visto:

- le cure domiciliari passare dai 16.768 casi del 1998 ai 90.804 del 2004, + 542%;
- la semiresidenzialità, centri diurni, riabilitativi per disabili incrementare dai 2.917 posti del 1998 ai 3.223 del 2004, + 10%;
- la semiresidenzialità per anziani dai 141 posti del 1998 ai 240 del 2004, + 70%;
- la residenzialità per anziani dai 8.221 posti, effettivamente convenzionati ed occupati, del 1998 ai 12.498 del 2004, + 52%.

Come sopra descritto gli investimenti in questi anni sono stati in massima parte finalizzati alla messa a norma delle strutture e alla necessità di adeguare, per quanto possibile con interventi, per così dire, minimali, le strutture stesse alle impellenti necessità di migliorare l'appropriatezza delle cure e recuperare efficienza gestionale.

Raggiunto l'obiettivo prioritario di riportare i principali indicatori (posti letto per abitante, indice di ospedalizzazione, appropriatezza ricoveri e cure) entro i parametri convenzionali e accettabili, la Regione Piemonte ha in corso di compiere un salto di qualità nell'assistenza ospedaliera agendo contemporaneamente su tre versanti:

- la costruzione/attivazione di strutture di eccellenza di alta complessità clinica che, coniugando ricerca, didattica e clinica, siano reale punto di riferimento e motore di sviluppo, anche economico, per la Regione Piemonte;
- la costruzione/attivazione di nuovi ospedali generali che possano sostituire gli attuali presidi, accorpandone le funzioni e riducendone pertanto il numero in assoluto;
- l'attivazione/potenziamento delle reti di collegamento fra le diverse strutture al fine di ottimizzare i percorsi e la potenzialità di ognuno.

Riguardo il primo punto, centri di eccellenza, la parte preponderante concerne il progetto "Città della salute" di Torino, già ammesso al finanziamento statale dalla L. 24/12/03 n. 350, finanziaria 2004, con un impegno quindicennale di 5,5 milioni di euro annui per 15

anni e per il quale è già stata acquisita l'area, con finanziamento regionale di €60.540.000. La L. 30.12.04 n. 311, finanziaria 2005, conferma il finanziamento statale con un ulteriore impegno, a decorrere dal 2005, di 3.000.000 di euro.

Inoltre si richiama l'accantonamento previsto con l'art. 71 L. 448/98 per un importo di € 17.107.175,40 e €2.000.000,00 con L.R. 2/2003 ⁽⁵⁾.

Analogo ragionamento è stato seguito per il territorio interessato alla costruzione/attivazione/progettazione di nuovi ospedali allora previsti dalla programmazione regionale, quali Asti, Alba Bra, Borgosesia, Novara, Verbanò/Cusio/Ossola e Canavese, dove, con la realizzazione dei nuovi presidi, sarebbe stato possibile dismettere e/o riconvertire quelli esistenti e obsoleti.

III Fase: proposta di accordo di programma 2005

Con deliberazione del 28 giugno 2005 n°10-20273, la Regione ha proceduto ad un riallineamento ed ad una ridefinizione parziale degli interventi precedentemente programmati.

Tale revisione della programmazione degli interventi in materia di edilizia sanitaria è stata la logica conseguenza dell'evoluzione di questi anni e quindi un atto dovuto e indispensabile per utilizzare al meglio le risorse disponibili. La Deliberazione n. 131-23049 del 19 giugno 2007 ha quindi tenuto conto e riprogrammato il percorso già iniziato con il suddetto provvedimento.

Ulteriori programmi di investimento

- Spazi per l'esercizio della Libera Professione.

Il documento programmatico del 2000 evidenziava come già le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere Piemontesi si fossero attivate, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, per la realizzazione di spazi all'interno dei presidi ospedalieri, da dedicare alla libera professione.

La maggior parte degli interventi rivestivano carattere di ristrutturazione e prevedevano l'utilizzo di fondi propri dell'Aziende per la loro realizzazione.

Con proprio decreto del 08 giugno 2001, il Ministero della Sanità ha assegnato alla Regione Piemonte €60.428.733,94. Fa parte integrante del presente documento la tabella riepilogativa dello stato dell'arte, aggiornata a marzo 2007, degli interventi ammessi a finanziamento e in corso di realizzazione (Allegato e).

- Piano per il miglioramento attrezzature di radioterapia (D.M. 28 dicembre 2001).

Per quanto concerne l'oncologia la Giunta regionale ha approvato un "progetto sperimentale di rete oncologica" con l'obiettivo di promuovere, programmare e coordinare l'attività oncologica al fine di migliorare l'assistenza.

In tale ottica si colloca la revisione della rete delle unità operative di radioterapia, in particolare sono stati individuati 10 interventi per un importo complessivo pari a € 978.905,42 tutto a valere sulle risorse a carico dello Stato.

Le Aziende sanitarie regionali, in attuazione del piano hanno dato corso alla fornitura delle attrezzature per un importo complessivo di 708.885,21 euro. Fanno parte integrante del presente documento le tabelle riepilogative dello stato dell'arte a marzo 2007.

- Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative, L. 26.02.1999 n. 39 e s.m.i.

La legge n. 39/1999 ha stanziato risorse per la realizzazione di un programma nazionale nel settore specifico, attribuendo alle regioni risorse in conto capitale finalizzate alla realizzazione di centri residenziali di cure palliative, in particolare sono state assegnate risorse per 18.464.792,34 di euro.

La Regione Piemonte, con D.G.R. n°17-24510 del 06 maggio 1998⁽²⁵⁾ e D.G.R. n°15-7336 del 14 ottobre 2002⁽²⁶⁾, ha approvato le linee guida relative ai requisiti organizzativi, tecnici-strutturali per il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte, ha previsto la realizzazione di 20 centri su tutto il territorio regionale per un importo complessivo 18.464.792,34 di euro.

L'attuazione del programma vede al marzo del 2007 n°4 strutture attivate per un importo complessivo di 2.734.639,26, n°5 interventi in fase di realizzazione per un importo complessivo pari a 5.230.584,38 di euro, a totale carico dello Stato euro. Fanno parte integrante del presente documento le tabelle riepilogative dello stato dell'arte a marzo 2007.

- Piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Torino – Città in salute (Articolo 71 Legge 448/1998).

Con deliberazione di Giunta regionale del 01 marzo 2000, n°30-29520 gli indirizzi generali per la pianificazione operativa del progetto. Obiettivo generale del progetto è raggiungere il completamento, all'interno dell'area metropolitana torinese, della riorganizzazione dei servizi sanitari sia extra ospedalieri che di ricovero, con scelte inerenti sia la programmazione strutturale che funzionale. Esso si sviluppa in 6 sottoprogetti principali:

- D1.** Interventi di promozione della Salute, per un importo pari a 1.378.939,92 euro;
- D2.** Gestione dei servizi sanitari sovra zonali nella città di Torino, per un importo pari a 15.902.121,09 euro;
- D3.** Torino domiciliarietà, per un importo pari a 9.812.426,99 euro;
- D4.** Promozione e integrazione di centri risorse socio-sanitarie per la disabilità, per un importo pari a 7.746.853,49 euro;
- D5.** Miglioramento dell'accessibilità della rete dei servizi sanitari territoriali nella città di Torino, per un importo pari a 35.864.832,90 euro;
- D6.** Miglioramento dell'accessibilità della rete dei servizi ospedalieri nella città di Torino, per un importo pari a 30.311.945,13 euro.

Con la delibera quadro n 131-23049 del giugno 2007⁽¹⁾ sono stati riallineati gli interventi non ancora attivati da parte delle Aziende Sanitarie Regionali dove, tra gli altri, è stato confermato l'accantonamento finalizzato alla realizzazione della Città della Salute e delle Scienze di Torino. In tale delibera non è stata considerata la decurtazione di cui al D.M.S. del 04.03.2005 e s.m.i. Per quanto concerne l'ipotesi progettuale e di riorganizzazione della rete ospedaliera cittadina, si rimanda allo Studio di Fattibilità della Città della Salute allo scopo predisposto.

Le risorse che concorrono alla copertura del Programma sono da suddividersi in una parte a carico dello Stato, di cui all'articolo 71 legge 448/1998, e in un insieme di quote di cofinanziamenti da parte dei soggetti interessati e coinvolti nei singoli progetti:

- Finanziamento art. 71 l. 448/98 101.017.429,39 euro;
- Cofinanziamenti 43.964.881,94 euro;

- Totale finanziamento 144.982.311,33 euro.

Fa parte integrante del presente documento la tabella riepilogativa dello stato dell'arte, aggiornato a marzo 2007, degli interventi attivati (Allegato f).

- Programma di realizzazione dei reparti malattie infettive, ai sensi della l.135/90 (a.i.d.s.)

Con il programma di realizzazione dei reparti di malattie infettive previsto dalla L.135/90, la Regione Piemonte ha avuto con deliberazione C.I.P.E. del 06 maggio 1996 e del 08 agosto 1998 un'assegnazione pari a 81.345.465,66 euro che ha permesso l'attivazione di 13 interventi.

Degli interventi previsti a marzo del 2007 sono stati conclusi 8, di cui 2 sono in fase di avanzata realizzazione, 2 sono in fase di realizzazione e 1 è in corso di attivazione in quanto la gara d'appalto è stata sospesa a causa di ricorsi da parte di alcuni partecipanti.

Nel contesto della più ampia programmazione degli investimenti va sottolineato l'impegno assunto dalla Regione per l'assegnazione alle AA.SS.RR. di risorse proprie regionali aggiuntive, finalizzate al sostegno e all'integrazione del programma più generale degli investimenti, pari a €326.974.827,88 dal 2000 al 2004.

Nella fattispecie per:

- ~ la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri;
- ~ il mantenimento strumentale e strutturale del patrimonio;
- ~ l'adeguamento ai requisiti minimi per l'accreditamento;
- ~ rinnovamento delle tecnologie sanitarie, tenuto conto della necessità di un contestuale ammodernamento della base tecnologica esistente.

A sostegno delle scelte nel tempo programmate possono essere così identificate le seguenti risorse:

- €61.974.827,88 con L.R. n° 24 e n° 25 del 24 marzo 2000⁽⁶⁾⁽⁷⁾;
- €65.000.000,00 con L.R. n° 2 del 04/03/2003;
- €200.000.000,00 circa in conto capitale .

Inoltre per l'anno 2005/06/07 il Bilancio regionale ha provveduto ad uno stanziamento complessivo di circa 50 milioni di euro per il proseguimento dei programmi in corso.

d) Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.

Con l'approvazione del P.S.S.R. 2007/2010 la Regione Piemonte ha definito gli obiettivi generali nonché principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni donna e uomo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale ed appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;
- la prevenzione, che si attua attraverso la rimozione o il contrasto dei fattori socio-economici, delle diseguità di genere e fra generazioni, dei fattori

ambientali e biologici che insidiano la salute ed anche attraverso la appropriata e concreta promozione specifica dei fattori socio-economici, ambientali e biologici e della valorizzazione della differenza di genere che la favoriscono;

- la centralità delle cittadine e dei cittadini che, in quanto persone singole o gruppi sociali radicati in un territorio, sono titolari originari del diritto alla salute che va tutelato attraverso una vigile, assidua, e per certi versi radicale partecipazione democratica. Attiene a questa concezione la attenta considerazione per l'applicazione dei criteri di dignità, di umanizzazione e di giustizia, che si concretizzano anche in un'accoglienza che ne tuteli i diritti, faciliti l'accesso e rispetti il tempo delle cittadine e dei cittadini;
- un deciso e responsabile coinvolgimento degli Enti locali i quali, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute ed esercitano anche la valutazione della qualità dei servizi nonché della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione;
- la considerazione dell'informazione e della rappresentazione del sistema come patrimonio democraticamente disponibile al fine di garantire un elevato livello di ordine del sistema stesso: si deve cioè passare da un sistema informativo socio sanitario ad un sistema socio-sanitario informativo, anche avvalendosi in modo sobrio ed appropriato e differenziato per genere e generazioni delle opportunità storicamente offerte dalla tecnologia informatica, avendo però cura di non scambiare semplici e a volte ridondanti opportunità trasmissive con critiche necessità comunicative;
- l'applicazione intensa e coraggiosa della pratica della integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale, all'interno di e tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario. In particolare l'integrazione con i distretti socio-assistenziali può attivare una rete di protezione sociale, indispensabile per gli interventi di prevenzione, sostegno e riabilitazione per tutte le donne e gli uomini che si trovano in condizioni di difficoltà economico – sociali e in condizioni di fragilità e vulnerabilità. L'integrazione deve avere per obiettivo la migliore sostenibilità del carico assistenziale nel tempo la responsabilità delle cure primarie al Servizio Sanitario Pubblico e ponderando e valorizzando il lavoro di cura espletato dalle cittadine e dai cittadini.
- un trasparente e razionale governo della salute che persegua l'equità, rispetti la sussidiarietà e promuova la cooperazione e la solidarietà all'interno dei canoni della sobrietà e dell'austerità. L'applicazione rigorosa di criteri di qualità ed appropriatezza sostanziale può garantire, in modo efficiente, efficace ed economico, un sistema sostenibile di salute e di benessere sociale. Le scelte abbracciate fanno propri criteri di produttività sociale della spesa sanitaria che escludono categoricamente rendite, parassitismi, separatezze autoreferenziali e promuovono al contrario il principio del servizio, richiamando piuttosto antiche e solidali disponibilità all'economia del dono.

La salute, come obiettivo, ed il correlato sistema dei servizi socio-sanitari, come mezzo, diventano allora un potente fattore di sviluppo e di progresso, oltre che fattore di polarizzazione delle energie del privato, del terzo settore no-profit, del privato sociale e delle risorse, formali ed informali, delle associazioni del volontariato. Tutte queste risorse politiche, culturali, scientifiche e tecniche, produttivamente mobilitate per la costruzione del welfare di comunità, costituiscono un patrimonio prezioso di ricchezza sociale da coltivare ed incrementare, per una redistribuzione dei carichi sociali e familiari e delle opportunità sociali ed economiche.

- una convinta ottemperanza ai dettami dell'etica della responsabilità ed una doverosa disponibilità di tutti gli operatori sanitari ad una rilettura dei problemi di salute dal punto di vista della ponderazione sociale e di genere.

Scelte progettuali

Sono scelte progettuali e programmatiche caratterizzanti dell'articolazione dei servizi:

- l'assegnazione di una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, attraverso una rete di servizi che fornisca alle cittadine e ai cittadini una più continua, responsabile e completa presa in carico negli ambulatori, nelle strutture residenziali e a domicilio;
- l'organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione, considerando l'ospedale come una risorsa fondamentale da utilizzare in modo razionale quando i problemi sono troppo complessi per essere affrontati dal sistema delle cure primarie, senza incorrere in artefatte e paralizzanti opposizioni tra priorità dell'ospedale e centralità del territorio;
- uno stile di governo e di gestione del sistema sanitario sobrio, che consenta, attraverso le valutazioni e i controlli di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni, di migliorare la salute, aumentare la soddisfazione degli assistiti e contenere la spesa. In questo ambito ricerca e innovazione, sia nel settore organizzativo, sia nel settore dei metodi e degli strumenti tecnologici, saranno promosse e soprattutto governate con un costante impegno teso a evitare che interessi economici distorti inducano e facciano crescere offerte di servizio non appropriate;
- una attenzione accentuata agli aspetti formativi e partecipativi di tutti gli operatori, in direzione dell'esercizio dei canoni della sobria razionalità e della qualità sostanziale.

Obiettivi Qualificanti

- 1) Realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione, baricentrici rispetto ad altre strutture, piccole e vetuste;

- 2) contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in altre tipologie di strutture assistenziali;
- 3) qualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura anche attraverso forme innovative di associazionismo medico in sede unica sull'esempio dell'UTAP e CASA DELLA SALUTE;
- 4) assicurazione dello standard di posti letto fissati (art. 4, lett. a) dall'Intesa del 23 Marzo 2005), parametrato ad un tasso di ospedalizzazione entro i limiti dei 180 ricoveri per mille abitanti, di cui 20% in regime diurno, specificatamente dedicato a percorsi di cura di elevata complessità ed eccellenza, trasferendo alle strutture territoriali le cure assistenziali primarie;
- 5) realizzazione di un sistema qualificato ed efficiente di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio, in modo da ottenere economie nella spesa corrente, liberando risorse da destinare ad investimenti nella prevenzione e cure domiciliari;
- 6) completamento di unità operative ospedaliere oncologiche con relative attrezzature;
- 7) completamento e ristrutturazione di unità operative ospedaliere in area materno infantile;
- 8) potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa.

Obiettivi operativi del presente Accordo di Programma:

La Regione Piemonte ha in corso la stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2004, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 311/2004 e s.m.i.

Il predetto art. 1, comma 180, della legge 311/2004 stabilisce che, nelle situazioni di squilibrio economico-finanziario, la Regione:

- procede alla ricognizione delle cause dello squilibrio ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR), di durata non superiore al triennio (successivamente denominato piano di rientro);
- stipula con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui all'Intesa 23 marzo 2005 (tale accordo prevede come allegato il piano di rientro).

A tal fine ha predisposto un piano che ha come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in atto nella Regione Piemonte:

- il completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale e mediante l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, mediante il processo di riordino delle risposte assistenziali definito dal PSSR 2007-2010. In particolare il riordino prevede il riequilibrio tra i macro-livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera;
- la razionalizzazione delle attività amministrative e di supporto, in modo da ridurre l'incidenza del loro costo sulla spesa totale, mediante la revisione della rete delle ASR e lo sviluppo di tali attività a livello sovrazonale, ai sensi dell'art. 18 della l.r.

18/2007⁽⁸⁾, e regionale, ai sensi della l.r. 19/2007⁽²⁾.

Il raggiungimento dell'equilibrio economico della gestione entro l'anno 2010 si basa sullo sviluppo di azioni di controllo dell'evoluzione dei costi relativi ai fattori produttivi utilizzati direttamente dalle ASR e alle prestazioni sanitarie finali acquistate da terzi soggetti erogatori:

- personale, dipendente e non (attraverso la riduzione del personale amministrativo tramite l'accorpamento delle aziende sanitarie);
- acquisto di beni e servizi (tramite la centralizzazione dei magazzini e delle procedure di acquisto);
- farmaci e materiale sanitario (potenziando le azioni di monitoraggio e di verifica della appropriatezza) ;
- acquisto di prestazioni da terzi soggetti erogatori (trasformando alcune prestazioni ospedaliere in ambulatoriali ed alcune prestazioni ospedaliere in extraospedaliere)
- costi connessi ai livelli assistenziali integrativi di quelli disposti a livello nazionale.

Di seguito si evidenziano gli interventi inseriti nel presente Accordo che seppur di diverso ambito, rispetto alle azioni sopra descritte, risultano allineati e coerenti al fine di raggiungere l'obiettivo prefissato.

Primo tra questi la realizzazione del nuovo ospedale della Valle Belbo con dismissione e riconversione degli ospedali di Canelli e Nizza Monferrato.

Nell'attuare il riordino organizzativo dell'Azienda Sanitaria Regionale 19 (attuale ASL AT) della Provincia di Asti sono stati adottati principi e criteri che, prescindere dalle singole professionalità presenti in Azienda, favoriscano lo sviluppo della miglior organizzazione possibile per assicurare la massima soddisfazione dei bisogni dell'utenza, dell'efficienza aziendale e della produttività, operando in un ambito territoriale che si ritiene riduttivo definire con Asti e Nizza Monferrato, bensì pare più completo identificare con Asti e la Valle Belbo.

In questa prospettiva appare evidente che il modello scelto prevede tre principi fondamentali :

- a. considerare le strutture di Asti e Valle Belbo come una unica unità produttiva in modo da garantire livelli quantitativi e qualitativi elevati ed uguali su entrambe le sedi, cosa non possibile con l'attuale frazionamento;
- b. distinguere i livelli di responsabilità organizzativa da quella professionale per non creare inutili "corti circuiti" organizzativi che ostacolano il funzionamento ottimale dell'Azienda;
- c. ridurre il numero di interlocutori per la Direzione Generale in modo da favorire una gestione aziendale snella e veloce ed una stretta quanto uniforme interazione tra pianificazione strategica e sviluppo operativo.

Un ulteriore intervento inserito nel presente Accordo è la rifunionalizzazione del presidio ospedaliero di Venaria (TO) mediante la realizzazione di una nuova struttura sanitaria da collocarsi nello stesso Comune. La decisione di realizzare una nuova struttura è dettata anche dall'impossibilità di intervenire sull'edificio esistente a causa degli insormontabili vincoli strutturali e morfologici. Peraltro dall'indagine A.Re.S.S. risulta economicamente più vantaggiosa tale soluzione rispetto alla ristrutturazione dell'attuale presidio.

Altra nuova struttura inserita nel presente accordo è la realizzazione di una struttura di eccellenza “Polo ospedaliero della Città della Salute e della scienza” di Novara.

Per quest’ultima l’obiettivo di una Città della Salute e della Scienza si realizza pensando ad un’insieme polifunzionale ed integrato di strutture che faccia perno sul nuovo ospedale garantendo, oltre ad una sede idonea per gli insediamenti universitari:

- l’assistenza ospedaliera di base per il territorio limitrofo, anche rapportandosi a centri socio-sanitari di interesse comunale e distrettuale;
- il riferimento specialistico di eccellenza per una rete integrata di ospedali del Piemonte Orientale;
- il collegamento tra funzione clinica Hub, ricerca avanzata, avvio facilitato di nuove esperienze produttive, loro ricaduta su qualità/efficienza dei percorsi e delle pratiche assistenziali, della ricerca e della didattica.

Come pure appare perseguibile l’intenzione di promuovere e realizzare la funzione di “incubatore d’impresa”, contigua alla componente laboratoristica (assistenziale, di ricerca clinica e biomedica) sotto forma di sperimentazione gestionale, prevista dall’Art. 9 bis del D.Lgs. 502/92 e dalle sue successive evoluzioni verso una più diretta competenza regionale. La crescita di tali iniziative consentirà inoltre una generale riqualificazione dell’offerta assistenziale dell’Ospedale favorendo il progressivo recupero della mobilità passiva verso la regione Lombardia che attualmente caratterizza tutto il Piemonte orientale penalizzando le aziende sanitarie e ospedaliere di quest’area.

Il riordino della rete ospedaliera regionale sarà completato dalla realizzazione della Città della Salute di Torino che, oltre a garantire le funzioni generali prima descritte per quella di Novara, renderà possibile, assieme agli interventi previsti, interessanti gli ospedali Maria Vittoria, Martini e Giovanni Bosco, il riequilibrio e la redistribuzione territoriale dell’offerta ospedaliera nell’area metropolitana di Torino attualmente caratterizzata da una elevata concentrazione in un’unica area (la cosiddetta cittadella ospedaliera) dalla presenza di alcuni ospedali monospecialistici e da una relativa carenza nelle aree a più intenso sviluppo urbano.

Inoltre si segnalano le ulteriori finalità degli interventi previsti:

- 1) Completamento e ampliamento dei presidi ospedalieri di Susa, di Giaveno, di Chivasso;
- 2) adeguamenti tecnologici su vari presidi;
- 3) adeguamenti a norma su vari presidi;
- 4) realizzazione di strutture territoriali.

Sinergie tra Programma operativo e Accordo di Programma

Gli interventi previsti dal presente A.d.P. consentiranno il raggiungimento degli obiettivi di riordino previsti dal P.S.S.R., in particolare nelle seguenti aree:

- creazione di spazi per la pratica delle cure primarie (case della salute) e per le altre attività territoriali;
- umanizzazione e adeguamento strutturale dei presidi esistenti consentendo in tal modo:
 - l’uso dipartimentale degli spazi;
 - il potenziamento delle attività ambulatoriali e diurne a scapito dei ricoveri ordinari;

- la concentrazione delle tecnologie sofisticate in poche sedi e la loro messa a disposizione anche attraverso sistemi di telecomunicazione.

Di seguito si riporta uno schema puntuale relativo ai risultati sistemici:

- a. attuazione della programmazione regionale;
- b. equilibrio economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- c. creazione delle condizioni “strutturali” per il rispetto del Patto di Stabilità e del Patto per la Salute.

e) Sintesi della coerenza interna e contesto regionale

Al fine di definire una coerenza interna del Programma degli investimenti, si riportano di seguito i momenti più significativi che hanno delineato lo sviluppo della strategia di attuazione della politica degli investimenti. Infatti nel corso degli anni è stata prodotta una copiosa produzione regolamentare, quali le DD.G.R. n. 73-46441 del 05.06.95 e n. 299-7789 del 03.04.96⁽⁹⁾ sui criteri di utilizzo degli ospedali con meno di 120 posti letto e loro riconversione, la D.G.R. n. 156-21885 del 06.08.97 di accreditamento provvisorio delle Case di Cura private, e, soprattutto, la D.G.R. n. 27-26318 del 21.12.98 che detta le linee guida per l'individuazione dei distretti e dei dipartimenti, definisce i quadranti quale bacino territoriale sovraziendale di riferimento e i parametri entro cui organizzare l'assistenza ospedaliera, individua le risorse disponibili per il triennio 1998/00, fissa gli obiettivi delle Aziende sanitarie e ne regola i rapporti con la Regione tramite le intese di programma e i piani di attività.

Nell'ambito della ricerca della qualità e sicurezza delle prestazioni rese nell'ambito del SSN, con D.C.R. 22.02.00 n. 616⁽⁴⁾ sono definiti i requisiti strutturali e tecnologici che obbligatoriamente devono possedere tutti gli erogatori, pubblici e privati; parimenti la nascita di nuove strutture è vincolata al fabbisogno del bacino di utenza interessato dalla D.G.R. n. 32-29522 del 01.03.00⁽¹⁰⁾.

Particolare attenzione è sempre stata posta alla razionalizzazione della rete ospedaliera agendo simultaneamente sui diversi fattori che ne determinano l'evoluzione, quali l'appropriatezza delle prestazioni, ivi comprese le modalità di erogazione, l'organizzazione in rete dell'assistenza, la dipartimentalizzazione dei servizi e delle attività, il controllo della spesa.

In questo ambito si collocano la D.G.R. n. 50-1391 del 20.11.00⁽¹¹⁾ di definizione della rete oncologica regionale, la D.G.R. n. 80-1700 di organizzazione aziendale, le DD.G.R. n. 27-1912 del 07.01.01⁽¹²⁾ e n. 58-2754 del 09.04.01⁽¹³⁾ di definizione dei budget di distretto, monitoraggio delle spese, appropriatezza delle prestazioni, nonché la D.G.R. n. 11-4878 del 21.12.01⁽¹⁴⁾ sulla degenza media e il tasso di utilizzo dei posti letto richiesto alle Aziende sanitarie.

I provvedimenti sopra citati sono poi stati periodicamente aggiornati in sede di riparto fondi e verifica sull'andamento dei costi e sul rispetto dell'osservanza dei LEA in base ai monitoraggi trimestrali delle attività .

Con DD.G.R. n. 58-9 del 03.04.06, n. 59-2531 del 03.04.06⁽¹⁵⁾ e n. 60-2532 del 03.04.06⁽¹⁶⁾ sono state approvate, e proposte al Consiglio regionale, le nuove norme di riordino del Servizio sanitario regionale, accorpamento delle Aziende sanitarie, Piano socio sanitario cui a tutt'oggi la regione assume come riferimento per ogni attività di programmazione.

In questo ultimo ambito si citano, a livello di esempio, la D.G.R. n. 34-3555 del 02.08.06⁽¹⁷⁾ di riordino del sistema informativo regionale, la D.G.R. n. 71-5059 del 28.12.06⁽¹⁸⁾ sulle modalità di organizzazione dei day surgery e day hospital diagnostico, la D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.07⁽¹⁹⁾ sui tempi di attesa, la D.G.R. n. 10-5605 del 02.04.07⁽²⁰⁾ di riorganizzazione della rete riabilitativa, la D.G.R. n. 5-5900 del 21.05.07⁽²¹⁾ di approvazione del nuovo Piano Sangue e Plasma Regionale, nonché le svariate deliberazioni relative ai piani di riordino e riequilibrio economico finanziario.

Per quanto concerne la specifica materia di investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie di particolare rilievo assumono:

- ~ la Legge regionale 24/2000⁽⁶⁾ con la quale è stato avviato alla realizzazione del nuovo ospedale di Alba-Bra e di Borgosesia;
- ~ la Legge regionale 25/2000⁽⁷⁾ con la quale sono state stanziati ulteriori risorse per la realizzazione del nuovo ospedale di Alba-Bra;
- ~ la Legge regionale 2/2003⁽⁵⁾ con la quale sono state stanziati ulteriori risorse per il nuovo ospedale di Alba-Bra, nonché attivate risorse per la realizzazione del nuovo ospedale di Novara, per Molinette 2 e per il nuovo ospedale del Canavese;
- ~ la Legge 24.12.03 n. 350 (finanziaria dello Stato 2004) art. 3 c. 127 con la quale vengono impegnate risorse pari a €5.500.000 annui per 15 anni a decorrere dal 2005 "funzionali alla realizzazione del Parco della Salute e delle nuove Molinette di Torino" a cui si aggiungono altre risorse pari a €3.000.000 con la L. 30.12.04 n. 311 (finanziaria dello Stato 2005) art. 1 c. 458;

Oltre alle suddette, si segnalano le varie leggi di bilancio regionale che annualmente stanziavano risorse dell'ordine di circa 50 milioni di euro finalizzate all'ammodernamento tecnologico e all'adeguamento strutturale dei presidi esistenti.

Quanto ad ora descritto si chiude con una produzione normativa, in particolare dal 2006, che ha inciso sull'assetto strutturale e organizzativo del sistema sanitario con l'obiettivo di:

1. razionalizzare ulteriormente la rete ospedaliera mediante l'utilizzo delle reti quale modello ordinario per l'erogazione delle prestazioni con conseguente concentrazione delle attività di maggiore complessità tecnologica;
2. sviluppo dell'assistenza territoriale, anche mediante la realizzazione delle Case della Salute, con particolare attenzione alla correttezza dei percorsi di diagnosi e cura cui devono partecipare tutti gli operatori, sanitari e socio assistenziali, a vario titolo coinvolti, dipartimento cure primarie.

f) *Sintesi delle coerenze esterne*

Tra i diversi programmi strategici che la Regione ritiene di perseguire, un particolare rilievo riveste il perseguimento degli obiettivi strategici che, nel campo della sostenibilità e di una gestione più razionale delle risorse energetiche, dovrà conseguire, peraltro in armonia con la strategia europea recentemente delineatasi in sede comunitaria, appare in tutta la sua gravosità. Nella trasposizione in chiave regionale degli obiettivi comunitari al 2020, il risultato di ridurre gli sprechi di energia mediante un incremento dell'efficienza energetica negli usi finali pari al 20%, di ridurre del pari le emissioni di CO2 rispetto ai valori del 1990, nonché di incrementare del 20% il concorso della produzione di energia da fonti rinnovabili al soddisfacimento del fabbisogno energetico, non costituisce che una prima tappa nel contesto di un più ambizioso processo di affrancamento del sistema-Piemonte dalle fonti energetiche fossili. Un processo, quest'ultimo, teso a coniugare in una difficile equazione l'esigenza di disporre di fonti energetiche affidabili ed economicamente sostenibili con quella di lotta agli inquinamenti e di tutela delle risorse naturali.

Si evidenzia da un lato la dipendenza della Regione Piemonte dall'importazione delle fonti di energia e dall'altro la fragilità strutturale che è andata aggravandosi negli anni e che trae origine dalle difficoltà realizzative che oggi contraddistinguono le infrastrutture energetiche.

Il combinato disposto delle criticità menzionate unitamente agli obiettivi strategici di cui sopra rendono oltremodo indispensabile per il Piemonte coordinare la propria azione verso obiettivi comuni di politica energetico-ambientale, che siano frutto di uno sforzo di ricerca di posizioni unitarie e condivise nell'ambito dei singoli settori d'intervento regionale.

La centralità della *questione energetica*, anche nella sua valenza ambientale, ribadita da tutti gli strumenti di pianificazione strategica a partire dal Documento di Programmazione Strategico Operativa, per giungere al DPEFR 2007-2009 e al Piano di Sviluppo Rurale, e al tempo stesso la sua *trasversalità* rispetto alle diverse politiche di settore, nell'intento di conseguire una gestione più razionale dell'energia, un maggiore sviluppo delle fonti rinnovabili e la decisa affermazione di una strategia di crescita sostenibile e durevole tesa alla riduzione degli inquinamenti, rendono improrogabile anche l'adozione di misure organizzative volte ad incrementare l'efficacia dell'azione regionale.

Al fine di conseguire gli obiettivi in campo energetico-ambientale in maniera coordinata rispetto al quadro complessivo delle azioni da intraprendere è stato recentemente costituito un apposito Tavolo tecnico interdirezionale, per assumere il ruolo di Conferenza delle Direzioni Regionali, l'organismo tecnico di confronto interno deputato ad armonizzare le diverse politiche di settore rispetto agli obiettivi ed indirizzi di sviluppo energetico-ambientale, nonché a diffondere le conoscenze e l'informazione sui risultati conseguiti.

Inoltre per quanto concerne l'ambito sanitario gli insediamenti/riconversione sul territorio regionale di nuove linee di produzione di sistemi e componenti dedicati all'efficienza energetica, allo sfruttamento di energie rinnovabili, nonché a tecnologie innovative in campo energetico comporta:

- sviluppo e radicamento sul territorio regionale di piattaforme tecnologiche e delle filiere produttive relative alle fonti rinnovabili, alle tecniche e ai materiali per l'edilizia bioclimatica;
- sviluppo delle attività di ricerca, progettazione e design per la produzione di nuovi impianti e componenti per lo sfruttamento delle fonti rinnovabili e la diffusione degli investimenti di efficienza energetica;
- sviluppo e radicamento sul territorio regionale di piattaforme tecnologiche e delle filiere produttive relative alle fonti rinnovabili, alle tecniche e ai materiali per l'edilizia bioclimatica;

La programmazione energetica in ambito sanitario è stata coordinata da una attenta normativa a livello nazionale e regionale, tale da cercare di migliorare il modo di costruire e di abitare gli spazi sanitari. Di seguito si ripercorrono alcuni fra più importanti dispositivi legislativi che pongono particolare attenzione al risparmio energetico:

- **D.C.R. n. 131 – 23049 del 19.06.2007⁽¹⁾**. La delibera in oggetto ha approvato il quadro programmatico degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Cita quanto segue: *"Gli interventi di ampliamento ed adeguamento delle strutture esistenti e le strutture di nuova concezione e realizzazione dovranno essere coerenti con i criteri di contenimento e razionalizzazione dei consumi energetici e prevedere l'utilizzo di principi progettuali e realizzativi, nonché l'adozione di tecnologie energetiche orientate alla sostenibilità e al risparmio. Tali azioni saranno sostenute da risorse specifiche delle politiche energetiche, nonché da altri fondi attualmente in corso di definizione in collaborazione con le fondazioni bancarie. [.....]. Le risorse sopra esplicitate dovranno comunque essere opportunamente integrate con ulteriori fondi, sia nazionali che regionali, non necessariamente provenienti da capitoli inerenti la sanità ma specificatamente destinate al perseguimento degli obiettivi coerenti con il risparmio energetico e con il rinnovo delle dotazioni impiantistiche a questo dedicate."*
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010⁽²²⁾** che individua nel risparmio energetico un elemento cardine per l'attività del sistema ospedaliero regionale. Al paragrafo 1.7 si legge: *"La riduzione dei costi energetici può essere ottenuta intervenendo a diversi livelli e con diverse modalità. Il piano per il risparmio, la riduzione delle emissioni e la sicurezza che si propone in sede di Piano prevede:*
 1. *la conoscenza del patrimonio edilizio e la diagnosi energetica dello stato attuale dei presidi e il primo check degli interventi migliorativi;*
 2. *lo schema di finanziamento degli interventi;*
 3. *interventi che non comportano modifiche agli impianti e sull'involucro edilizio, ma solo azioni di razionalizzazione della conduzione e della regolazione degli impianti;*
 4. *interventi finalizzati all'eliminazione dei grandi sprechi relativi agli involucri edilizi;*
 5. *interventi a larga scala sulle dotazioni impiantistiche e sui sistemi di produzione dell'energia che comportano il ricorso a tecnologie innovative e fonti rinnovabili."*

Il Piano prevede che i risparmi ottenibili siano sensibili e dell'ordine del 20%.

Esperienze di TPF nella gestione energetica della Sanità. Un'attenta predisposizione degli schemi di contratto per le forniture energetiche può giovare delle novità introdotte dalla liberalizzazione del mercato dell'energia e produrre notevoli risparmi

in termini sia economici che energetici. Nel quadro delle iniziative condotte dal Dipartimento Energia e Ambiente della Regione Piemonte per promuovere il TPF (*Third Party Financing*) in Italia, è stata dedicata un'attenzione particolare alla fase di sviluppo dei contratti. Già dieci anni fa (l'11 maggio 1998), la Regione Piemonte ha approvato un contratto-tipo, che ha poi trovato applicazione nel 2000 in un capitolato speciale di appalto nel Distretto Ospedaliero comprendente i tre ospedali di Verbania, Omegna e Domodossola (750 letti, più pazienti esterni e altri ambulatori). I servizi richiesti sono la realizzazione di interventi tecnologici e gestionali aventi lo scopo di migliorare l'efficienza totale media e l'impianto di distribuzione, la generazione elettrica e la gestione dei servizi di illuminazione. Lo scopo principale è ottenere un miglior comfort, maggiori risparmi economici ed energetici attraverso l'uso di tecnologie avanzate.

Il distretto sanitario locale ha ottenuto altri risultati generali dal punto di vista amministrativo, tecnico, economico e finanziario, quali: una semplificazione amministrativa con l'emissione di un unico bando di gara che copre un grande numero di servizi, l'utilizzo di stanziamenti di budget per le spese correnti la cui copertura finanziaria è generalmente assicurata, il superamento della debolezza dell'Amministrazione nella progettazione e nella gestione nel settore energetico, il trasferimento di rischi tecnici al contraente, risparmi energetici immediati senza spese di capitale aggiuntive, l'ottenimento della proprietà del nuovo impianto alla fine del periodo contrattuale.

L'approccio contrattuale TPF può contribuire a rimuovere le tradizionali difficoltà nelle iniziative riguardanti l'uso razionale dell'energia nel settore pubblico, e in particolare in strutture "energivore" come quelle sanitarie.

I riferimenti programmatici esterni – POR. I programmi regionali sulla sanità nell'ambito dell'energia sono coerenti con le linee principali del POR (Programma Operativo Regionale) 2007-2013, cofinanziato con fondi FESR (Fondo Europeo Strategico Regionale).

In base al quadro strategico individuato, il Programma FESR 2007-2013 fissa 4 obiettivi specifici che identificano gli ambiti prioritari su cui si concentra l'azione di sostegno del FESR. In particolare l'obiettivo 2 è così espresso:

Promuovere l'eco-sostenibilità di lungo termine della crescita economica perseguendo una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse naturali

L'obiettivo mira a favorire la sostenibilità del modello di sviluppo regionale attraverso il rafforzamento dell'offerta e del consumo di energie rinnovabili, la riduzione dell'impatto ambientale dei sistemi produttivi attraverso l'aumento dell'efficienza energetica.

Lungo questo obiettivo il POR individua un asse strategico che viene così dettagliato:

ASSE II – SOSTENIBILITÀ ED EFFICIENZA ENERGETICA		
Obiettivo specifico	Obiettivi operativi	Attività
Promozione dell'eco-sostenibilità di lungo termine della crescita economica perseguendo una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse	II.1 Ridurre l'uso intensivo delle fonti energetiche tradizionali attraverso l'incremento della produzione energetica da fonti rinnovabili e promuovere l'efficienza ed il risparmio energetico nella produzione e consumo di energia	<i>II.1.1 Produzione di energie rinnovabili</i> Interventi finalizzati a rafforzare la filiera produttiva delle energie rinnovabili attraverso il sostegno ad investimenti in strutture che producono energia derivante da fonti rinnovabili.
		<i>II.1.2 Beni strumentali per l'energia rinnovabile e l'efficienza energetica</i> Sostenere il rafforzamento delle PMI nella produzione di sistemi, beni strumentali e tecnologie innovative per la produzione di energia rinnovabile il risparmio e l'efficienza energetica negli usi finali e nell'edilizia
		<i>II.1.3 Efficienza energetica</i> Sostenere le PMI e le istituzioni nei processi volti a migliorare i sistemi di risparmio energetico attraverso l'utilizzo efficiente delle risorse energetiche tradizionali, l'adozione di sistemi di razionalizzazione del consumo e di minimizzazione delle emissioni inquinanti.

L'attività II.1.1, applicata all'ambito sanitario, è in linea con l'applicazione su larga scala alle strutture ospedaliere di tecnologie di produzione energetica, basate sull'utilizzo di fonti rinnovabili, applicazione che potrebbe costituire un motore per il lancio di una filiera di produzione e per il rafforzamento di know-how locale.

L'attività II.1.3, che è rivolta a “[...] istituzioni pubbliche in base a precise necessità di efficienza nel consumo di energia e “grandi consumatori pubblici” (Ospedali, università, strutture per mense, impianti sportivi, etc..) [...]” (POR-FESR 20007-2013, p.76) è interamente recepita nella programmazione sanitaria espressa nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 al paragrafo 1.7.

Un chiaro riscontro operativo in merito a quanto precedentemente esposto, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi elencati è la realizzazione di una struttura destinata agli ambulatori libero-professionali dall'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo. La struttura è stata progettata secondo criteri tipici dell'architettura bioclimatica, volti al risparmio energetico ed adottando le più recenti soluzioni impiantistiche di utilizzo delle fonti rinnovabili, a loro volta inserite ed integrate con l'involucro edilizio. Alcune delle strategie adottate, di seguito elencate, fanno riferimento al raffrescamento e riscaldamento passivo grazie ad un tema di ventilazione naturale, sfruttando l'effetto camino che si crea grazie alla presenza del “cavedio di luce” vetrato posto in posizione baricentrica, ottenendo contestualmente ad una intensa illuminazione anche in spazi più lontani. Sono presenti pannelli fotovoltaici, collettori solari, un sistema di raccolta e recupero di acque piovane, caldaie a condensazione, pannelli radianti per il riscaldamento dell'edificio, impianti di ventilazione a travi fredde e un adeguato isolamento dell'impianto termico dell'involucro edilizio.

Analogo riscontro rispetto alle politiche di risparmio energetico, può trovare un valido esempio la realizzazione del nuovo ospedale di Alba Bra.

g) Sintesi del contesto comunitario e nazionale

Il presente documento non può prescindere dalle indicazioni contenute nella legislazione comunitaria, nazionale e regionale, dagli accordi e intese tra lo Stato e le Regioni, dagli atti attuativi e dal complesso della programmazione regionale.

Contesto comunitario

La Regione Piemonte con l'approvazione del documento strategico preliminare regionale - DSR. (D.C.R. n. 26 – 31183 del 11 ottobre 2005) finalizzato alla Programmazione dei fondi strutturali 2007/2013 di cui all'Accordo Conferenza Unificata 3 febbraio 2005 - Fase 1 Linee - guida per l'elaborazione del quadro strategico nazionale per la politica di coesione 2007 – 2013", intende consolidare le strategie finalizzate a garantire la coerenza degli interventi relativi ai fondi strutturali, con le politiche e gli strumenti di programmazione regionale, nazionale e comunitaria.

Si è cercato, quindi di indicare il programma per la nuova legislatura regionale, illustrato dal Presidente il 16 maggio 2005 al Consiglio Regionale, si basa sull'adozione dei principi di Lisbona e Goteborg (a), insiste sulla fisionomia policentrica del Piemonte e sulla conseguente necessità di valorizzare le differenti identità e vocazioni dei territori, anche con riferimento alle loro capacità di relazionarsi con le regioni limitrofe italiane e nel più vasto contesto europeo (b), infine si propone di rafforzare la capacità istituzionale dell'ente in direzione di un sistema di *governance* regionale orientato alla soluzione dei problemi e all'ottenimento dei risultati (c).

Per il raggiungimento degli obiettivi sanciti nelle conferenze di Lisbona e di Goteborg si prevedono:

- a) politiche integrate sulla ricerca e l'innovazione: trasferimento di conoscenze da università a imprese e enti locali al fine di mettere a frutto le competenze del mondo scientifico e culturale per la valorizzazione dei territori; (CITTA' DELLA SALUTE);
- b) politiche di coesione sociale: integrazione tra i problemi della sicurezza, dell'accoglienza, della formazione, del lavoro e dell'occupazione, dell'assistenza, del benessere e della salute per combattere l'esclusione sociale; RSA, CENTRI DI ASSISTENZA, CENTRI DI AIDS.....;
- c) politiche di difesa dell'ambiente e del territorio: promozione delle identità storiche, del paesaggio, della cultura, dei servizi e dell'accessibilità, sviluppo organico delle aree naturali. (RISPARMIO ENERGETICO);

Il governo regionale intende integrare le differenti politiche in modo da coniugare competitività e coesione sociale, in funzione delle differenti vocazioni e dello specifico contesto socio-economico, ambientale e culturale dei sistemi territoriali sub-regionali.

Con l'intento di garantire una convergenza programmatica tra politica comunitaria e politica regionale e nazionale, riconducibile agli assi strategici dell'innovazione, della qualificazione della popolazione, della forza lavoro e dello sviluppo territoriale sostenibile, si evidenzia l'accordo di programma quadro sulla ricerca scientifica applicata per il sostegno a progetti di ricerca pluriennali, presentati da enti pubblici di ricerca e aziende ospedaliere, che ha fatto emergere la qualità dei ricercatori, le reti internazionali esistenti e le grandi potenzialità della ricerca scientifica in Piemonte, soprattutto in campo sanitario e nella prevenzione della salute pubblica in senso lato.

La coerenza tra le linee guida che indirizzano i fondi strutturali e gli obiettivi strategici si esplicita nell'analisi dei continui e frenetici cambiamenti dell'economia, dei sistemi produttivi e dei modelli sociali che hanno generato un mutamento profondo non solo negli stili di vita ma anche nella percezione dei bisogni. Infatti, in questo panorama la

prevenzione sanitaria sia primaria sia secondaria, come contemplato nel piano sanitario ha assunto un'importanza fondamentale sia in termini di risorse strumentali impiegate che di tecnologie utilizzate. Il sostegno e la promozione della prevenzione e di stili di vita più equilibrati e sostenibili devono, altresì, integrarsi con politiche intersettoriali che sappiano incidere sulla qualità della vita e sulla salute dei cittadini.

Contesto Nazionale

- ~ Art. 117, c. 2 lett. m) della Costituzione che attribuisce allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e comma 3 che individua la tutela della salute quale materia concorrente;
- ~ L. 833/78 relativamente all'istituzione del S.S.N., in riferimento ai principi fondamentali ed ai livelli di prestazioni non modificati da norme successive;
- ~ D.Lgs 502/92 e successive modificazioni quale legge quadro di riferimento da cui mutuare i principi ordinamentali e modelli di riferimento, i livelli di prestazioni, l'accreditamento e la remunerazione, la qualità e la partecipazione, il finanziamento e il personale, ferma restando la cedevolezza delle disposizioni non costituenti principi fondamentali rispetto all'autodisciplina legislativa regionale prevista per le materie concorrenti quale la sanità. In particolare, il D.Lgs 229/99, nel modificare e integrare il D.Lgs 502/92 ha introdotto l'art. 5 bis il quale, al fine di semplificare le procedure per la realizzazione degli interventi ex art. 20 L. 67/88 ha previsto la possibilità di stipula di accordi di programma tra il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze e le Regioni interessate, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;
- ~ D.Lgs 281/97⁽²⁷⁾ che, in attuazione del principio di leale collaborazione fra Stato-Regioni, prevede la stipula di accordi al fine di coordinare le rispettive competenze.

Di conseguenza sono rilevanti ai fini della definizione del contesto normativo nazionale una serie di accordi/intese finalizzati alla garanzia dei livelli di assistenza da rendere compatibili con le disponibilità finanziarie.

In particolare:

- Accordo 3.8.2000 in materia di spesa sanitaria;
- Accordo 22.3.2001 integrativo del precedente;
- Accordo dell'8.8.2001 che ha costituito il vademecum degli impegni reciproci tra Stato e Regioni fino all'intesa del 23 marzo 2005 e che ha determinato, tra gli altri:
 - a) L'emanazione della legge 405/2001 (di conversione del D.L. 347) con la quale è stata data attuazione all'accordo con la modifica degli standards ospedalieri, gli obblighi informativi ed economico finanziari, il governo della farmaceutica, ecc.
 - b) L'emanazione del DPCM 29.11.01 per la definizione dei livelli essenziali di assistenza che, con le poche integrazioni successivamente intervenute, costituisce il quadro di riferimento delle prestazioni e servizi del Sistema Sanitario Nazionale.

In connessione con le suddette disposizioni riguardanti l'individuazione e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sono state emanate a livello nazionale, ulteriori norme al

rispetto delle quali è legato l'accesso ad una quota delle risorse trasferite dallo Stato per il finanziamento dei servizi sanitari regionali.

Trattasi in particolare delle seguenti disposizioni:

- Art. 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448;
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004;
- Articolo 1, commi 98 e 107, della legge 311/2004 in materia di contenimento della spesa del personale realizzabile solo attraverso interventi di rifunzionalizzazione del sistema;
- Articolo 1, commi 173, 174 e 176 della richiamata legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- Articolo 1, comma 274 della legge n. 266/2005, per il quale, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obblighi di finanza pubblica, restano fermi gli obblighi posti a carico delle Regioni, nel settore sanitario, con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa.

All'art. 4, l'Intesa 23.3.05 sopra richiamata, tratta aspetti rilevanti ai fini della programmazione regionale quali:

- Nuovo standard della rete ospedaliera, fissato in 4,5 posti letto per mille abitanti con abolizione del vincolo di 1 posto letto da destinare a riabilitazione e lungodegenza, mantenimento del tasso di ospedalizzazione entro 180 ricoveri per 1.000 abitanti, contestuale promozione del ricovero in regime diurno (almeno il 20%) e potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero;
- Assicurazione di adeguati programmi di ADI, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera;
- Adozione del piano regionale per la prevenzione e del piano regionale per l'aggiornamento professionale;
- Promozione, sviluppo e implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici;
- Destinazione al potenziamento e ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15%.

Legge 266 del 23 dicembre 2005 (legge finanziaria 2006) la quale ha disposto:

- la destinazione delle risorse residue alla costruzione, alla ristrutturazione e all'adeguamento di presidi con numero di posti letto non inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione;
- la destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione;
- la destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15%;
- la realizzazione degli interventi previsti dal piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

L'ultimo rilevante intervento ai fini della programmazione sanitaria è costituito dal nuovo Patto per la Salute tra i rinnovati governi, nazionale e regionali, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6.10.06 e recepito dalla Legge Finanziaria 2007.

I punti essenziali del Patto, a cui far riferimento ai fini della programmazione sono:

- l'individuazione delle disponibilità finanziarie per il triennio 2007/2009 e le procedure per l'individuazione del fabbisogno;
- la conferma degli adempimenti, dei criteri di verifica e le modalità di copertura dei disavanzi di cui all'intesa del 23.3.05;
- la revisione straordinaria e ordinaria periodica dei LEA, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso, della qualità ed appropriatezza nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- i processi valutativi propedeutici all'introduzione di nuove tecnologie ad alto impatto economico.

Il Patto individua, ancora, le tematiche di particolare rilevanza per il servizio sanitario nazionale ai fini del presente documento:

- attivazione e funzionamento delle grandi tecnologie;
- adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale;
- continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente;
- definizione e diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostico - terapeutici;
- qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, definendo standard di dimensionamento complessivo, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, dimensione e caratteristiche;
- generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio come le UTAP;
- contenimento della spesa per il personale del SSN;
- integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati, ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- accreditamenti delle strutture private già convenzionate;
- promozione della "qualità";
- realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità;
- riferimento al set di indicatori concordato tra i Ministeri della Salute, dell'Economia e le Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA;
- integrazione socio-sanitaria;
- razionalizzazione dei sistemi di gestione delle attività tecnico-amministrative e di supporto, quali la logistica, gli acquisti di beni e servizi, la manutenzione ecc., anche attraverso modalità di esercizio sovraaziendale e di centralizzazione degli acquisti.

1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA

Analisi del contesto

I contenuti del PSSR 2007-2010 e del presente piano poggiano sull'analisi del contesto sviluppata nel rapporto "Lo stato di salute della popolazione in Piemonte" (dicembre 2005).

Gli indirizzi della pianificazione sanitaria

Nel presente paragrafo vengono riportati gli indirizzi del PSSR 2007-2010 utili per la successiva individuazione degli obiettivi del presente piano.

Quadro demografico della Regione

L'analisi ha evidenziato che la popolazione piemontese è più vecchia della media italiana con saldo naturale negativo tra i più sfavorevoli delle regioni d'Italia:

- n. medio componenti famiglia tra i più bassi d'Italia;
- immigrazione da paesi poveri ad alta pressione demografica;
- disomogenea distribuzione della popolazione regionale, condizionata da una maggiore densità nelle aree più urbanizzate di pianura e di collina limitrofe ai capoluoghi di provincia e nelle Langhe, bassa densità abitativa delle zone montane ad eccezione delle Valli di Susa, Chisone ed Ossola, scarsa densità abitativa e riscontrabile nel corridoio Nord- Est di pianura tra Vercelli e Biella

Quadro nosografico della Regione

Il documento programmatico richiama le tendenze evolutive che caratterizzano il comportamento dei principali indicatori di salute in popolazioni occidentali sviluppate: la speranza di vita alla nascita nel 2001 risulta di 76,5 anni nei maschi e 82,6 anni nella femmine, valori sovrapponibili con quelli dei nord Italia; le previsioni danno un aumento nei prossimi 20 anni di 3 - 4 anni concentrati per i sopravvissuti 60 anni; la mortalità nel 2002 per fasce di età è sovrapponibile a quelle delle altre Regioni del Nord-Ovest, con l'eccezione della mortalità infantile che presenta tassi ancora superiori rispetto alle media del Nord e di quella della fascia 15-24;

Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale

La mobilità passiva da parte dei residenti nella Regione Piemonte, dopo un incremento progressivo protrattosi fino al 2001, ha iniziato lentamente a decrescere (nel 2004 il 7,8% dei ricoveri di residenti è avvenuto al di fuori della Regione contro l'8,1% nel 2001), seppur con intensità e trend temporali eterogenei fra quadranti sanitari. Nel quadrante orientale si osservano valori decrescenti di mobilità passiva verso tutte le Regioni, anche se quest'area continua a rimanere caratterizzata da valori molto elevati (13,7%). Il quadrante settentrionale è caratterizzato da valori di mobilità molto elevata (15,6%), con crescente ricorso all'ospedalizzazione nella Regione Lombardia (2.315 ricoveri per 100.000 abitanti nel 2004). Nei rimanenti quadranti (Torino città, Torino Provincia e sud del Piemonte) i valori risultano molto più contenuti (circa il 4%), anche se si osserva una crescente quota di ricoveri nella Regione Lombardia. La mobilità interna alla Regione risulta anche molto marcata, e stabile nel tempo: la quota di ricoveri di residenti che avviene al di fuori del quadrante di residenza oscilla tra il 15% e il 20%. La quota di migrazione fuori regione per motivi oncologici, soprattutto dalle aree di confine con Liguria e Lombardia, è rimasta stabile nel tempo.

Analisi della domanda di prestazioni sanitarie

Si evidenzia che i fattori di bisogno e di offerta influenzino l'uso dei servizi sanitari in

Piemonte. In particolare il livello socioeconomico, utilizzato nello studio come indicatore indiretto di bisogno (oltre all'età), risulta essere un determinante statisticamente significativo sia del ricorso all'ospedalizzazione, che dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'uso di farmaci. La dimensione occupazionale risulta maggiormente coinvolta nella spiegazione della variabilità, poiché si osserva che quote maggiori di disoccupazione sono associate positivamente con l'uso di assistenza specialistica e farmaceutica, mentre eccessi di uso di assistenza ospedaliera e farmaceutica si osservano laddove la percentuale di lavoratori manuali risulta più elevata. I risultati sembrano aprire una pista, che prevede l'utilizzo delle relazioni tra uso, bisogno e offerta di servizi sanitari per costruire meccanismi di finanziamento alle Aziende Sanitarie contenenti principi di equità allocativa. I coefficienti dei modelli, infatti, seguendo le esperienze anglosassoni, possono rappresentare gli elementi costitutivi per la determinazione di un indice di fabbisogno utilizzabile per il calcolo di quote capitarie per livello di assistenza.

Analisi dell'offerta

Per descrivere l'offerta per l'assistenza ospedaliera è stato adottato un approccio multidimensionale mediante il ricorso ad un indicatore composto che tiene conto congiuntamente della capacità di posti letto in relazione alla distanza fra comune di ubicazione e di residenza.

Si è così rilevato che la città di Torino sembra rappresentare l'unico epicentro gravitazionale per l'assistenza ospedaliera regionale, come risultante di concentrazione della quota più elevata di strutture complesse e di distanza media più bassa per l'accesso al ricovero da parte della popolazione regionale.

Per quanto concerne l'assistenza specialistica ambulatoriale si evidenzia un consumo medio procapite di 12 prestazioni; valore che si colloca al di sopra del valore medio nazionale.

L'offerta risulta caratterizzata da una quota elevata di strutture non specialistiche (circa 20%, mentre il 35% erogano prestazioni in 2 discipline) che si distribuiscono in modo frammentario nel territorio regionale.

A Torino si concentra il 20% delle strutture ambulatoriali, che presenta un'offerta più composita; il numero medio di discipline risulta superiore alla media regionale.

Le prestazioni di radioterapia, erogate quasi totalmente in regime ambulatoriale, presentano un utilizzo disomogeneo tra le A.S.L. Regionali, che va per 1000 abitanti dal 1,8 a 3,1 quale variazione del tasso standardizzato.

In particolare, emerge uno svantaggio di circa il 15 - 20% nel ricorso alla radioterapia a parità di bisogno per i residenti nelle A.S.L. prive di servizi.

Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici-terapeutici

In questi ultimi anni una serie di indicazioni regionali e ministeriali, hanno preso in esame e prospettato, indirizzi di comportamento nell'organizzazione delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero. La riduzione di invasività e complessità di molti interventi e lo sviluppo del day-surgery hanno favorito un utilizzo più efficiente delle risorse ospedaliere disponibili, permettendo una certa diminuzione delle attese. Inoltre l'organizzazione e la distribuzione delle attività chirurgiche ha permesso il sostanziale azzeramento dei tempi di

attesa per interventi connessi alle patologie coronariche e una riduzione per quelli oncologici: per quanto riguarda questi ultimi, le liste sono inferiori al mese, anche se esistono ancora alcune problematiche in campo urologico.

Inoltre esistono ancora problemi, in alcuni presidi, per la chirurgia relativa ai tumori colon rettili e della mammella. Problemi più complessi si registrano per gli interventi ortopedici (soprattutto per la chirurgia protesica), urologici (adenoma prostatico) e per alcune prestazioni che fanno riferimento alle Chirurgie generali. Inoltre, anche se non riguardano direttamente le attività di ricovero, vi sono ancora difficoltà a garantire, nei tempi indicati dalle raccomandazioni cliniche e dalle linee guida, l'effettuazione della radioterapia in alcune zone del Piemonte; tale difficoltà può incidere significativamente nell'organizzazione delle cure. Gli interventi di cataratta, che negli anni scorsi trovavano tempi di attesa molto lunghi, sono stati ricondotti ad attese accettabili, anche se vi sono ancora punti con attese superiori ai sei mesi.

2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

La strategia che ha portato all'identificazione degli interventi facenti parte del presente Accordo, deriva anche dall'analisi descrittiva del macrolivello dell'assistenza ospedaliera.

Il riferimento normativo per le valutazioni circa le previsioni di fabbisogno di assistenza ospedaliera è l'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, che fissa tra gli obiettivi da attuare entro il 2007 il contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180‰ abitanti, di cui il 20% in degenza diurna, e il rapporto di posti letto per abitante pari al 4,5 ‰.

I dati piemontesi non pongono la Regione molto distante dai valori di riferimento. Peraltro, se si considerano i tassi grezzi di ospedalizzazione di ogni ASL, si osservano differenze significative. Alcune di queste possono trovare parziale giustificazione in una diversa composizione per classi di età della popolazione, ma altre paiono influenzate piuttosto dalla composizione e all'organizzazione dell'offerta dei servizi.

In prospettiva i valori dei tassi di ospedalizzazione potrebbero ulteriormente abbassarsi per effetto di nuove indicazioni sulle modalità di trattamento alternative al ricovero per alcune patologie e con l'eventuale identificazione delle tipologie di ricovero da ritenersi a rischio di inappropriata (ad esempio con l'aggiornamento dell'elenco dei DRG di cui all'allegato C del D.P.C.M. del 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza").

Le previsioni possibili circa i fabbisogni di attività di ricovero orientano verso una riduzione, sia pur lieve, dei posti letto per la rete ospedaliera, considerando che, da un lato, secondo le proiezioni dell'ISTAT, la popolazione non dovrebbe più aumentare e dall'altro che lo sviluppo delle modalità di cura e il miglioramento dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'uso del ricovero ospedaliero inducono ad un ulteriore abbassamento dei tassi di ospedalizzazione e delle giornate di ricovero. Inoltre, va considerato che, realizzando l'obiettivo di un miglioramento complessivo dell'uso razionale delle risorse ospedaliere e consolidando i buoni risultati di performance già raggiunti in alcune aziende in tutto il territorio regionale, a parità di ricoveri effettuati si determinerà una dotazione di posti letto per la rete regionale sensibilmente più bassa. L'evoluzione dell'attività sanitaria, sia in

termini di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie, sia di miglioramento dell'attività diagnostica e terapeutica, con particolare riferimento alle modificazioni delle tecniche chirurgiche (meno invasive e demolitive) e all'evoluzione dei farmaci, fa ritenere che nei prossimi anni sia possibile prevedere tassi di ospedalizzazione più bassi. Gli standard di posti letto dell'accordo Stato/Regioni saranno pertanto facilmente ridotti, a condizione che anche la medicina territoriale sviluppi appieno le sue potenzialità.

L'insieme di tali valutazioni fa ritenere che la previsione di un minor fabbisogno di posti letto (in particolare per acuti) nei prossimi anni sia ben fondata. Tale tendenza sarà accompagnata da un potenziamento e adeguamento delle cure domiciliari e di quelle in altre strutture residenziali.

Pertanto la progettazione della rete ospedaliera del Piemonte tiene conto di tali tendenze, prevedendo strutture ospedaliere adeguate alle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Inoltre, in linea generale, si delinea uno sviluppo dell'area dei servizi e dell'attività "di giorno" (ambulatoriale e di ricovero diurno) e una riduzione dell'attività di degenza tradizionale.

Esiste peraltro ancora, in quasi tutte le aree funzionali sovrazonali (ex quadranti), uno squilibrio tra attività di acuzie e di postacuzie che va corretto, anche se occorre tener conto del fatto che in Regione ci sono oltre 550 posti letto delle case di cura che sono codificati come acuzie ma che, in effetti, per l'attività svolta e per le modalità di remunerazione, dovranno essere ricondotti almeno in parte a postacuzie (discipline 40 - neuropsichiatria e 68 - pneumologia). La ridistribuzione dei posti letto che il presente Piano prevede per le due tipologie di ricovero tiene conto della popolazione distribuita per fascia di età (considerando che gli anziani usufruiscono maggiormente dei reparti di postacuzie) e della presenza di altre strutture non di ricovero che possono essere di ausilio al trattamento postacuto (hospice, RSA, ospedali di comunità). In tal senso il valore dell'1‰ per le postacuzie sarà ulteriormente ridotto nel tempo in relazione alla proporzionale crescita di forme di assistenza territoriale (domiciliare, semiresidenziale o residenziale quali le RAF, RSA) e attraverso un miglioramento dell'utilizzazione delle dimissioni protette. Pertanto la riorganizzazione della rete ospedaliera rivede, più che il numero complessivo dei posti letto, le dotazioni degli stessi in relazione al possibile riequilibrio tra postacuzie ed acuzie ed a quello territoriale tra aree funzionali sovrazonali e tra le ASL, tenendo conto delle necessità delle diverse discipline.

E' stato quindi disposto, per l'immediato futuro, il blocco dell'istituzione di nuovi posti letto e gli eventuali aumenti per specifiche modificazioni e integrazioni di attività che prevederanno una contemporanea riduzione di altri posti per mantenere il rapporto posti letto/abitanti nei limiti del 4.5 ‰ e con le modalità previste dal P.S.S.R.

La distribuzione dei posti letto nelle aziende sanitarie è prevista in relazione ai fabbisogni della popolazione, ipotizzando la trasformazione di una parte dell'attività più tradizionale di ricovero in altre forme di assistenza meno rigide e più attente alla necessità di ridurre al massimo la separazione dagli ambiti familiari e sociali di riferimento. A partire dall'obiettivo "eccellenza diffusa e alte specializzazioni in rete" (in cui "eccellenza" significa il pieno possesso dei requisiti di qualità prefissati) è stato disegnato un modello di rete ospedaliera che coniuga i servizi di base indispensabili ai cittadini, con ospedali ad elevato contenuto specialistico e tecnologico.

La nuova organizzazione della rete ospedaliera si ispira ad un modello, già ampiamente sperimentato in altre regioni, con alcune variazioni relative alle specificità locali. Il modello pone come punto di riferimento di un territorio omogeneo (“centrale” dal punto di vista funzionale e non solo geografico), un presidio ospedaliero (o talora più presidi) destinati alla diagnosi e cura di alta specializzazione e complessità per acuti, emergenza intensiva, patologie rare. Tali presidi svolgono le prestazioni di più elevata complessità con i necessari supporti tecnologici, rispondendo ad idonei parametri di qualità. In particolare è stato previsto di costruire alcuni nuovi presidi ospedalieri che costituiscono attività di ricovero già in atto, ma effettuate in strutture che non possono più essere riqualificate per poter garantire i criteri per l’accreditamento istituzionale o per permettere l’adeguamento strutturale e tecnologico, necessari per costruire o mantenere poli di alta complessità clinica (eccellenza).

Oltre alla Conferma del nuovo presidio che si riferisce al progetto “Città della salute” di Torino che dovrà sorgere al confine della città di Torino, nel comune di Grugliasco, e di quello che si riferisce al progetto dell’ASO di Novara, sono stati evidenziati quello di Alessandria (sempre nell’ambito del progetto di completamento della rete di eccellenza che viene concentrata nelle quattro sedi delle Aree Funzionali sovrazonali) quelli di Moncalieri, il nuovo “Maria Vittoria” l’ospedale unico dell’Eporediese, Ospedale della Valle Belbo, Hopital du Piemont di Settimo Torinese, oltre che l’ampliamento delle strutture della città di Torino e della prima cintura per permettere l’avvicinamento delle patologie a media complessità un luogo più prossimi alla cittadinanza e per poter concentrare nelle ASO e nella nuova “Cittadella della Salute” le attività a più alta complessità nelle quali però deve ridursi a regime l’attività di ricovero di peso minore. E’ stata, inoltre, prevista l’apertura delle strutture di riabilitazione di alto livello (Unità spinale e riabilitazione di terzo livello) al C.T.O. di Torino e nel presidio Borsalino di Alessandria.

Essi sono bacini di utenza di livello regionale e nazionale (in prospettiva, anche internazionale). Anche tramite sistemi di Information & Communication Technology (ICT), questi presidi svolgono inoltre funzioni di supporto di altre strutture operanti nel territorio omogeneo quali ospedali con minore complessità operativa, come i nuovi presidi di Valle Belbo e Venaria, strutture di lungodegenza, RSA, fino al domicilio dei pazienti. I casi di emergenza e/o di complessità diagnostica e terapeutica particolarmente elevata fanno riferimento al presidio ospedaliero di riferimento centrale, o tramite i sistemi di monitoraggio informatico oppure con il trasporto assistito.

Con il supporto di una rete informatica, il sistema può garantire ai cittadini il miglior livello di cure distribuito, secondo la gravità e/o la rarità della patologia, permettendo nel contempo un confortevole livello di assistenza nelle migliori condizioni di facilità di accesso.

All’interno del sistema così configurato viene riorganizzata la rete dell’emergenza ospedaliera, stabilendo una gerarchia di afferenza fra i DEA di secondo livello e i DEA di primo livello e gli altri punti di pronto e primo soccorso, vedi l’ospedale San Luigi di Orbassano. Sarà successivamente stabilito quale sia il grado di risposta che i presidi devono garantire in caso di emergenza, secondo la necessaria graduazione che deve essere dichiarata e garantita e posta chiaramente a conoscenza dei cittadini.

Analogamente andranno riorganizzate secondo modelli di integrazione in rete le principali attività specialistiche sulla base delle indicazioni dell’attuale piano Sanitario regionale, in particolare quelle di elevata complessità e specializzazione compresa l’offerta

di interventi di medicina iperbarica. In riferimento a quest'ultima tipologia, è in corso di realizzazione un nuovo centro presso la struttura ospedaliera denominata C.T.O.

Le modalità di riorganizzazione della rete ospedaliera comportano una conseguente rivisitazione dell'attuale strutturazione ed organizzazione dei servizi diagnostici. In particolare la futura articolazione dei servizi diagnostici a medio e lungo termine, dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

- 1.** Ubicazione e funzione che corrisponda alle prevalenti necessità di trattamento dell'acuzie e/o della casistica complessa osservata in ambiente ospedaliero. Questo dovrà comportare una contemporanea revisione e riorganizzazione dell'offerta di natura ambulatoriale sul territorio, sia erogata da strutture pubbliche sia da strutture private accreditate. A tal proposito si rimanda alla tabella allegata relativa agli obiettivi specifici denominata: Poliambulatori e Case della Salute 1.1;
- 2.** Ragionevole riferimento ad un bacino di utenza che abbia caratteristiche congrue in termini di rapporto domanda/offerta (ad esempio numero di abitanti/servizio), in termini di quantità e complessità della casistica esaminata, problema nodale per svolgere politiche di appropriatezza e qualità delle prestazioni;
- 3.** Indicazioni scientifiche internazionali e recenti disposizioni di legge suggeriscono forti concentrazioni delle attività, soprattutto per quanto concerne la medicina di laboratorio, limitando l'attività "classica" ospedaliera alle effettive urgenze e ad esami a componente fortemente specialistica. A tal proposito si richiama gli interventi relativi alla ristrutturazione dei laboratori della banca del sangue dell'ospedale san Giovanni Battista e Regina Margherita di Torino;
- 4.** Trend internazionale ad adottare, nella diagnostica per immagini, soluzioni tipo PACS (Picture Archiving and Communicating Systems) che si sostanzia in: introduzione di immagini digitali con conseguente residualità della classica lastra radiografica (sistema filmless), archiviazione elettronica delle immagini con possibilità di recupero della "storia radiologica" di un paziente, incremento della possibilità di trasmissione a distanza. Anche in questo caso si rimanda alla tabella di cui all'obiettivo 3.2

Nello specifico, per la diagnostica per immagini, sono da tenere in considerazione anche i seguenti aspetti:

- a)** forte sostegno alle azioni che migliorano l'appropriatezza, utilizzando l'unico strumento legislativo attualmente disponibile, e cioè le linee guida nazionali, frutto di accordo della conferenza permanente Stato-regioni, pubblicate sulla Gazzetta ufficiale il 2 maggio 2005;
- b)** le prospettive offerte dalla teleradiologia nelle sue diverse forme che la tecnologia consente (teleconsulto e telegestione), devono essere approfondite in un contesto tecnico, anche sulla scorta della documentazione già disponibile, per esplorare le possibilità che può offrire nella direzione di un miglioramento dell'efficienza del sistema.

Alla luce di quanto espresso, dal punto di vista operativo a breve termine, e sul medio-lungo periodo, non si profila la necessità di creazione di nuovi servizi che vadano a sommarsi a quelli già esistenti. La ragione di tale scelta non è prevalentemente o esclusivamente di tipo economico, ma in linea con la necessità di garantire un reale governo clinico del sistema. Infatti, una ulteriore espansione dei servizi potrebbe avere un impatto negativo sulla necessità di garantire da un lato appropriatezza e qualità delle prestazioni per i pazienti e dall'altro una complessità casistica che possa favorire la crescita e la soddisfazione professionale degli operatori.

Il fabbisogno di posti letto nei presidi della rete ospedaliera piemontese è determinato partendo dalla logica di superamento della suddivisione degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline e con un orientamento all'organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni. La struttura del nuovo ospedale che viene così disegnato supera il concetto del reparto tradizionale, inteso come spazio fisico; le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline ma sono disegnate in settori di "aree assistenziali" il più possibile comuni. I processi di diagnosi e cura del malato devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi diagnostici dovranno essere il più possibile centralizzati ed utilizzabili dalle molteplici professionalità, fatte salve le situazioni per le quali specifiche necessità indichino di riservare una particolare risorsa ad una specifica branca specialistica.

Partendo da questi concetti, in linea con la DGR n° 2-944 del 27 settembre 2005⁽²³⁾, all'interno delle aziende sanitarie saranno presenti discipline organizzate come strutture complesse (in quanto il fabbisogno di posti letto previsti supera la soglia minima di efficienza/qualità predefinita) e discipline con dignità di strutture complesse e/o semplici che utilizzeranno posti letto di ricovero in aree assistenziali comuni dipartimentalizzate. In ogni caso va sviluppata sempre più l'interdisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire ai pazienti il massimo delle competenze.

Allo stesso tempo ne consegue che nell'ambito della stessa azienda, salvo quando indicato diversamente, non sono più previste di norma duplicazioni di strutture complesse nella medesima disciplina, ma una organizzazione che prevede l'erogazione delle prestazioni su più presidi, coordinate sempre dalla medesima struttura complessa. Analogamente sono previste alcune discipline con attività sovrazionale su un livello organizzativo di area funzionale sovrazionale regionale, organizzate in modo tale da soddisfare il fabbisogno assistenziale di tutta la popolazione residente nell'area interessata. La revisione della rete, nell'analisi delle singole discipline, ha tenuto conto anche degli aspetti qualitativi, in considerazione di livelli minimi di prestazioni erogate: tale considerazione ha portato in alcuni casi all'accorpamento di discipline tra varie aziende così da garantire il fabbisogno assistenziale.

Nel P.S.S.R. è stato previsto complessivamente un fabbisogno di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti (19.487 pl), di cui il 3,47‰ per acuzie e 1,03‰ per post-acuzie, con una variabilità tra le aree dovuta anche agli effetti della mobilità sanitaria che non è risolvibile nel breve periodo.

Posti letto per area funzionale sovrazionale

	TORINO	NOVARA	CUNEO	ALESSANDRIA	TOT
Posti letto	10.259	3.765	2.566	2.897	19.487
Totale acuzie	7.968	2.805	1.981	2.277	15.031
Totale post - acuzie	2.291	960	585	620	4.456
posti letto per 1.000 abitanti	4,54	4,39	4,50	4,50	4,50
acuzie	3,53	3,27	3,47	3,54	3,47
postacuzie	1,01	1,12	1,03	0,96	1,03

Quindi il rispetto degli indirizzi dell'accordo Stato regioni del 23 marzo 2003 e comporterà per la regione, non tanto una diminuzione dei posti letto che sono già al di sotto

di tale limite complessivo, ma una revisione della composizione della tipologia di attività di ricovero con un potenziamento di quella in postacuzie (in quanto per deficienze di disponibilità nel settore vengono utilizzate in qualche caso strutture per acuzie per ricoveri che sarebbe più corretto gestire in ambito di postacuzie) con una diminuzione di quella in acuzie e un rafforzamento dell'attività di ricovero di media ed elevata complessità per evitare la migrazione dei ricoveri verso altre regioni, in particolare la Lombardia.

L'attività di ricovero diurno ha ancora spazi di aumento ridotti in quanto oggi è superata ampiamente la percentuale di ricoveri in tale regime prevista dall'accordo Stato regioni già citato (20%)

	2004			2005			2006		
	casi	popolazione al 31-12-2003	tasso osp	casi	popolazione al 31-12-2004	tasso osp	casi	popolazione al 31-12-2005	tasso osp
R.O.	501.255	4.270.215	117,38	498.205	4.330.172	115,05	497.461	4.341.733	114,58
D.H.	270.943	4.270.215	63,45	274.618	4.330.172	63,42	282.221	4.341.733	65,00
R.O. + D.H.	772.198	4.270.215	180,83	772.823	4.330.172	178,47	779.682	4.341.733	179,58

Il tasso di ospedalizzazione aggiornato, con l'esclusione dei casi di DRG 391 (nati sani), è già al di sotto dei valori attesi dell'accordo Stato regioni. Come si evidenzia nella tabella il 65 per mille e quindi circa il 36,2% dei ricoveri è condotto in day hospital o day surgery.

Ovviamente questo dato è continuamente monitorato e compito della regione è promuovere l'ulteriore incremento di tali valori già assai significativi.

Come si evince dalla successiva tabella dove sono evidenziati i tassi di ospedalizzazione e relativi casi si può osservare che in alcune aziende dell'A.F.S. 2 (Piemonte orientale) vi è un alto tasso di ospedalizzazione con una percentuale molto alta di casi ricoverati fuori regione. Pur dando per scontato che una parte di mobilità è da considerarsi ineliminabile (di confine) per motivi di accessibilità e di attrazione locale ai servizi sanitari, va anche valutato però che almeno una parte è dovuta alla mancanza di risposta da parte delle strutture ospedaliere al fabbisogno locale.

Tasso di Ospedalizzazione Anno 2006 compreso DRG 391

AFS Residenza	ASL Residenza	Popolazione al 31-12-2004	Tipo Reparto	R.O.		D.H.		R.O. + D.H.		Mobilità Fuori regione			
				Totale Casi	Tasso Osp	Totale Casi	Tasso Osp	Totale Casi	Tasso Osp	R.O.	D.H.	TOT	Tasso di fuga in %
1	101	256.800	acuzie	31.196	121,48	19.825	77,20	51.021	198,680	1.331	384	1.715	3,4
1	101	256.800	postacuzie	2.813	10,95	309	1,20	3.122	12,157	86	15	101	3,2
1	101	256.800	Totale ASL	34.009	132,43	20.134	78,40	54.143	210,837	1.417	399	1.816	3,4
1	102	235.858	acuzie	22.649	96,03	15.472	65,60	38.121	161,627	1.071	320	1.391	3,6
1	102	235.858	postacuzie	1.586	6,72	212	0,90	1.798	7,623	66	9	75	4,2
1	102	235.858	Totale ASL	24.235	102,75	15.684	66,50	39.919	169,250	1.137	329	1.466	3,7
1	103	216.560	acuzie	22.905	105,77	14.313	66,09	37.218	171,860	991	271	1.262	3,4

1	103	216.560	postacuzie	1.835	8,47	231	1,07	2.066	9,540	58	8	66	3,2
1	103	216.560	Totale ASL	24.740	114,24	14.544	67,16	39.284	181,400	1.049	279	1.328	3,4
1	104	193.124	acuzie	20.431	105,79	13.136	68,02	33.567	173,811	803	236	1.039	3,1
1	104	193.124	postacuzie	1.533	7,94	197	1,02	1.730	8,958	51	8	59	3,4
1	104	193.124	Totale ASL	21.964	113,73	13.333	69,04	35.297	182,769	854	244	1.098	3,1
1	105	372.677	acuzie	36.562	98,11	24.705	66,29	61.267	164,397	1.339	435	1.774	2,9
1	105	372.677	postacuzie	2.317	6,22	271	0,73	2.588	6,944	111	14	125	4,8
1	105	372.677	Totale ASL	38.879	104,32	24.976	67,02	63.855	171,341	1.450	449	1.899	3,0
1	106	177.447	acuzie	20.016	112,80	11.201	63,12	31.217	175,923	605	215	820	2,6
1	106	177.447	postacuzie	2.057	11,59	234	1,32	2.291	12,911	42	8	50	2,2
1	106	177.447	Totale ASL	22.073	124,39	11.435	64,44	33.508	188,834	647	223	870	2,6
1	107	193.202	acuzie	18.824	97,43	12.373	64,04	31.197	161,473	820	298	1.118	3,6
1	107	193.202	postacuzie	1.224	6,34	140	0,72	1.364	7,060	83	10	93	6,8
1	107	193.202	Totale ASL	20.048	103,77	12.513	64,77	32.561	168,533	903	308	1.211	3,7
1	108	293.308	acuzie	29.965	102,16	18.627	63,51	48.592	165,669	1.044	340	1.384	2,8
1	108	293.308	postacuzie	1.922	6,55	394	1,34	2.316	7,896	72	14	86	3,7
1	108	293.308	Totale ASL	31.887	108,72	19.021	64,85	50.908	173,565	1.116	354	1.470	2,9
1	109	188.172	acuzie	19.571	104,01	10.219	54,31	29.790	158,313	1.281	446	1.727	5,8
1	109	188.172	postacuzie	1.391	7,39	73	0,39	1.464	7,780	102	8	110	7,5
1	109	188.172	Totale ASL	20.962	111,40	10.292	54,69	31.254	166,093	1.383	454	1.837	5,9
1	110	131.569	acuzie	13.044	99,14	6.680	50,77	19.724	149,914	386	130	516	2,6
1	110	131.569	postacuzie	1.530	11,63	53	0,40	1.583	12,032	32	7	39	2,5
1	110	131.569	Totale ASL	14.574	110,77	6.733	51,17	21.307	161,945	418	137	555	2,6
1	Torino		acuzie	792		170		962		792	170	962	
1	Torino		postacuzie	17		5		22		17	5	22	
1	Torino		Totale ASL	809		175		984		809	175	984	
1		2.258.717	Totale AFS	254.180	112,53	148.840	65,90	403.020	178,429	11.183	3.351	14.534	3,6
2	111	175.397	acuzie	23.227	132,43	9.819	55,98	33.046	188,407	2.421	1.054	3.475	10,5
2	111	175.397	postacuzie	2.016	11,49	63	0,36	2.079	11,853	240	37	277	13,3
2	111	175.397	Totale ASL	25.243	143,92	9.882	56,34	35.125	200,260	2.661	1.091	3.752	10,7
2	112	178.732	acuzie	20.931	117,11	9.077	50,79	30.008	167,894	2.253	946	3.199	10,7
2	112	178.732	postacuzie	1.432	8,01	70	0,39	1.502	8,404	181	23	204	13,6
2	112	178.732	Totale ASL	22.363	125,12	9.147	51,18	31.510	176,297	2.434	969	3.403	10,8
2	113	331.409	acuzie	39.312	118,62	20.623	62,23	59.935	180,849	7.316	3.287	10.603	17,7
2	113	331.409	postacuzie	4.054	12,23	507	1,53	4.561	13,762	426	49	475	10,4
2	113	331.409	Totale ASL	43.366	130,85	21.130	63,76	64.496	194,611	7.742	3.336	11.078	17,2
2	114	172.371	acuzie	21.008	121,88	11.593	67,26	32.601	189,133	3.493	1.692	5.185	15,9
2	114	172.371	postacuzie	2.176	12,62	56	0,32	2.232	12,949	258	25	283	12,7

Tasso di Ospedalizzazione Anno 2006 compreso DRG 391

AFS Residenza	ASL Residenza	Popolazione al 31-12-2004	Tipo Reparto	R.O.		D.H.		R.O. + D.H.		Mobilità Fuori regione			
				Totale Casi	Tasso Osp	Totale Casi	Tasso Osp	Totale Casi	Tasso Osp	R.O.	D.H.	TOT	Tasso di fuga in %
2	114	172.371	Totale ASL	23.184	134,50	11.649	67,58	34.833	202,082	3.751	1.717	5.468	15,7
2		857.909	Totale AFS	114.156	133,06	51.808	60,39	165.964	193,452	16.588	7.113	23.701	14,3
3	115	156.262	acuzie	18.074	115,66	8.573	54,86	26.647	170,528	745	336	1.081	4,1
3	115	156.262	postacuzie	1.929	12,34	39	0,25	1.968	12,594	72	14	86	4,4
3	115	156.262	Totale ASL	20.003	128,01	8.612	55,11	28.615	183,122	817	350	1.167	4,1
3	116	86.592	acuzie	10.913	126,03	5.038	58,18	15.951	184,209	731	520	1.251	7,8
3	116	86.592	postacuzie	564	6,51	22	0,25	586	6,767	63	13	76	13,0
3	116	86.592	Totale ASL	11.477	132,54	5.060	58,43	16.537	190,976	794	533	1.327	8,0
3	117	164.361	acuzie	18.589	113,10	8.468	51,52	27.057	164,619	586	248	834	3,1

3	117	164.361	postacuzie	1.075	6,54	19	0,12	1.094	6,656	47	6	53	4,8
3	117	164.361	Totale ASL	19.664	119,64	8.487	51,64	28.151	171,275	633	254	887	3,2
3	118	162.894	acuzie	16.833	103,34	11.192	68,71	28.025	172,044	645	364	1.009	3,6
3	118	162.894	postacuzie	1.200	7,37	147	0,90	1.347	8,269	59	8	67	5,0
3	118	162.894	Totale ASL	18.033	110,70	11.339	69,61	29.372	180,314	704	372	1.076	3,7
3		570.109	Totale AFS	69.177	121,34	33.498	58,76	102.675	180,097	2.948	1.509	4.457	4,3
4	119	201.415	acuzie	22.657	112,49	13.519	67,12	36.176	179,609	1.456	658	2.114	5,8
4	119	201.415	postacuzie	2.256	11,20	59	0,29	2.315	11,494	216	26	242	10,5
4	119	201.415	Totale ASL	24.913	123,69	13.578	67,41	38.491	191,103	1.672	684	2.356	6,1
4	120	185.595	acuzie	26.237	141,37	12.155	65,49	38.392	206,859	4.189	2.275	6.464	16,8
4	120	185.595	postacuzie	1.772	9,55	115	0,62	1.887	10,167	989	103	1.092	57,9
4	120	185.595	Totale ASL	28.009	150,91	12.270	66,11	40.279	217,026	5.178	2.378	7.556	18,8
4	121	114.578	acuzie	14.080	122,89	8.481	74,02	22.561	196,905	1.531	871	2.402	10,6
4	121	114.578	postacuzie	1.071	9,35	92	0,80	1.163	10,150	289	12	301	25,9
4	121	114.578	Totale ASL	15.151	132,23	8.573	74,82	23.724	207,055	1.820	883	2.703	11,4
4	122	141.936	acuzie	17.445	122,91	10.541	74,27	27.986	197,173	2.909	2.275	5.184	18,5
4	122	141.936	postacuzie	1.165	8,21	30	0,21	1.195	8,419	505	27	532	44,5
4	122	141.936	Totale ASL	18.610	131,12	10.571	74,48	29.181	205,593	3.414	2.302	5.716	19,6
4		643.524	Totale AFS	86.683	134,70	44.992	69,92	131.675	204,616	12.084	6.247	18.331	13,9
Non Identif	Non Identif		acuzie	66		25		91		66	25	91	100,0
Non Identif	Non Identif		postacuzie	2				2		2		2	100,0
Non Identif	Non Identif		Totale ASL	68		25		93		68	25	93	100,0
Non Identif			Totale AFS	68		25		93		68	25	93	100,0
TOTALE REGIONE		4.330.259		524.264	121,07	279.163	64,47	803.427	185,538	42.871	18.245	61.116	7,6

I valori complessivi di ospedalizzazione sono anche riportati in sintesi nella tabella seguente.

Tasso di Ospedalizzazione per tipologia di ricovero Anno 2006

AFS Residenza	Tipologia ricovero	R.O.	D.H.	TOTALE
1	acuzie	104,5	65,0	169,4
1	postacuzie	8,1	0,9	9,0
1	Totale AFS	112,5	65,9	178,4
2	acuzie	121,8	59,6	181,4
2	postacuzie	11,3	0,8	12,1
2	Totale AFS	133,1	60,4	193,5
3	acuzie	113,0	58,4	171,3
3	postacuzie	8,4	0,4	8,8
3	Totale AFS	121,3	58,8	180,1
4	acuzie	125,0	69,5	194,4
4	postacuzie	9,7	0,5	10,2
4	Totale AFS	134,7	69,9	204,6
TOTALE REGIONE	acuzie	112,1	63,7	175,8
TOTALE REGIONE	postacuzie	9,0	0,8	9,8
TOTALE REGIONE		121,1	64,5	185,5

Va anche precisato che ormai l'ospedalizzazione complessiva per i ricoveri con DRG LEA medici, che sono quelli a più alto rischio di inappropriatazza, sono ridotti a valori molto bassi e di difficile compressione come si può vedere dalla tabella seguente.

DRG LEA medici (R.O. e D.H.)		
Anno	Casi	Tasso ospedalizzazione
2002	44.960	10,4
2006	30.852	7,1

Complessivamente la quantità di DRG LEA, medici e chirurgici, in regime ordinario è quella che viene riportata di seguito

	2004	2005	2006
Percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG del DPCM 29 nov. 2001 all. 2C sul totale dei ricoveri	36,04%	33,40%	30,26%

Per quanto riguarda in particolare le previsioni per il nuovo ospedale di Novara occorre precisare che la programmazione di posti letto di effettivo ricovero a regime è circa il 10% in meno degli attuali. Tale ipotesi è stata predisposta tenendo conto della possibile ulteriore riduzione della necessità di ricovero nel tempo, ma contemporaneamente della necessità di aumento dei trattamenti di media e alta complessità, lasciando alle strutture territoriali l'attività di postacuzie o di minore peso. In questo calcolo sono stati compresi anche 40 P.I. di libera professione che sono il doppio di quelli oggi presenti per mancanza di spazio.

Il riordino della rete ospedaliera

Nel riordino generale della rete ospedaliera è previsto un potenziamento della rete di postacuzie (circa 300 letti in più rispetto agli attuali) con contemporanea riduzione di quelli di acuzie. Va tenuto presente che in Piemonte vengono considerate come postacuzie circa 300 letti delle case di cura e quindi questo dato rende meno gravoso il compito di attuazione della programmazione regionale, infatti nel PSSR erano previsti circa 600 posti letto in più in postacuzie.

La gran parte di queste carenze si concentra nella zona di Torino e in quella dell'A.F.S. 4 (province di Asti e Alessandria).

Pertanto è necessario che in queste zone vengano previste nuove strutture di ricovero per lungodegenza e riabilitazione. In questo senso vanno le decisioni di aprire la nuova struttura di Settimo Torinese e quella della Valle Belbo. In particolare per la struttura della Valle Belbo è previsto lo sviluppo dell'attività di postacuzie (circa 80 P.L. in prima fase) e attività di ricovero diurno di day surgery. Tale ultima previsione è dovuta alla necessità di ampliare l'offerta per la popolazione locale che non può usufruire in modo corretto di quella dell'Ospedale di Asti che pur non essendo molto distante in termini chilometrici è di difficile accessibilità per buona parte della popolazione in gran parte anziana.

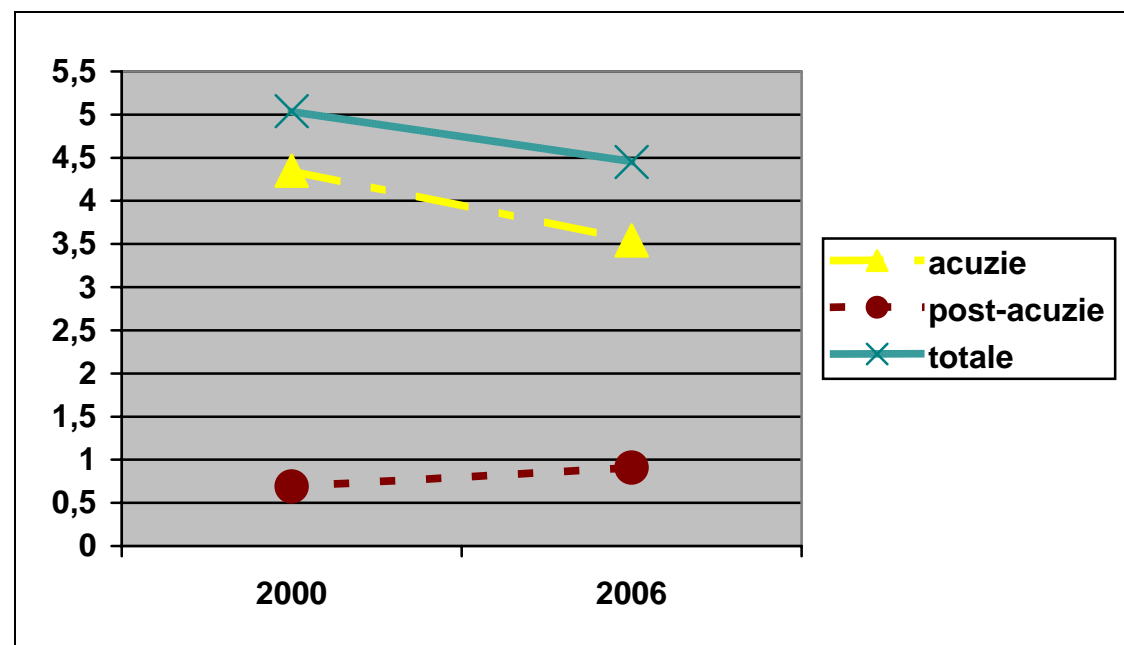
La proposta della costruzione dell'Ospedale della Valle Belbo permetterà la sostituzione totale dell'Ospedale di Canelli (oggi praticamente inattivo) e il trasferimento delle attività di quello di Nizza. Inoltre, con il proseguimento dei lavori, sarà possibile prevedere l'accorpamento in tale sede delle attività ora a carico di una struttura convenzionata, che non potrà proseguire in futuro la propria attività nel presidio oggi utilizzato.

La trasformazione dei posti letto da acuzie a post acuzie è un processo che si è sviluppato nel tempo: infatti l'andamento delle relative dotazioni negli ultimi anni in Piemonte è sintetizzato nelle tabelle seguenti e si caratterizza da una visibile riduzione complessiva del tasso, al di sotto del 4,5 per mille abitanti.

Tassi di posti letto, specifici per tipologia e regime di ricovero – trend anni 2000 e 2006

Tipologia ricovero	Tipo Struttura	2000						2006					
		R.O.		D.H.		Totali		R.O.		D.H.		Totali	
		Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.	Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.	Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.	Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.	Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.	Posti Letto	Posti Letto * 1.000 Ab.
Acuzie	Pubblici	15.646	3,65	1.859	0,43	17.505	4,08	11.332	2,61	1.881	0,43	13.213	3,04
Acuzie	Privati	1.145	0,27	0	0,00	1.145	0,27	1.973	0,45	178	0,04	2.151	0,50
Acuzie	Totale	16.791	3,92	1.859	0,43	18.650	4,35	13.305	3,06	2.059	0,47	15.364	3,54
Postacuzie	Pubblici	1.735	0,40	100	0,02	1.835	0,43	1.861	0,43	118	0,03	1.979	0,46
Postacuzie	Privati	1.133	0,26	0	0,00	1.133	0,26	1.986	0,46			1.986	0,46
Postacuzie	Totale	2.868	0,67	100	0,02	2.968	0,69	3.847	0,89	118	0,03	3.965	0,91
Totale		19.659	4,59	1.959	0,46	21.618	5,04	17.152	3,95	2.177	0,50	19.329	4,45

Tassi di posti letto, specifici per tipologia di ricovero – trend anni 2000 e 2006



Contemporaneamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera sono state intraprese le iniziative necessarie a potenziare l'attività residenziale in particolare per gli anziani ultrasessantacinquenni.

Di seguito sono riportati i dati di attività e le previsioni al 2010

POSTI LETTO PER ANZIANI > 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTI

(si intendono posti letto effettivamente convenzionati e occupati)

Asl	PI Rsa/Raf			Stima 2010 con standard 2 pl/100 anziani	Anziani > 65		Stima 2010 proiezioni Ires Piemonte	PI/100 anziani		
	2005	2006	2007 *		2005	2006		2005	2006	Stima 2010
TO1	1372	1.500	1.318	2.395	118.265	119.770	122.585	1,2	1,3	2
TO2	1443	1.507	1.572	1.879	93.084	93.964	96.172	1,6	1,6	2
TO3	993	1.090	1.200	2.119	103.464	105.970	108.460	1,0	1,0	2
TO4	1255	1.230	1.397	2.373	116.543	118.631	121.419	1,1	1,0	2
TO5	499	547	641	1.123	56.695	56.165	57.485	0,9	1,0	2
VC	616	623	663	877	43.604	43.826	44.856	1,4	1,4	2
BI	564	555	603	869	43.029	43.439	44.460	1,3	1,3	2
NO	753	792	824	1.415	69.967	70.772	72.435	1,1	1,1	2
VCO	373	344	388	790	39.036	39.516	40.445	1,0	0,9	2
CN1	1470	1.531	1.605	1.827	90.350	91.333	93.479	1,6	1,7	2
CN2	478	504	519	734	36.345	36.694	37.556	1,3	1,4	2
AT	754	702	729	988	49.533	49.421	50.582	1,5	1,4	2
AL	1859	1.581	1.451	2.332	116.226	116.578	119.318	1,6	1,4	2
Piemonte	12429	12.506	12.911	19.722	976.141	986.079	1.009.252	1,3	1,3	2

Obiettivi specifici degli interventi dell'A. di P.

Gli obiettivi specifici che si vogliono raggiungere con l'attivazione degli interventi previsti nel presente Accordo possono essere così riassunti:

Qualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura mediante la realizzazione di Case della Salute e poliambulatori;

Realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione;

Realizzazione di una rete di ospedali sul territorio di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture;

Interventi finalizzati all'adeguamento, umanizzazione e accreditamento dei presidi ospedalieri e sanitari esistenti;

Potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa;

fanno parte integrante le tabelle che individuano gli interventi inseriti nel presente Accordo in funzione degli obiettivi sopra indicati (Allegato c).

3.COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI

La Città della salute e della scienza di Novara sperimenterà un modello gestionale ed organizzativo innovativo. Si è costituita il 1 gennaio 2008 l'“Azienda Ospedaliero-Universitaria” che, come previsto dalla Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007⁽²⁴⁾, vedrà una condivisione di decisioni fra l'Azienda Sanitaria Ospedaliera e l'Università degli Studi del Piemonte Orientale sui temi di indirizzo strategico nell'ambito della programmazione socio-sanitaria, ed una gestione unificata del patrimonio e delle risorse umane e strumentali.

La stretta integrazione in dipartimenti condivisi sarà, a breve, solida base perché qualità, innovazione e capacità di risposta assistenziale alle esigenze locali e della rete ospedaliera-sanitaria del Piemonte Orientale possano trovare soluzione positiva.

Con la Città della salute e della scienza, il Piemonte intende realizzare un addensamento composito, un distretto medico rivolto alla cura e all'innovazione, in grado di posizionare il territorio regionale nel contesto internazionale come Polo clinico, di ricerca e di alta formazione.

Il modello della Città della salute e della scienza di Novara prevede la realizzazione del nuovo Ospedale in un contesto allargato, che include una molteplicità di interventi in ambito socio-sanitario, prevalentemente rivolti agli anziani, e un insieme di realizzazioni volte a garantire l'accoglienza di utenti dell'ospedale e familiari (servizi quali albergo e foresteria) e degli studenti della Facoltà di Medicina.

La nuova struttura ospedaliera così concepita rappresenta un servizio sovralocale qualificante per un intero territorio e diviene fattore di polarizzazione per attività di studio e formazione universitaria, ricerca e sperimentazione in campo biomedico. L'obiettivo di fondo è creare qualità ed innovazione in sanità, ricerca e didattica, anche promuovendo e man mano sviluppando capacità di interazione, attraverso un incubatore d'impresa, con il mondo delle applicazioni produttive, in collaborazione con aziende pubbliche e private.

In questo quadro si inserisce l'obiettivo di innalzare la complessità della casistica trattata nell'Ospedale di Novara con i necessari investimenti ed adeguamenti organizzativi e strutturali, anche con il pieno coinvolgimento delle professionalità e delle competenze provenienti dal settore Universitario.

Attualmente il grado di complessità di ricoveri effettuati non è molto dissimile da quello che si osserva negli altri presidi dell'Area. La tabella successiva presenta le percentuali di casistica ad alta complessità secondo il sistema di classificazione APR-DRG trattata nelle strutture pubbliche in regime di ricovero ordinario per le discipline di acuzie. L'obiettivo è quello di un aumento della tecnologia specie nelle discipline ad alta complessità chirurgica e medica per concentrare i ricoveri per pazienti più critici presso il nuovo presidio di Novara in misura vicino al 50% della casistica complessiva riducendo di conseguenza quella degli altri presidi. Tale ipotesi è supportata dai trend presenti negli altri ospedali con componente universitaria come le Molinette di Torino

Percentuale di casi ad alta complessità APR DRG per struttura pubblica erogante dell'AFS 2, - Ricoveri Ordinari, tipologia di ricovero per acuzie - Anno 2006

ASR	Codice	Struttura	Bassa Complessità	Alta Complessità	Totale	% Alta Compl sul Totale
			Casi	Casi	Casi	
111	010009 01	OSPEDALE SANT'ANDREA	6.279	3.833	10.112	37,9%
111	010009 02	OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO	3.671	1.777	5.448	32,6%
112	010085 00	OSP.DEGLI INFERMI DI BIELLA	6.650	5.411	12.061	44,9%
113	010006 01	ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	6.077	3.683	9.760	37,7%
113	010006 02	ISTITUTO S.S. TRINITÀ - ARONA	1.370	622	1.992	31,2%
114	010005 01	OSPEDALE SAN BIAGIO	3.241	2.398	5.639	42,5%
114	010005 02	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	3.661	2.689	6.350	42,3%
905	010905 00	AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE	14.205	8.538	22.743	37,5%
Totale			47.295	31.748	79.043	40,2%

Inoltre l'obiettivo del recupero della mobilità passiva da altre regioni (in particolare la Lombardia) si indirizzerà verso le discipline di chirurgia specialistica (Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Ortopedia e Chirurgia oncologica) e di alta complessità medica (in particolar modo oncoematologia)

Nella tabella seguente sono evidenziati i tassi di fuga extraregionali MDC specifici.

Tasso di fuga extraregionale di residenti nell'Area funzionale sovrazonale 2 (Piemonte Orientale) per ricoveri ordinari, specifico per MDC e tipologia di DRG - Anno 2006

AFS di Residenza	MDC	R.O.			R.O.			R.O.		
		Chir			Med			Totale		
		Strutture di altre regioni	Strutture del Piemonte	tasso di fuga extraregionale	Strutture di altre regioni	Strutture del Piemonte	tasso di fuga extraregionale	Strutture di altre regioni	Strutture del Piemonte	tasso di fuga extraregionale
2	01 sistema nervoso	537	1.531	26,0%	921	5.715	13,9%	1.458	7.246	16,8%
2	02 occhio	478	2.787	14,6%	40	210	16,0%	518	2.997	14,7%
2	03 orecchio, naso e gola	426	1.900	18,3%	176	1.002	14,9%	602	2.902	17,2%
2	04 apparato respiratorio	105	413	20,3%	451	6.137	6,8%	556	6.550	7,8%
2	05 apparato cardiocircolatorio	1.267	5.481	18,8%	912	8.632	9,6%	2.179	14.113	13,4%
2	06 apparato digerente	452	4.175	9,8%	485	3.529	12,1%	937	7.704	10,8%
2	07 epatobiliari e pancreas	161	1.611	9,1%	253	2.676	8,6%	414	4.287	8,8%
2	08 apparato muscoloscheletrico	2.831	10.248	21,6%	904	4.649	16,3%	3.735	14.897	20,0%
2	09 pelle, tessuto sottocutaneo ...	513	1.338	27,7%	118	753	13,5%	631	2.091	23,2%
2	10 endocrini, metabolici e nutrizionali	287	490	36,9%	178	1.583	10,1%	465	2.073	18,3%
2	11 rene e vie urinarie	269	1.666	13,9%	209	2.192	8,7%	478	3.858	11,0%
2	12 apparato produttivo maschile	221	1.273	14,8%	34	211	13,9%	255	1.484	14,7%
2	13 apparato produttivo femminile	543	1.998	21,4%	40	293	12,0%	583	2.291	20,3%
2	14 gravidanza, parto e puerperio	341	2.382	12,5%	642	4.996	11,4%	983	7.378	11,8%
2	15 periodo neonatale				716	6.514	9,9%	716	6.514	9,9%
2	16 sangue, ematopoietici, immunitario	23	86	21,1%	80	789	9,2%	103	875	10,5%
2	17 mieloproliferativi e neoplasie	123	337	26,7%	600	1.759	25,4%	723	2.096	25,6%
2	18 malattie infettive e parassitarie	17	62	21,5%	82	1.040	7,3%	99	1.102	8,2%
2	19 malattie e disturbi mentali	3	19	13,6%	357	2.154	14,2%	360	2.173	14,2%
2	20 uso di alcool e farmaci		1	0,0%	83	237	25,9%	83	238	25,9%
2	21 traumatismi, avvelenamenti	55	204	21,2%	77	624	11,0%	132	828	13,8%
2	22 ustioni	4	13	23,5%	7	48	12,7%	11	61	15,3%
2	23 fattori vari	68	115	37,2%	339	3.499	8,8%	407	3.614	10,1%
2	24 traumi multipli	7	70	9,1%	10	63	13,7%	17	133	11,3%
2	25 infezioni da h.i.v.	2	2	50,0%	37	110	25,2%	39	112	25,8%
2	Non Identif	101		100,0%	3		100,0%	104		100,0%
2	Totale AFS	8.834	38.202	18,8%	7.754	59.415	11,5%	16.588	97.617	14,5%

Un piano di ammodernamento strutturale medio dei presidi regionali è dunque uno dei requisiti essenziali di crescita media della qualità del sistema e uno dei fattori chiave nella relazione con il cittadino/paziente.

L'offerta di servizi sanitari adeguati non può prescindere da un quadro di programmazione razionale e organico che preveda di:

- ✓ organizzare la rete sanitaria sul territorio regionale per livelli di competenza;
- ✓ pianificare le azioni per l'ammodernamento infrastrutturale/tecnologico;
- ✓ migliorare l'umanizzazione dei servizi sotto il profilo della qualità delle strutture, delle relazioni con il cittadino/paziente, dell'efficacia delle prestazioni e della competenza professionale.

Il raggiungimento di tali obiettivi è strettamente connesso ad un rigoroso governo delle risorse finanziarie, ad un uso razionale dei fattori produttivi e ad una forte azione sul fronte della ricerca delle efficienze (sostenibilità e risparmio energetico, contenimento dei costi, ...).

Sul fronte dell'adeguatezza strutturale e tecnologica dei presidi regionali, l'opera di censimento del patrimonio sanitario, condotta dalla Giunta Regionale in collaborazione con l'A.Re.S.S. – Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, ha evidenziato un radicale bisogno di rinnovamento: un piano di ammodernamento strutturale è dunque uno dei requisiti

essenziali per la crescita media della qualità del sistema nonché uno dei fattori chiave nella relazione con il cittadino/paziente.

In particolare, vi sono in Piemonte due insediamenti, l'ASO San Giovanni Battista di Torino e l'ASO di Novara, che richiedono a tempi brevi un radicale rinnovamento strutturale e possono consentire, per le loro caratteristiche, di realizzare un nuovo modello organizzativo in Sanità ed essere l'occasione per la nascita di due "Città della salute e della scienza", come elementi chiave per lo sviluppo di un nuovo distretto medicale regionale.

Si tratta in entrambi i casi di ricollocare in una nuova struttura attività sanitarie di elevata professionalità e complessità organizzativa, attività di didattica e di ricerca proprie delle due Università che hanno sede nei suddetti ospedali, con relativi campus residenziali per studenti e per ricercatori ospiti e strutture per alloggiare pazienti che provengono da località lontane nei momenti pre e post ricovero ed i loro parenti per tutta la durata dei trattamenti.

La concentrazione di queste importanti attività di assistenza, insegnamento e ricerca, il grande bacino di utenza prevedibile e l'esistenza di valide infrastrutture possono costituire la leva per insediamenti ad alto contenuto tecnologico e una spinta agli spin-off per quei settori in cui vi è maggiore competenza in Piemonte: tecnologia e ingegneria applicata alla salute, biogenomica, scienza dei materiali ed informatica.

La realizzazione delle Città della salute e della scienza si traduce nella ridefinizione della rete ospedaliera, con l'obiettivo di dotare il sistema di strutture polivalenti, funzionali e in grado di rispondere sul territorio tanto a necessità di cure primarie quanto ad esigenze di assistenza ad alta specialità.

4.RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

Iniziative per il controllo dell'appropriatezza dell'attività di ricovero.

La Regione Piemonte ha svolto in questi anni una costante attività di monitoraggio dell'attività di ricovero volta alla dissuasione di comportamenti opportunistici tesi a favorire ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, sia attraverso attività di formazione ed informazione, ma anche con azioni mirate attraverso precisi obiettivi assegnati ai Direttori generali e con meccanismi premiali a livello tariffario.

Ciò è ovviamente stato possibile attraverso un monitoraggio costante dei dati di attività con lo studio delle SDO registrate nell'archivio regionale.

Anche nell'attività di controllo della corretta codifica delle SDO sono stati individuate alcune verifiche specifiche sulle cartelle cliniche inerenti attività ad alto rischio di inappropriatazza.

Tali iniziative sono ormai consolidate e saranno ulteriormente precisati nuovi obiettivi inerenti il contenimento dei ricoveri "ad alto rischio di inappropriatazza".

A questo riguardo, anche se le nuove indicazioni in corso di definizione e da determinarsi dagli accordi Stato Regioni inerenti l'applicazione dei criteri di identificazione dei Livelli essenziali di assistenza dovessero ancora tardare, verrà ampliato comunque il numero dei DRG da sottoporre a controllo in analogia con quanto previsto dall'allegato 2C del D.M. del 29 nov. 2001.

E' in corso di predisposizione un provvedimento inerente l'incentivazione alla trasformazione in attività ambulatoriale di alcune tipologie di ricoveri riguardanti gli

interventi chirurgici di cataratta, liberazione del tunnel carpale, safenectomia e altri interventi minori sull'occhio.

Tale provvedimento permetterà la semplificazione della gestione del paziente in ambito ospedaliero e, pur mantenendo inalterata la qualità clinica, potrà permettere la diminuzione dei costi e il "bisogno" di posti letto dedicati in particolare al day surgery.

Nello stesso provvedimento saranno indicati i limiti accettati per i singoli interventi delle diverse tipologie di attività sanitaria (ricovero ordinario, day surgery e ambulatoriale) in base alla letteratura e alle "good practices" conosciute.

Ulteriori iniziative riguardano gli interventi atti ad evitare i cosiddetti "ricoveri prevenibili" agendo in generale in campo preventivo attraverso l'attività territoriale distrettuale e con il coinvolgimento dei medici di base. In particolare, anche a seguito delle indicazioni ministeriali in materia, si sta già operando con iniziative specifiche, soprattutto attraverso l'utilizzazione di comportamenti condivisi tra medici di base e strutture aziendali per la prevenzione dei ricoveri per asma, diabete e scompenso cardiaco, attraverso il monitoraggio dei pazienti a rischio con controlli effettuati sulla base di precisi protocolli. Inoltre per queste patologie è attiva una rete di servizi ospedalieri (rete di diabetologia, di allergologia e di prevenzione delle malattie cardiovascolari) in grado di fornire il necessario supporto agli operatori e ai medici di base.

Tali attività saranno particolarmente sviluppate con la riorganizzazione dell'attività distrettuale in corso di attuazione a seguito dell'approvazione del PSSR 2007-2010⁽²²⁾.

Di seguito sono riportati gli andamenti dei ricoveri dei DRG LEA in ricovero ordinario tra il 2002 e il 2006.

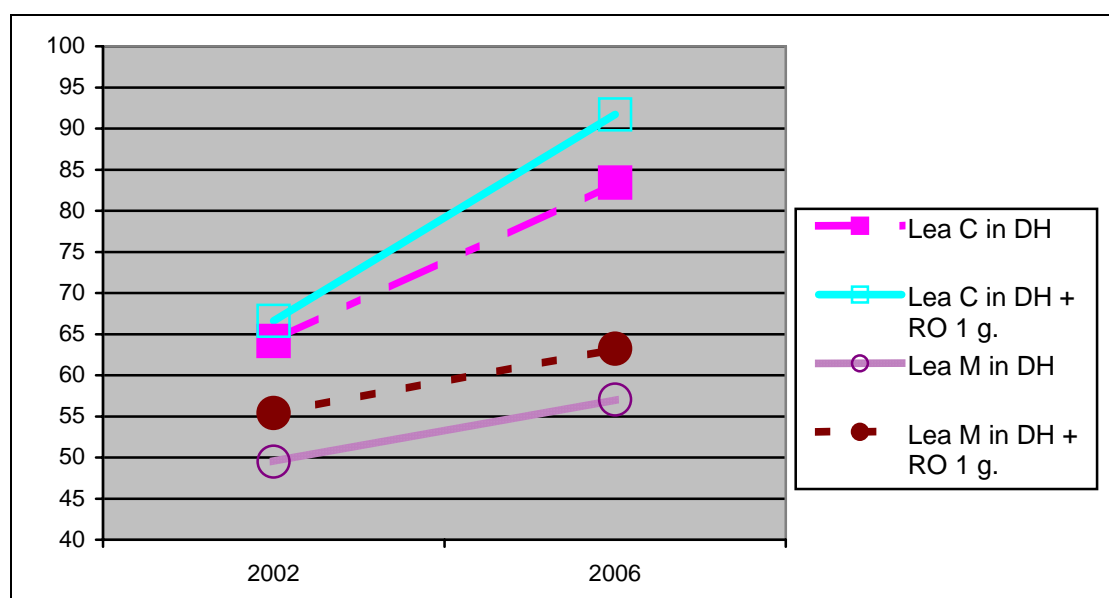
DRG LEA Anni 2002 e 2006

CHIRURGICI

Erogante	% LEA chirurgici in DH sul Totale LEA		% LEA chirurgici in DH+RO di 1 Giorno sul Totale LEA	
	2002	2006	2002	2006
Totale ASR	71,69 %	89,74 %	74,61 %	90,94 %
Totale Regione (inclusi Privati)	64,17 %	83,43 %	66,61 %	91,70 %

MEDICI

ASL di Resid	% LEA medici in DH sul Totale LEA		% LEA medici in DH e RO di 1 Giorno sul Totale LEA	
	LEA Escluse Urgenze		LEA Escluse Urgenze	
	2002	2006	2002	2006
Regione	49,50%	57,03%	55,42%	63,22%



Al fine di monitorare e valutare il programma di investimenti, la Regione intende avvalersi dei seguenti strumenti di sistema di qualificazione edilizia dei presidi ospedalieri.

Il sistema ha come finalità il supporto alle decisioni strategiche in tema di allocazione delle risorse per l'attuazione degli interventi edilizi finalizzati all'accreditamento dei presidi ospedalieri in conformità agli indirizzi per il controllo delle dinamiche evolutive della rete sanitaria regionale.

Il supporto avviene a mezzo della definizione e dell'applicazione di strumenti di analisi che descrivono lo stato attuale dei presidi ospedalieri, che qualificano l'evoluzione corrente del loro assetto fisico e funzionale ed, infine, che permettono di identificare il loro ruolo e la loro rilevanza nell'insieme delle prestazioni globalmente erogate dal sistema delle strutture sanitarie regionali, sia allo stato attuale, sia in uno stato che corrisponda ad un assetto da definire per la ricerca della più adeguata ed efficace corrispondenza fra le esigenze territoriali e le risorse disponibili per la revisione dell'intera rete sanitaria.

Le attività del sistema si articolano di conseguenza nelle due seguenti classi:

Classe A: qualità dei presidi ospedalieri (dal particolare al generale);

Classe B: qualità della rete dei presidi ospedalieri (dal generale al particolare).

Le attività della **classe A** (*qualità dei presidi ospedalieri*) prevedono la definizione e l'applicazione di metodologie di analisi finalizzate alla qualificazione delle seguenti grandezze descrittive dei presidi ospedalieri:

- a. **Qualità strutturale:** adeguatezza dei sistemi edilizi dei presidi ospedalieri ai relativi requisiti tecnologici per l'accreditamento;
- b. **Costi di adeguamento:** ordine di grandezza delle risorse economiche per l'attuazione degli interventi di adeguamento finalizzati al pieno soddisfacimento dei requisiti tecnologici per l'accreditamento. Oltre alla restituzione del costo globale di adeguamento si propone la determinazione dei costi di intervento per ambiti (blocchi

- del presidio) e per tipologie di opere;
- c. **Età convenzionale del presidio ospedaliero:** identificazione della fase della vita operativa nella quale si stanno svolgendo le dinamiche evolutive del presidio ospedaliero (fase di avvio, fase di rodaggio, fase della vita utile, fase di usura, fase di collasso);
 - d. **Valore di sostituzione del presidio ospedaliero:** ordine di grandezza delle risorse economiche per la realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero con caratteristiche funzionali analoghe a quelle dell'oggetto di valutazione, ma in condizioni di piena adeguatezza ai requisiti tecnologici per l'accreditamento;
 - e. **Valore attuale del presidio ospedaliero:** ordine di grandezza del valore di mercato della struttura sanitaria nell'ipotesi della permanenza dell'esercizio sanitario corrente;
 - f. **Costi di manutenzione:** ordine di grandezza delle risorse economiche per la regolare attuazione degli interventi di conservazione della struttura sanitaria, comprese le attività di prevenzione e correzione degli eventi di guasto o dei decadimenti di prestazione dei sistemi tecnologici che la costituiscono;
 - g. **Bilanciamento fra aree funzionali:** verifica del bilanciamento fra i rapporti quantitativi degli spazi destinati alle diverse funzioni del presidio ospedaliero;
 - h. **Sostenibilità insediativa:** numero di posti letto insediabili nella struttura sanitaria in condizioni conformi ai requisiti tecnologici per l'accreditamento;
 - i. **Fattibilità tecnica ed economica degli interventi:** espressione di un giudizio di opportunità di attuazione degli interventi di adeguamento in funzione della loro entità, della loro efficacia ed in previsione del loro impatto sulla densità insediativa dei presidi ospedalieri.

Tutte le caratteristiche elencate possono essere interpretate congiuntamente per la determinazione del **livello di qualità** di ognuno dei presidi ospedalieri della rete originale.

In modo trasversale all'obiettivo principale si perseguono anche le seguenti finalità:

1. **Aggiornamento delle banche dati regionali;**
2. **Condivisione della forma dei supporti di analisi.**

Le attività della **classe B** (*qualità de/la rete dei presidi*) si presentano come un'analisi da condurre ad un livello differente rispetto a quello di riferimento per la determinazione della qualità dei singoli presidi ospedalieri e prevedono la definizione e l'applicazione di metodologie di analisi finalizzate alla qualificazione delle grandezze o all'espressione dei giudizi tecnico-economici sotto riportati:

- a. **Assetti costitutivi e funzionali delle reti ospedaliere:** qualificazione del ruolo e della rilevanza di ciascun presidio ospedaliero nella rete regionale in relazione alla conformità fra le sue dotazioni edilizie, soprattutto riguardo alla sostenibilità e alla potenzialità insediativa, e al carico sanitario territoriale, anche sovraregionale;
- b. **Opportunità di attuazione degli interventi:** distinzione degli interventi opportuni fra quelli fattibili. Il giudizio di fattibilità dipende da criteri tecnici ed economici

applicati ad ogni singola realtà oggetto di analisi, mentre il giudizio di opportunità dipende anche dal ruolo e dalla rilevanza del presidio ospedaliero nella rete regionale;

- c. **Eventuale definizione di interventi alternativi:** nell'ottica della revisione dell'assetto costitutivo e funzionale della rete regionale dei presidi, eventuale proposta di interventi alternativi a quelli classificati come opportuni, soprattutto riguardo alle possibilità di nuove edificazioni di presidi ospedalieri, anche in sostituzione delle strutture esistenti;
- d. **Priorità di attuazione degli interventi:** successione, in ordine temporale di avvio, degli interventi di adeguamento precedentemente classificati come opportuni o alternativi al fine di ottimizzare, nel rispetto delle risorse disponibili, i benefici conseguenti alla revisione degli assetti di rete.

Le metodologie di analisi definite nell'ambito delle attività della classe A e la sintesi dei risultati già ottenuti a seguito della loro applicazione sono stati presentati nelle seguenti occasioni:

- a. Convegno Nazionale "Ospedale, Città e Territorio. Un metabolismo da riequilibrare", Verona (VE), 16-18 Marzo 2006.
- b. Convegno Internazionale "L'Ospedale nel Terzo Millennio", Alba (CN), 17-19 Maggio 2006;
- c. Convegno Nazionale "Innovazione nell'asset management ospedaliero", Sestri Levante (GE), 1 Dicembre 2006.

5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

Gli investimenti nel campo dell'edilizia sanitaria hanno costituito negli ultimi anni una delle principali voci di finanziamento di interventi di programmazione regionale, con una dotazione di investimento di circa 900 milioni di euro con fondi assegnati dallo Stato per programmi finalizzati e di 600 milioni di euro con fondi regionali. Con la definizione del nuovo programma di investimenti approvato dal Consiglio regionale nel giugno del 2007, il fabbisogno complessivo programmato viene stimato in €3,7 miliardi.

Un investimento di tale portata, sia per la complessa articolazione degli interventi, sia per la durata temporale del programma stesso, comporta una articolata attività di monitoraggio e di valutazione degli investimenti in edilizia sanitaria che deve essere coordinata e definita in modo unitario.

Si è pertanto provveduto alla realizzazione di un nuovo sistema informatizzato di gestione dell'iter dei Programmi di investimento, destinato a sostituire le attuali procedure e finalizzato a raffinare i meccanismi di programmazione sanitaria regionale relativa agli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie.

Di seguito si descrivono i principali aspetti e finalità del sistema denominato "EDISAN":

- acquisire, in un archivio centralizzato, una serie di informazioni relative agli interventi edilizi, proposti dalle AA.SS.RR ed ai piani di investimento

- triennali a cui fanno riferimento;
- fornire una serie di elaborati statistici per Regione e AA.SS.RR.;
 - costituire una base dati univoca e utilizzabile per elaborazioni statistiche georeferenziate;
 - costituire la base dati che consentirà la migrazione dei dati stessi nel nuovo sistema informativo sanitario “Osservatorio degli Investimenti in Sanità (Nsis)” così come previsto nell’Accordo sancito dalla Conferenza Stato/Regioni nella seduta del 09 febbraio 2006.

Il sistema di monitoraggio e gestione cosiddetto “Edisan” interagisce in modo funzionale con il sistema di “analisi qualitativa dei presidi ospedalieri” consentendone l’aggiornamento dinamico delle informazioni in esso contenute. E’ inoltre così possibile definire gli eventuali riallineamenti degli investimenti in funzione della loro stato di attuazione e quindi intervenire al fine di ottimizzare l’utilizzo delle risorse che si renderanno man mano disponibili.

Gli allegati 3.g – 4.g – 5.g – 6.g – 7.g risultano esemplificativi quali strumenti che hanno permesso una valutazione ponderata ai fini della programmazione degli investimenti e consentiranno il successivo monitoraggio degli stessi.

BIBLIOGRAFIA

Nota 1

D.C.R. 131-23049 del 19.06.2007 “*Approvazione del Programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l’attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo accordo di programma tra Stato e Regione*”.

Nota 2

Legge Regionale n.19 del 6 agosto 2007 “*Costituzione della Società di committenza Regione Piemonte spa (SCR - Piemonte spa). Soppressione dell’Agenzia regionale delle strade del Piemonte (ARES – Piemonte)*”

Nota 3

Delibera CIPE n.52/1998 “*Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità. Art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, secondo e terzo triennio*”

Nota 4

D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 “*Deliberazione sul D.P.R. del 14/01/1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*”

Nota 5

Legge Regionale n. 2 del 04/03/2003 “*Legge finanziaria per l’anno 2003*”

Nota 6

Legge Regionale n. 24 del 24/03/2000 “*Interventi urgenti di edilizia sanitaria. Articolo 20 della legge 11/03/1998 n. 67*”

Nota 7

Legge Regionale n. 25 del 24/03/2000 “*Impegno finanziario per la realizzazione dell’ospedale di Alba-Bra*”

Nota 8

Legge Regionale n. 18 del 6/08/2007 “*Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale*”

Nota 9

Decreto Legislativo n. 229 del 19/06/1999 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419*”

Nota 10

Delibera Giunta Regionale n. 32-29522 del 01/03/2000 “*Art. 8 ter D.Lgs. 229/99. Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie.*”

Nota 11

Delibera Giunta Regionale n. 50-1391 del 20/11/2000 “*Approvazione del progetto sperimentale di Rete Oncologica Piemontese.*”

Nota 12

Delibera Giunta Regionale n. 27-1912 del 07/11/2001 *“Programmazione sanitaria: determinazioni per la gestione del servizio sanitario regionale nell’anno 2001.”*

Nota 13

Delibera Giunta Regionale n. 58-2754 del 09/04/2001 *“DGR N. 27-1912 del 7 gennaio 2001. Modificazioni e integrazioni all’allegato d) “Misure per la definizione di budget di distretto”.*

Nota 14

Delibera Giunta Regionale n. 11-4878 del 21/12/2001 *“Decreto legge 18 settembre 2001 n. 347 convertito con legge 16 novembre 2001, n. 405 recante: “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. Indirizzi per la razionalizzazione delle attività ed il recupero di efficienza gestionale.”*

Nota 15

Delibera Giunta Regionale n. 59-2531 del 03/04/2006 *“Piano Socio-Sanitario Regionale 2006-2010. Proposta al Consiglio Regionale”*

Nota 16

Delibera Giunta Regionale n. 60-2532 del 03/04/2006 *“Individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali. Proposta al Consiglio Regionale.”*

Nota 17

Delibera Giunta Regionale n. 34-3555 del 02/08/2006 *“Disposizioni organizzative in materia di sistema informativo sanitario in attuazione delle disposizioni previste nella proposta di piano socio sanitario 2006-2010”*

Nota 18

Delibera Giunta Regionale n. 71-5059 del 28/12/2006 *“Modifiche e integrazione linee guida regionali per l’attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca DGR N. 57-3226 dell’11.06.2001”*

Nota 19

Delibera Giunta Regionale n. 37-5180 del 29/01/2007 *“D.G.R. n. 56-3322 del 3 luglio 2006 „Intesa, ai sensi dell’art. 8 comma 6 della L. 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 – Indirizzi applicativi. Modificazioni ed integrazioni.”*

Nota 20

Delibera Giunta Regionale n. 10-5605 del 02/04/2007 *“Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte – Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali.”*

Nota 21

Delibera Giunta Regionale n. 5-5900 del 21/05/2007 *“Approvazione del Piano Sangue e Plasma Regionale. Revoca della D.G.R. n. 31-3428 del 17/07/2006.”*

Nota 22

Piano Socio Sanitario regionale 2007-2010

Nota 23

Delibera Giunta Regionale n. 2-944 del 27/09/2005 *“Iniziative inerenti gli art. 4 e 7 dell’Intesa Stato Regioni del 23.3.2005, in attuazione dell’articolo 1, comma 173, della legge 30.12.2004 n. 311, relativamente alla razionalizzazione della rete ospedaliera ed ai rapporti tra l’ospedale e il territorio.”*

Nota 24

Legge regionale n. 18 del 06/08/2007 *“Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.”*

Nota 25

Delibera Giunta Regionale n. 17-24510 del 06/05/1998 *“Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte.”*

Nota 26

Delibera Giunta Regionale n. 15-7336 del 14/10/2002 *“Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l’applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l’attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998.”*

Nota 27

Decreto Legislativo n. 281 del 28/08/1997 *“Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali”.*