Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VII

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

ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

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

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 24 miliardi di euro;

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

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

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

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

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

VISTA 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, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228;

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 12 aprile 2006, n. 163;

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

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

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

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98 di modifica della delibera CIPE n. 4/2008 di riparto delle risorse finanziarie stanziate dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Veneto € 155.526.921,38

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97 di riparto delle risorse finanziarie stanziate dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Veneto € 205.189.801,72;

VISTO l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002;

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 22 giugno 2000 dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 18 aprile 2001 dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO Accordo di programma integrativo sottoscritto in data 1 settembre 2004 dal Ministero della sanità e dalla Regione Veneto, 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 di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 2 ottobre 2007 dal Ministero della salute e dalla Regione Veneto, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto l'11 dicembre 2009 dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dalla Regione Veneto, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 22 marzo 2012 dal Ministero della salute e dalla Regione Veneto, di concerto con il Ministero dell'economica e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

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

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

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

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

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

VISTE le Delibere di Giunta della Regione Veneto n. 270 del 09 febbraio 2010 e n. 262 del 15 marzo 2011 aventi ad oggetto "Art. 20 L. 67/88 – Delibera CIPE n. 97/2008 del 18/12/2008 (Prosecuzione programma straordinario di investimenti in sanità – Assegnazione finanziaria L. n. 244/07 - esercizio 2008). Investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013: Aggiornamento programma di investimento di cui alle DDGRV 66/05, 3504/08 e Accordo di Programma dell'11/12/2009";

PRESO ATTO che nella programmazione delle risorse contenuta nel documento programmatico complessivo, che fa parte integrante del presente atto, una quota pari al 18,12% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

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

ACQUISITO il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute nella seduta del 27 luglio 2011, sul documento programmatico complessivo;

DATO ATTO dell'addendum al Documento di programma formulato nel gennaio 2013 di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Veneto al fine di definire gli interventi ritenuti prioritari da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data 7 febbraio 2013;

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Veneto

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO

Articolo 1
(Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato alla riqualificazione della rete ospedaliera e al riequilibrio territoriale con la sostituzione di posti letto esistenti, alla conferma mediante riorganizzazione di ospedali esistenti e all'adeguamento normativo ai requisiti minimi. In particolare la Regione si impegna a completare la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997.

2. L'Accordo di programma integrativo è costituito da n. 19 interventi facenti parte del programma della Regione Veneto per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Accordo integrativo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
   a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
   b) i contenuti progettuali;
   c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
   d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
   e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
   f) il responsabile dell'intervento.

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

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:

– per il Ministero della Salute: Dott. Francesco Bevere, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria,
– per il Ministero della Economia e delle Finanze: Dott.ssa Barbara Filippi, Dirigente Ufficio IX – IGESPES,
– per la Regione Veneto: Luca Coletto, Assessore alla 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 Atto integrativo;
    b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
    c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
    d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
    e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 310.069.833,74, di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 130.295.524,09 a carico dello Stato, € 81.774.309,65 a carico della Regione e delle Aziende ed € 98.000.000,00 a carico di soggetti privati. Il piano finanziario per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE/AZIENDA	PRIVATI	TOTALE
2013	€ 130.295.524,09	€ 81.774.309,65	€ 98.000.000,00	€ 310.069.833,74
TOTALE	**€ 130.295.524,09**	**€ 81.774.309,65**	**€ 98.000.000,00**	**€ 310.069.833,74**

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 130.295.524,09 è quota parte delle risorse assegnate alla Regione Veneto con delibera CIPE n. 97/2008.

3. Le risorse residue pari a € 74.894.277,63 di cui alla delibera CIPE n. 97/2008, saranno utilizzate dalla Regione Veneto con un successivo Accordo di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.

4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio 2013 le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.

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

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

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

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

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo la Regione inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.

3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo**.** A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
   - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
   - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Veneto delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7
(Indicatori)

La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.
La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 8
(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

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

2. II Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.

3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.

4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.

5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo di programma integrativo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'arch. Antonio Canini Dirigente Responsabile della Direzione Edilizia Ospedaliera e a Finalità Collettive della Regione Veneto.

2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
   a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
   b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
   c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del

progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;

d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

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

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di programma integrativo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.

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

Articolo 11
(Disposizioni generali)

1. II presente Accordo di programma integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.

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

Per:
II Ministero della Salute: _____

II Ministero dell'Economia e delle Finanze: _____

La Regione Veneto:_____

Roma, 1marzo2013

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Addendum
Documento programmatico

Gennaio 2013

Identificazione e obiettivi dell'Accordo

La Regione Veneto con la deliberazione della Giunta Regionale n. 262 in data 15 marzo 2011, ha approvato la 2^ fase, ad integrazione del programma straordinario di investimenti in sanità, dando corso al proseguimento del programma di investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013, di cui alle DDGRV n. 66/2005, 3504/2008 e agli Accordi di programma del 02/10/2007, dell'11/12/2009 e del 22/03/2012. Con il presente programma si prosegue il raggiungimento dell'obiettivo di riordino dell'intera rete sanitaria ivi compreso l'adeguamento normativo dei nosocomi regionali, nodi della rete, alle normative di settore, tenuto conto dei principali parametri nazionali di riferimento del Piano Sanitario Nazionale e del Nuovo Patto della salute 2010-2012 , quali la riduzione al 4 per mille dei posti letto per abitante ed al 160 per mille del tasso di ospedalizzazione dei posti letto ospedalieri.
In tale ottica, gli interventi previsti nel presente accordo riguardano n. 18 strutture ospedaliere in n. 15 Aziende che, allo stato attuale, abbisognano di un adeguamento/miglioramento per operare in accorpamenti di funzioni che meglio permettano la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle funzioni e dei percorsi diagnostico-riabilitativi, con l'obiettivo di offrire un elevato standard qualitativo dell'offerta sanitaria e un risparmio nella gestione dei processi aziendali.

La proposta è stata trasmessa dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze in data 22 settembre 2011 per l'acquisizione del previsto concerto tecnico-finanziario.
Con nota prot. n. 890 dell'11 gennaio 2013 il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato la disponibilità finanziaria complessiva per la copertura di Accordi di programma, di cui una quota parte è assegnata alla Regione per il finanziamento degli interventi che sono ritenuti prioritari per un importo a carico dello Stato pari a € 130.295.524,09.
In relazione a detta disponibilità la Regione ha definito l'elenco degli interventi prioritari da finanziare con dette risorse

Quadro finanziario. Il quadro finanziario è così meglio specificato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	ENTI APPALTANTI	TOTALE
2013	€ 130.295.524,09	€ 11.000.000,00	€ 168.774.309,65	€ 310.069.833,74
TOTALE	**€ 130.295.524,09**	**€ 11.000.000,00**	**€ 168.774.309,65**	**€ 310.069.833,74**

Az.	LOCALITA'	Ente Attuatore	TITOLO INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO (COSTO COMPLESSIVO)	Importo a carico dello Stato	Ente attuatore
1	Pieve di Cadore	Azienda ULSS n. 1	Adeguamento Pronto Soccorso – 1^ Fase	1.293.505,17	1.190.024,75	103.480,42
2	Feltre	Azienda ULSS n. 2	Adeguamento Pronto Soccorso – 1^ Fase	1.552.206,20	1.293.505,17	258.701,03
3	Asiago	Azienda ULSS n. 3	Attivazione Ospedale – 1^ Fase	3.104.412,40	2.845.711,37	258.701,03
5	Arzignano e Montecchio	Azienda ULSS n. 5	Nuova struttura in sostituzione – 1^ Fase	25.870.103,32	24.576.598,15	1.293.505,17
6	Vicenza	Azienda ULSS n. 6	Adeguamento Pronto Soccorso e Terapie Intensive – 1^ Fase	2.949.191,78	2.788.694,55	160.497,23
8	Montebelluna	Azienda ULSS n. 8	Adeguamento Pronto Soccorso – 1^ Fase	2.198.958,78	2.069.608,27	129.350,51
9	Treviso	Azienda ULSS n. 9	Cittadella Sanitaria	224.000.000,00	50.000.000,00	174.000.000,00
10	San Donà di Piave	Azienda ULSS n. 10	Servizio Dialisi, Ambulatori e Day surgery – 1^ Fase	3.104.412,40	2.587.010,33	517.402,07
13	Mirano	Azienda ULSS n. 13	Emodialisi – 1^ Fase	1.293.505,17	1.190.024,75	103.480,42
14	Chioggia	Azienda ULSS n. 14	Adeguamento – 1^ Fase	7.761.031,00	7.243.628,93	517.402,07
15	Camposampiero e Cittadella	Azienda ULSS n. 15	Servizio Dialisi e Reparto Nefrologia – 1^ Fase	1.034.804,13	983.063,93	51.740,20
16	Piove di Sacco	Azienda ULSS n. 16	Adeguamento Pronto Soccorso – 1^ Fase	1.241.764,96	1.034.804,13	206.960,83
20	San Bonifacio	Azienda ULSS n. 20	Adeguamento viabilità Pronto Soccorso – 1^ Fase	1.034.804,13	931.323,72	103.480,41
AOPD	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova	Adeguamento sismico corpo trattamenti Policlinico – 1^ Fase	3.104.412,40	2.845.711,37	258.701,03
AOUIVR	Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Adeguamento sismico ospedali Borgo Trento e Borgo Roma – 1^ Fase	3.104.412,40	2.845.711,37	258.701,03
AOVR	Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona/Regione del Veneto	Superfici da ristrutturare, acquisto aree Riva di Villasanta, Forte Procolo e primi interventi di sistemazione a parcheggio – 1^ Fase	8.795.835,13	8.278.433,06	517.402,07
AOVR	Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Area geriatrica – 1^ Fase	10.348.041,31	9.830.639,25	517.402,06
AOVR	Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Adeguamento Padiglioni Borgo Trento – 1^ Fase	3.621.814,46	3.363.113,43	258.701,03
AOVR	Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Borgo Roma Policlinico per riorganizzazione e opere preliminari – 1^ Fase	4.656.618,60	4.397.917,56	258.701,04
			Totali	**310.069.833,74**	**130.295.524,09**	**179.774.309,65**

VENETO - AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI IN SANITÀ, DANDO CORSO AL PROSEGUIMENTO DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI IN CONTO CAPITALE PER OPERE DI EDILIZIA SANITARIA DI INTERESSE REGIONALE PER IL DECENNIO 2004-2013 - 1^ FASE

Programma di Riferimento: PROSECUZIONE PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI IN SANITÀ

Tipo Atto: ACCORDO DI PROGRAMMA (ART. 5 BIS L.502/92)

Numero Interventi: 19

Costo Complessivo Atto: 310.069.833,74

Costo a Carico dello stato dell'atto: 130.295.524,09

Costo Complessivo degli interventi: 310.069.833,74

Costo a Carico dello Stato Interventi: 130.295.524,09

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2013	11.000.000,00	REGIONE
2013	130.295.524,09	STATO
2013	70.774.309,65	ALTRI ENTI PUBBLICI
2013	98.000.000,00	PRIVATI

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea Investimento	Importo	Provvedimento	Importo
A20	130.295.524,09	Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2008	130.295.524,09

Lista Interventi

Titolo: 1 - ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE (BL) - 1^ FASE

Descrizione: ADEGUAMENTO NORMATIVO (STRUTTURALE E TECNOLOGICO) DELL'AREA DEL PRONTO SOCCORSO

Codice Intervento: 050.050101.U.075

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: PIEVE DI CADORE

Stazione Appaltante: ASL BELLUNO

Ente Responsabile: 050101 - BELLUNO

Sede Erogazione: OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE - VIA COGONIE PIEVE DI CADORE - BL

Soggetto Responsabile: PIETRO PAOLO FARONATO

Costo Complessivo: 1.293.505,17

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.190.024,75

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050101.U.075.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.190.024,75

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.190.024,75	STATO
2013	103.480,42	ENTE APPALTANTE

Titolo: 2 - ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI FELTRE (BL) - 1^ FASE

Descrizione: ADEGUAMENTO NORMATIVO (STRUTTURALE E TECNOLOGICO) DELL'AREA DEL PRONTO SOCCORSO

Codice Intervento: 050.050102.U.071

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: FELTRE

Stazione Appaltante: ASL FELTRE

Ente Responsabile: 050102 - FELTRE

Sede Erogazione: OSPEDALE FELTRE - VIA BAGNOLS SUR CEZE, 3 FELTRE - BL

Soggetto Responsabile: ADRIANO RASI CALDOGNO

Costo Complessivo: 1.552.206,20

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.293.505,17

Finanziamento Statale

Codice Quota:	050.050102.U.071.01
Linea di Investimento:	PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988
Importo a carico dello Stato:	1.293.505,17
Provvedimento Assegnazione Risorse:	DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.293.505,17	STATO
2013	258.701,03	ENTE APPALTANTE

Titolo: 3 - ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE DI ASIAGO (VI) - 1^ FASE

Descrizione: INTEGRAZIONE AL PROGETTO DI ADEGUAMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO DELL'OSPEDALE - 1^ FASE

Codice Intervento: 050.050103.U.067

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: ASIAGO

Stazione Appaltante: ASL BASSANO DEL GRAPPA

Ente Responsabile: 050103 - BASSANO DEL GRAPPA

Sede Erogazione: OSPEDALE DI ASIAGO - VIA MARTIRI DI GRANEZZA, 42 ASIAGO - VI

Soggetto Responsabile: ANTONIO FERNANDO COMPOSTELLA

Costo Complessivo: 3.104.412,40

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.845.711,37

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050103.U.067.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 2.845.711,37

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.845.711,37	STATO
2013	258.701,03	ENTE APPALTANTE

Titolo: 4 - REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA STRUTTURA OSPEDALIERA PER ACUTI DELL'AULSS N. 5 - 1^ FASE

Descrizione: REALIZZAZIONE 1^ FASE NUOVA STRUTTURA PER ACUTI IN SOSTITUZIONE DEGLI OSPEDALI ESISTENTI DI ARZIGNANO E MONTECCHIO MAGGIORE

Codice Intervento: 050.050105.U.070

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune:

Stazione Appaltante: ASL ARZIGNANO

Ente Responsabile: 050105 - ARZIGNANO

Sede Erogazione: NUOVA STRUTTURA IN SOSTITUZIONE

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE CENCI

Costo Complessivo: 25.870.103,32

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato: 24.576.598,15

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050105.U.070.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 24.576.598,15

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	24.576.598,15	STATO
2013	1.293.505,17	ENTE APPALTANTE

Titolo: 5 - ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO E DELLE TERAPIE INTENSIVE DELL'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA - 1^ FASE

Descrizione: RIORGANIZZAZIONE E ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO E INTEGRAZIONE DELL'AREA DELLE TERAPIE INTENSIVE

Codice Intervento: 050.050106.U.078

Codice Cup:

Tipo: COMPLETAMENTO

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VICENZA

Stazione Appaltante: ASL VICENZA

Ente Responsabile: 050106 - VICENZA

Sede Erogazione: OSPEDALE DI VICENZA - VIA RODOLFI, 37 VICENZA - VI

Soggetto Responsabile: ERMANNO ANGONESE

Costo Complessivo: 2.949.191,78

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.788.694,55

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050106.U.078.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 2.788.694,55

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.788.694,55	STATO
2013	160.497,23	ENTE APPALTANTE

Titolo: 6 - ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI MONTEBELLUNA (TV) - 1^ FASE

Descrizione: NELL'AMBITO DELLA CONCESSIONE IN ATTO, CHE PREVEDE LAVORI PER OLTRE 122 MLN DI EURO, IL PRESENTE INTERVENTO RIGUARDA L'ADEGUAMENTO NORMATIVO DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI MONTEBELLUNA.

Codice Intervento: 050.050108.U.071

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: MONTEBELLUNA

Stazione Appaltante: ASL ASOLO

Ente Responsabile: 050108 - ASOLO

Sede Erogazione: OSP.CIVILE DI MONTEBELLUNA - VIA MONTEGRAPPA, 32 MONTEBELLUNA - TV

Soggetto Responsabile: BORTOLO SIMONI

Costo Complessivo: 2.198.958,78

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.069.608,27

Finanziamento Statale

Codice Quota:	050.050108.U.071.01
Linea di Investimento:	PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988
Importo a carico dello Stato:	2.069.608,27
Provvedimento Assegnazione Risorse:	DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.069.608,27	STATO
2013	129.350,51	ENTE APPALTANTE

Titolo: 7 - REALIZZAZIONE DELLA CITTADELLA SOCIOSANITARIA, INTEGRATA NELL'AREA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO "CA' FONCELLO" DI TREVISO

Descrizione: REALIZZAZIONE NUOVO VOLUME SALE OPERATORIE, 600 POSTI LETTO CHIRURGICI, IL DIPART.TO MATERNO INFANTILE, CENTRAL.NE SERVIZI DIAGNOSTICA PER IMMAGINE ED ENDOSCOPIA, LE TERAPIE INTENSIVE E REAL.NE NUOVO EDIFICIO TECNOLOGICO.

Codice Intervento: 050.050109.U.079

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: TREVISO

Stazione Appaltante: ASL TREVISO

Ente Responsabile: 050109 - TREVISO

Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO DI TREVISO - P.ZZA OSPEDALE, 1 TREVISO - TV

Soggetto Responsabile: GIORGIO ROBERTI

Costo Complessivo: 224.000.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 50.000.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050109.U.079.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 50.000.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	11.000.000,00	REGIONE
2013	50.000.000,00	STATO
2013	98.000.000,00	PRIVATI
2013	65.000.000,00	ENTE APPALTANTE

Titolo: 8 - ADEGUAMENTO DEL SERVIZIO DIALISI, DEGLI AMBULATORI E DAY SURGERY DELL'OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE (VE) - 1^ FASE

Descrizione: ADEGUAMENTO NORMATIVO DEL SERVIZIO DIALISI, AMBULATORI E DAY SURGERY

Codice Intervento: 050.050110.U.089

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SAN DONA' DI PIAVE

Stazione Appaltante: ASL S. DONA' DEL PIAVE

Ente Responsabile: 050110 - S. DONA' DEL PIAVE

Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO S.DONA' - VIA NAZARIO SAURO, 23 SAN DONA' DI PIAVE - VE

Soggetto Responsabile: CARLO BRAMEZZA

Costo Complessivo: 3.104.412,40

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.587.010,33

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050110.U.089.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 2.587.010,33

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.587.010,33	STATO
2013	517.402,07	ENTE APPALTANTE

Titolo: 9 - ADEGUAMENTO DELL'EMODIALISI DELL'OSPEDALE DI MIRANO (VE) - 1^ FASE

Descrizione: ADEGUAMENTO NORMATIVO DEL SERVIZIO DI EMODIALISI

Codice Intervento: 050.050113.U.074

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: MIRANO

Stazione Appaltante: ASL MIRANO

Ente Responsabile: 050113 - MIRANO

Sede Erogazione: OSPEDALE CIVILE DI MIRANO - VIA MARIUTTO, 13 MIRANO - VE

Soggetto Responsabile: GINO GUMIRATO

Costo Complessivo: 1.293.505,17

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.190.024,75

Finanziamento Statale

Codice Quota:	050.050113.U.074.01
Linea di Investimento:	PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988
Importo a carico dello Stato:	1.190.024,75
Provvedimento Assegnazione Risorse:	DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.190.024,75	STATO
2013	103.480,42	ENTE APPALTANTE

Titolo: 10 - ADEGUAMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO DELL'OSPEDALE DI CHIOGGIA (VE) - 1^ FASE

Descrizione: LAVORI DI 1^ FASE DI ADEGUAMENTO NORMATIVO PRESSO IL P.O. DI CHIOGGIA

Codice Intervento: 050.050114.U.060

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: CHIOGGIA

Stazione Appaltante: ASL CHIOGGIA

Ente Responsabile: 050114 - CHIOGGIA

Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIOGGIA - VIA MADONNA MARINA, 500 CHIOGGIA - VE

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE DAL BEN

Costo Complessivo: 7.761.031,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 7.243.628,93

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050114.U.060.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 7.243.628,93

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	7.243.628,93	STATO
2013	517.402,07	ENTE APPALTANTE

Titolo: 11 - ADEGUAMENTO DEL SERVIZIO DIALISI DELL'OSPEDALE DI CITTADELLA (PD) E DEL REPARTO DI NEFROLOGIA E DIALISI DELL'OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO (PD) - 1^ FASE

Descrizione: LAVORI DI ADEGUAMENTO DEL SERVIZIO DIALISI DELL'OSPEDALE DI CITADELLA E DEL REPARTO DI NEFROLOGIA DELL'OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO

Codice Intervento: 050.050115.U.072

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: CITTADELLA

Stazione Appaltante: ASL CITTADELLA

Ente Responsabile: 050115 - CITTADELLA

Sede Erogazione: OSPEDALE DI CITTADELLA - VIA RIVA OSPEDALE CITTADELLA - PD

Soggetto Responsabile: FRANCESCO BENAZZI

Costo Complessivo: 1.034.804,13

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 983.063,93

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050115.U.072.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 983.063,93

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	983.063,93	STATO
2013	51.740,20	ENTE APPALTANTE

Titolo: 12 - ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO (PD) - 1^ FASE

Descrizione: 2^ FASE - LAVORI DI ADEGUAMENTO DELL'ATTUALE PRONTO SOCCORSO

Codice Intervento: 050.050116.U.085

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: PIOVE DI SACCO

Stazione Appaltante: ASL PADOVA

Ente Responsabile: 050116 - PADOVA

Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO DI PIOVE DI SACCO - VIA SAN ROCCO, 8 PIOVE DI SACCO - PD

Soggetto Responsabile: URBANO BRAZZALE

Costo Complessivo: 1.241.764,96

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.034.804,13

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050116.U.085.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.034.804,13

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	1.034.804,13	STATO
2013	206.960,83	ENTE APPALTANTE

Titolo: 13 - ADEGUAMENTO VIABILITA' DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI SAN BONIFACIO (VR) - 1^ FASE

Descrizione: ADEGUAMENTO FUNZIONALE DELL'AREA DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

Codice Intervento: 050.050120.U.072

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SAN BONIFACIO

Stazione Appaltante: ASL VERONA

Ente Responsabile: 050120 - VERONA

Sede Erogazione: OSPEDALE GIROLAMO FRACASTORO S.BONIFACIO

Soggetto Responsabile: MARIA GIUSEPPINA BONAVINA

Costo Complessivo: 1.034.804,13

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 931.323,72

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050120.U.072.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 931.323,72

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	931.323,72	STATO
2013	103.480,41	ENTE APPALTANTE

Titolo: 14 - ADEGUAMENTO SISMICO DEL CORPO TRATTAMENTI DELL'OSPEDALE CIVILE "POLICLINICO" DI PADOVA - 1^ FASE

Descrizione: LAVORI DI ADEGUAMENTO SISMICO DEL CORPO TRATTAMENTI DEL POLICLINICO

Codice Intervento: 050.050901.H.087

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: PADOVA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA

Ente Responsabile: 050901 - PADOVA

Sede Erogazione: PADOVA

Soggetto Responsabile: CLAUDIO DARIO

Costo Complessivo: 3.104.412,40

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.845.711,37

Finanziamento Statale

Codice Quota:	050.050901.H.087.01
Linea di Investimento:	PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988
Importo a carico dello Stato:	2.845.711,37
Provvedimento Assegnazione Risorse:	DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.845.711,37	STATO
2011	258.701,03	ENTE APPALTANTE

Titolo: 16 - SUPERFICI DA RISTRUTTURARE, ACQUISTO AREE RIVA DI VILLASANTA, FORTE PROCOLO E PRIMI INTERVENTI DI SISTEMAZIONE A PARCHEGGIO, A SERVIZIO DELL'OSPEDALE CIVILE MAGGIORE BORGO TRENTO DI VERONA - 1^ FASE

Descrizione: 1^ FASE - ACQUISTO DI N. 2 EX CASERME (CASERMA RIVA DI VILLASANTA E FORTE PROCOLO) PER PARCHEGGI E LOGISTICA, RISTRUTTURAZIONE EDIFICI PER UFFICI, DIDATTICA, FORMAZIONE E SERVIZI

Codice Intervento: 050.050902.H.075

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI IMMOBILI

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VERONA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA VERONA

Ente Responsabile: 050902 - VERONA

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERA VR - BORGO TRENTO - PIAZZALE STEFANI, 1 VERONA - VR

Soggetto Responsabile: SANDRO CAFFI

Costo Complessivo: 8.795.835,13

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 8.278.433,06

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050902.H.075.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 8.278.433,06

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	8.278.433,06	STATO
2013	517.402,07	ENTE APPALTANTE

Titolo: 18 - ADEGUAMENTO PADIGLIONI DELL'OSPEDALE CIVILE MAGGIORE BORGO TRENTO DI VERONA - 1^ FASE

Descrizione: INTERVENTI DI ADEGUAMENTO E RISTRUTTURAZIONE DEI PADIGLIONI DELLE COSIDDETTE "SPINE": SPINA LATO MAMELI (CHE INCLUDE LO STORICO PADIGLIONE ALESSANDRI), LA "SPINA CENTRALE" E LA "SPINA LATO ADIGE" PER RIORGANIZZAZIONE LE ATTIVITÀ MEDICHE E DIDATTICHE

Codice Intervento: 050.050902.H.076

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VERONA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA VERONA

Ente Responsabile: 050902 - VERONA

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERA VR - BORGO TRENTO - PIAZZALE STEFANI, 1 VERONA - VR

Soggetto Responsabile: SANDRO CAFFI

Costo Complessivo: 3.621.814,46

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.363.113,43

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050902.H.076.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 3.363.113,43

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	3.363.113,43	STATO
2013	258.701,03	ENTE APPALTANTE

Titolo: 15 - ADEGUAMENTO SISMICO DELLE STRUTTURE DELL'OSPEDALE CIVILE MAGGIORE BORGO TRENTO E DELL'OSPEDALE POLICLINICO BORGO ROMA DI VERONA - 1^ FASE

Descrizione: LAVORI DI ADEGUAMENTO SISMICO DEGLI OSPEDALI DI BORGO TRENTO E BORGO ROMA

Codice Intervento: 050.050902.H.077

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VERONA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA VERONA

Ente Responsabile: 050902 - VERONA

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERA VR - BORGO TRENTO - PIAZZALE STEFANI, 1 VERONA - VR

Soggetto Responsabile: SANDRO CAFFI

Costo Complessivo: 3.104.412,40

Importo Finanziamenti Pregressi:

Tot. Importo a Carico dello Stato: 2.845.711,37

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050902.H.077.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 2.845.711,37

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	2.845.711,37	STATO
2013	258.701,03	ENTE APPALTANTE

Titolo: 17 - RISTRUTTURAZIONE DELL'AREA GERIATRICA DELL'OSPEDALE CIVILE MAGGIORE BORGO TRENTO DI VERONA - 1^ FASE

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE DELLA SEDE DELL'O.C.M. NELL'ATTUALE GERIATRICO

Codice Intervento: 050.050902.H.078

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VERONA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA VERONA

Ente Responsabile: 050902 - VERONA

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERA VR - BORGO TRENTO - PIAZZALE STEFANI, 1 VERONA - VR

Soggetto Responsabile: SANDRO CAFFI

Costo Complessivo: 10.348.041,31

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 9.830.639,25

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050902.H.078.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 9.830.639,25

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	9.830.639,25	STATO
2013	517.402,06	ENTE APPALTANTE

Titolo: 19 - RISTRUTTURAZIONE PER RIORGANIZZAZIONE E OPERE PRELIMINARI DELL'OSPEDALE POLICLINICO "G.B.ROSSI" BORGO ROMA DI VERONA - 1^ FASE

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE DELLE STRUTTURE AL FINE DI POTER ADEGUARE ALLA NORMATIVA VIGENTE, ED IN PARTICOLAR MODO QUELLA RELATIVA AGLI ASPETTI DELLA SICUREZZA (ANTINCENDIO, SISMICA, GAS MEDICALI, BARRIERE ARCHITETTONICHE, ETC)

Codice Intervento: 050.050902.H.079

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: VERONA

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA VERONA

Ente Responsabile: 050902 - VERONA

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERA VR - POLICLINICO - PIAZZALE STEFANI, 1 VERONA - VR

Soggetto Responsabile: SANDRO CAFFI

Costo Complessivo: 4.656.618,60

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.397.917,56

Finanziamento Statale

Codice Quota: 050.050902.H.079.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 4.397.917,56

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 97 DEL 18/12/2008 - RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	4.397.917,56	STATO
2013	258.701,04	ENTE APPALTANTE

MINISTERO DELLA SALUTE

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

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

E LA

REGIONE VENETO

ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL SETTORE SANITARIO DI CUI ALL'ART. 20 DELLA LEGGE 67/88

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Documento programmatico

Giugno 2011

DOCUMENTO RECANTE: ”METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI”.

MexA Metodologia ex Ante

INDICE:

MINISTERO DELLA SALUTE 1
B. CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE 5
B0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA ***5***
B1 ANALISI SOCIO – SANITARIA - ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI ***9***
B1A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO 9
B1a 1 Quadro epidemiologico 9
B1a 2 Quadro demografico 13
B1a 3 Quadro socio-economico 15
B1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso 17
B1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale) 21
B1a 6 Offerta ante operam 24
Ospedali Polo di riferimento regionale di alta specializzazione 28
Ospedali capoluogo di Provincia 31
Ospedali di rete 33
B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale 35
Il modello sanitario e sociosanitario del Veneto 36
Le politiche di raccordo sanitario e sociosanitario sul territorio 36
Il Settore Socio-Sanitario - dal 2000 al 2009 38
B1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI 42
B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali 42
B1b 2 Descrizione della strategia 42
B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA ***46***
B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA 47
B2a 1 Analisi dei problemi e priorità 47
B2a 2 La catena degli obiettivi 47
B2a 3 Interventi progettuali 48
INQUADRAMENTO DELL'INTERVENTO 51
B2a 4 Offerta post-operam 69
B2B. COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA 69
B2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità 69
B2b 2 Analisi dei rischi 70
B3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE ***70***
B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE 70
B3a 1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 70
B3a 2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale 71

B3B SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI 72
B3b 1 Sostenibilità economica e finanziaria 72
B3b 2 Sostenibilità amministrativa e gestionale 73
B3b 3 Sostenibilità di risorse umane 73
B3b 4 Sostenibilità ambientale 74
B4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI ***75***
B4A SISTEMA DI INDICATORI 75
B4a 1 Definizione del Sistema di indicatori 75
B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA 75
B4b 1 Accettabilità sociale del Programma 75
B4b 2 Valore aggiunto del Programma 75
B4b 3 Health Technology Assessment 75
B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI ***76***
B5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA 76
B5B MONITORAGGIO 76
B5b 1 Monitoraggio finanziario 76
B5b 2 Monitoraggio fisico 76
C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO 77
C 1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO ***77***
C 2 - ANALISI S.W.O.T. ***79***
C 3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI ***79***
C 4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE ***80***

B. CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE

B0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

a) Identificazione e obiettivi dell'Accordo

La Regione Veneto con la deliberazione della Giunta Regionale n. 262 in data 15 marzo 2011, ha approvato la **2^ fase,**[1] ad integrazione del programma straordinario di investimenti in sanità, dando corso al proseguimento del programma di investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013, di cui alle DDGRV n. 66/2005, 3504/2008 e agli Accordi di programma del 02/10/2007 e dell'11/12/2009 oltre a quello in corso per l'Azienda Ospedaliera di Padova.

Con il presente programma si prosegue il raggiungimento dell'obiettivo di riordino dell'intera rete sanitaria ivi compreso l' adeguamento normativo dei nosocomi regionali, nodi della rete, alle normative di settore, tenuto conto dei principali parametri nazionali di riferimento del Piano Sanitario Nazionale e del Nuovo Patto della salute 2010-2012 , quali la riduzione al **4 per mille** dei posti letto per abitante ed al **160 per mille** del tasso di ospedalizzazione dei posti letto ospedalieri.

In tale ottica, gli interventi previsti nel presente accordo riguardano **n. 18 strutture ospedaliere in n. 15 Aziende** che, allo stato attuale, abbisognano di un adeguamento/miglioramento per operare in accorpamenti di funzioni che meglio permettano la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle funzioni e dei percorsi diagnostico-riabilitativi, con l'obiettivo di offrire un elevato standard qualitativo dell'offerta sanitaria e un risparmio nella gestione dei processi aziendali.[2]

Quadro finanziario,.

Il quadro finanziario derivante dalle deliberazioni sopra indicata è così meglio specificato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	ENTI APPALTANTI	TOTALE
2011	**205.189.801.72**	**11.000.000,00**	**185.160.198,28**	**390.350.000,00**

b) Sintesi del raccordo con il passato

[1] La Regione Veneto, con deliberazione della Giunta Regionale n. 270 in data 9 febbraio 2010, ha approvato la 1^ fase dell'aggiornamento del programma straordinario di investimenti in sanità.

Tale programma prevede il finanziamento di n. 2 interventi, di cui 1 articolato in 4 progetti, per un costo complessivo stimato di 277 milioni di euro ed un finanziamento a carico dello Stato di € 100.000.000,00 utilizzando parte delle risorse stanziate dal CIPE con delibera n. 97 del 18/12/2008 (G.U. n. 64 del 29/04/2008) ed assegnate alla Regione Veneto.

Si riteneva infatti, considerate con attenzione e sulla base degli stanziamenti effettuati con la finanziaria statale, le reali capacità di impegno da parte del Ministero per l'esercizio 2010, di definire l'utilizzo parziale (50% circa) della quota assegnata dal Cipe nel dicembre 2008, per dar corso ad una prima fase operativa e coerente che tenga conto, comunque, anche dei seguenti fattori:

1) inserimento di interventi che risultano già inseriti, ancorché non finanziati, nel piano decennale di cui alla DGRV n. 66/05 e ciò in relazione ai procedimenti autorizzativi regionali già in essere;

2) che gli interventi risultino già in possesso degli strumenti tecnici previsti dall'art. 20 in relazione ai procedimenti attuativi ed ai tempi imposti dalla legge stessa.

[2] Si confermano i dati, che ad ogni buon conto si riportano integralmente, inseriti nell'Accordo di Programma dell' 11/12/2009.

La sintesi con quanto già realizzato nelle precedenti fasi del programma di investimento, al fine di valutare l'impatto economico e la valutazione ex post viene riportata nella tabella che segue.

Il processo degli investimenti attuati dalla Regione prende in considerazione i programmi di investimento attivati dal 2000 ad oggi. Infatti il primo percorso iniziato con l'art. 20 della L. n. 67/88 nel 1995 è totalmente terminato.
La tabella seguente riporta lo stato di attuazione degli investimenti in essere:

PROGRAMMA DI FINANZIAMENTO	***TITOLO PROGRAMMA***	***Importo complessivo interventi €***	***Importo complessivo finanziato €***	**tot interventi finanziati**
L. n° 67/88 - art. 20 - 2^ fase	*Piano straordinario degli investimenti in sanità*	121.764.225,44	93.264.110,89	47
L. n° 67/88 - art. 20 - 3^ fase - Sanità	*Settore Sanità - Accordo di programma in data 22/06/2000*	680.382.052,50	290.618.863,22	53
L. n° 67/88 - art. 20 - 3^ fase - Adeguamento tecnologico Sanità	*Settore Sanità - Accordo di programma in data 01/09/2004*	37.667.943,63	24.086.361,91	19
L. n° 448/99 art. 28	*Potenziamento delle strutture di radioterapia*	4.509.337,80	909.576,12	1
L. n° 67/88 - art. 20 - 3^ fase - Sociale	*Settore Socio Sanitario - Accordo di programma integrativo in data 18/04/2001*	239.552.079,10	115.561.342,62	59
L. n° 67/88 - art. 20 - Accordo di Programma del 02/10/2007	*Settore SocioSanitario - Accordo di programma 2/10/2007*	548.311.919,81	245.290.900,57	71
L. n° 67/88 - art. 20 - Accordo di Programma dell'11/12/2009	*Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari in data 11/12/2009*	139.300.000,00	120.526.921,38	6
L. n° 448/1998 - art. 71	*Riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani*	293.092.381,85	27.121.467,24	16
D.M. 12/03/1999 - Hospice - 1^ fase	*Programma degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE").*	15.160.162,02	9.862.292,71	10
D.M. 28/03/2001 - Hospice - 2^ fase	*Programma di completamento degli interventi edilizi per la realizzazione delle strutture per le cure palliative ("HOSPICE").*	9.050.225,00	6.559.701,59	6
D.Lgs n° 254/2000 - Intramoenia	*Attività Libera Professionale intramuraria*	117.582.074,35	61.974.827,87	39

Tabella B0

Per un totale di 327 interventi.

Rinviando il dettaglio alle specifiche schede di attuazione di ogni singolo programma (Moduli C) e, quindi di ogni intervento, si vuole evidenziare come lo sforzo compiuto dalla Regione Veneto negli anni precedenti il nuovo millennio nel settore degli investimenti sia segnato da due necessità pressanti:
- da una parte l'adeguamento ai processi di riorganizzazione[3];
- dall'altra, la rincorsa all'adeguamento strutturale e tecnologico dei nosocomi, in presenza di significative riduzioni delle disponibilità finanziarie ordinarie;

[3] attivate dalla Legge Regionale n. 39/1993 e quindi dalla Delibera di Giunta n. 740/99, e continuati con la DGRV n. 3223/02;

Si evidenzia inoltre che, con il 31 marzo 2010, la Regione Veneto ha completato interamente il percorso, avviato nel 2002, per portare a compimento nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario la sezione dedicata all'Osservatorio degli investimenti in sanità.
Sono stati infatti inseriti, completati e validati, in sinergia e completa collaborazione con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia, i dati tecnici, economici e finanziari degli oltre 250 interventi programmati e approvati. Si è realizzato così l'obiettivo di allineare, da un lato, il percorso programmatico con quello fisico e finanziario e, dall'altro, di fornire uno strumento operativo che permetta ai vari attori, Ministeri interessati e Regione, di analizzare in maniera oggettiva e analitica, coerentemente con la tempistica di riferimento, i lavori in corso.

c) Conferma degli obiettivi

Gli interventi proposti ed inseriti nell'Accordo si collocano nel più ampio programma di investimenti regionale confermando l'obiettivo dell'Accordo di Programma sottoscritto con il Ministero della Salute in data 11 dicembre 2009 che si ricorda essere la progressiva riduzione dello standard dei pl per mille abitanti [4] e rispetto del 160 per mille del tasso di ospedalizzazione dei posti letto ospedalieri mediante due azioni:

- conferma mediante adeguamento o ristrutturazione (OBIETTIVO 1A);
- sostituzione di posti letto con nuova costruzione (OBIETTIVO 1B).

d) Coerenza interna

La coerenza interna del Programma è determinata dal proseguo degli obiettivi di cui al punto precedente, avviati con l'Accordo di Programma 02/10/2007 e proseguiti con l'Accordo di Programma 11/12/2009 e dagli altri interventi regionali già in essere, che la tabella esemplifica (in **neretto** i 2 interventi principali estrapolati dai 18 inseriti nel presente Accordo):

[4] Si ricorda che la già citata DGRV n. 3223/2002 già imponeva una riduzione al 4,5 per mille del numero di posti letto ospedalieri per abitanti ed al 160 per mille il tasso di ospedalizzazione dei posti letto ospedalieri mediante due azioni:

OBIETTIVI		Progr. P.L. al 2002	Progr. P.L. al 2005	SANITA' ULSS	OBIETTIVO STRATEGICO	SITUAZIONE INTERVENTO
SOSTITUZIONE DI OSPEDALI ESISTENTI	RIDUZIONE DEI POSTI LETTO CON ADEGUAMENTO NORMATIVO					
		712	680	1	ACCORPAMENTO DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE DELL'OSPEDALE DI BELLUNO	Progetto approvato e finanziato in gara d'appalto
		390	422	2	ACCORPAMENTO GRUPPO OPERATORIO OSPEDALE DI FELTRE	Opera in corso di aggiudicazione
		759	690	3	ADEGUAMENTO DELL'OSPEDALE DI ASIAGO	Progetto in fase di redazione
		745	590	4	NUOVO OSPEDALE DI THIENE E SCHIO	Opera in corso di esecuzione
		656	584	5	ADEGUAMENTO OSPEDALE DI ARZIGNANO	Da sottoporre alla valutazione della 2^ griglia
		1305	1230	6	VICENZA: GRUPPO OPERATORIO E TERAPIE INTENSIVE	Progetto in fase di redazione
		807	666	7	ACQUISTO OSPEDALE DE GIRONCOLI	Acquisto avvenuto
		969	850	8	COMPLETAMENTO OSPEDALI DI MONTEBELLUNA E CASTELFRANCO	Opera in corso di esecuzione
		1614	1465	**9**	**OSPEDALE CA' FONCELLO – TREVISO**	**(Lavori propedeutici avviati – Pronto Soccorso) Inserito nell'Accordo in esame**
		799	621	10	SAN DONÀ DI PIAVE/PORTOGRUARO	Interventi di adeguamento avviati
CONFERMA MEDIANTE RIORGANIZZAZIONE DI OSPEDALI ESISTENTI		1456	1061	12	MESTRE – VE	Lavori avviati e conclusi
		994	900	13	DOLO/MIRANO	Interventi di adeguamento vari avviati
		594	540	14	ADEGUAMENTO OSPEDALE DI CHIOGGIA	Interventi avviati
		895	810	15	COMPLETAMENTO OSPEDALI DI CAMPOSAMPIERO E CITTADELLA	Progetto avviato
		710	390	16	OSPEDALE S. ANTONIO PIOVE DI SACCO – PRONTO SOCCORSO	Lavori di adeguamento vari avviati Progetto approvato e finanziato
		805	630	17	NUOVO OSPEDALE DI ESTE E MONSELICE	Opera approvata, finanziata e avviata
		715	644	18	NUOVA PIASTRA SERVIZI DELL'OSPEDALE DI ROVIGO	Opera approvata e avviata
		250	230	19	OSPEDALE DI ADRIA	Progetto approvato
		480	442	20	S. BONIFACIO	Nuovo ospedale realizzato
		720	607	21	LEGNAGO	Interventi di adeguamento avviati
		562	467	22	SISTEMAZIONE OSPEDALE DI VILLAFRANCA	Progetto approvato in fase di appalto
		1700	1630	PD	GRUPPO OPERATORIO, TERAPIE INTENSIVE, DIP. MATERNO INFANTILE, OSTETRICIA GINECOLOGIA	Inserito nell'Accordo in fase di stipula .
		1800	1730	**VR**	**COMPLETAMENTO OSPEDALI DI BORGO ROMA E BORGO TRENTO**	**Inserito nell'Accordo in esame**
		20437	**17879**			

Tabella B2

Come si può notare tutti gli interventi che sono stati oggetto di finanziamento dal 2002 ad oggi, come ad esempio i 2 interventi inseriti nel presente Accordo, si riferiscono alla rete ospedaliera e si dividono in interventi che hanno sostituito in tutto o in parte ospedali esistenti ed interventi che

riguardano la riorganizzazione degli ospedali esistenti che rimangono confermati all'interno della rete ospedaliera.
Come si può notare con gli interventi di cui sopra si è avuta una riduzione registrata al 2005 di 2558 posti letto (comprensivi di riabilitazione) , riduzione che rappresenta il trend man mano che vengono eseguite le opere.
Dal 2005 i posti letto programmati ad oggi sono **17.870** per una popolazione residente al 2010 di **4,937** mln di abitanti . Pertanto lo standard a posto letto per mille abitanti (comprensivo di riabilitazione) risulta ad oggi di **3,63** quindi più basso del parametro stabilito dal Patto della Salute 2010-2012
Allo stesso modo, come meglio evidenziato nei capitoli successivi, dal 2002 ad oggi è diminuito sostanzialmente il tasso di occupazione attestandosi attualmente al parametro stabilito dal nuovo Patto di **160** per mille dei letti ospedalieri. Il trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione si conferma non episodico, ma strutturale e di notevole entità. La riduzione è di tutta evidenza sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri diurni, a dimostrazione di una maggiore efficienza ed efficacia anche dei ricoveri in day hospital. Infatti, dalle rilevazioni appare una fase più matura nella gestione dei ricoveri diurni, che dopo alcuni anni di tendenziale aumento, oggi stanno scendendo.
Questo approccio di "sistema a rete" è stato possibile grazie al processo di riorganizzazione partito dal 2002 (DDGRV 3223/02). Gli elementi di maggiore innovazione hanno riguardato fin dal 2002 il raggiungimento di tre finalità prioritarie:
- il superamento di rigide classificazione dei presidi ospedalieri e l'individuazione di "profili funzionali" in cui includere ciascun presidio ospedaliero all'interno di una logica di rete;
- l'integrazione della rete ospedaliera con il territorio;
- la riorganizzazione del territorio.

In particolare i "profili funzionali" specificano il ruolo di ciascun presidio considerato come elemento di una rete interconnessa. Si individuano, quali profili di riferimento, gli ospedali costitutivi della rete (che si articolano sulla base della diversa complessità organizzativa in Aziende Ospedaliere, ospedali capoluogo di Provincia e ospedali di rete) ai quali si affiancano gli ospedali integrativi della rete, che di norma sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva. Secondo questa visione complessiva ogni presidio, oggetto di intervento, si può collocare facilmente all'interno della rete ospedaliera specificandone ruolo, funzioni e pl.
L'integrazione della rete ospedaliera con il territorio passa attraverso la definizione del **Modello Ospedaliero sul Territorio** che prevede l'articolazione delle funzioni ospedaliere anche su più nosocomi, considerando unico il Presidio Ospedaliero per ULSS.
La riorganizzazione del territorio infine e le garanzie per la continuità assistenziale fanno riferimento alla definizione del **Modello sanitario e socio sanitario del Veneto** che - al di là dei contenuti specifici , che saranno trattati in altra parte di questo documento- vede nella programmazione il regolatore dell'integrazione dei servizi ; programmazione che viene negoziata tra i livelli del Sistema, regionale ed aziendale.

e) La coerenza è determinata dal recepimento nel DPEF 2007-2008-2011 degli obiettivi dell'Accordo di Programma.
f) Per la coerenza con gli strumenti di programmazione regionale si rimanda al punto B3a2 del presente Documento

B1 ANALISI SOCIO – SANITARIA - ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

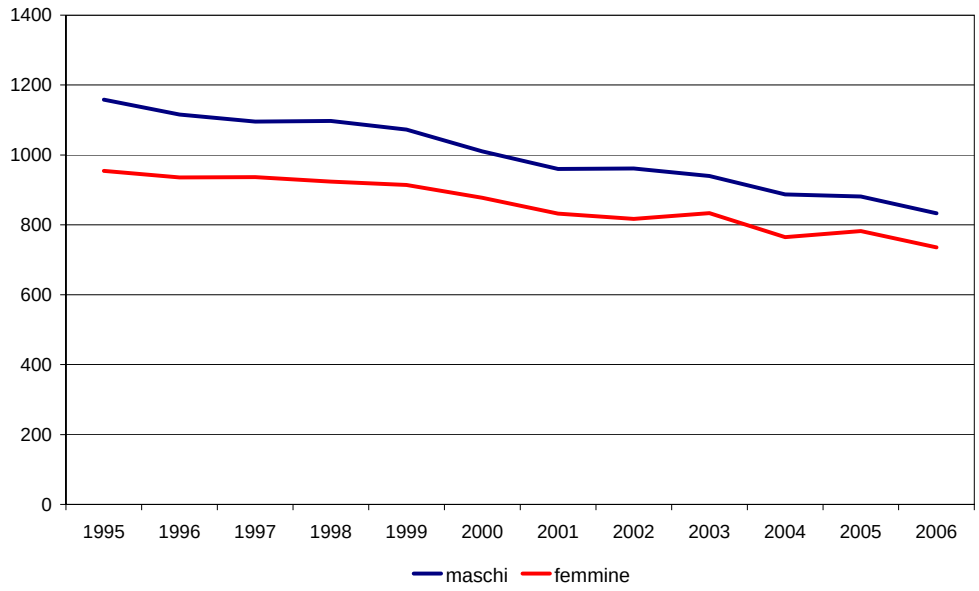
B1A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO

B1a 1 Quadro epidemiologico

La condizione di salute della popolazione del Veneto è connotata dalla costante **diminuzione del tasso di mortalità dal** 1995 al 2006 (rif. tabella 1 e relativo grafico):

Tabella B1a.1-1: Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per sesso. Anni 1995-2006. Popolazione standard: Veneto 2000

Anno	maschi	femmine
1995	1158,3	954,6
1996	1115,6	935,8
1997	1095,6	936,7
1998	1097,7	924,0
1999	1072,6	914,1
2000	1010,3	877,5
2001	960,0	831,8
2002	961,7	817,1
2003	939,8	833,2
2004	886,8	765,1
2005	881,4	782,3
2006	832,9	735,4



I miglioramenti delle condizioni di salute hanno portato benefici in tutte le classi di età; la mortalità infantile, prescolare e materna è attualmente tra le più basse del mondo.
Anche per quanto riguarda le patologie prevalenti (sistema circolatorio, neoplasie) il dato è in costante regressione.

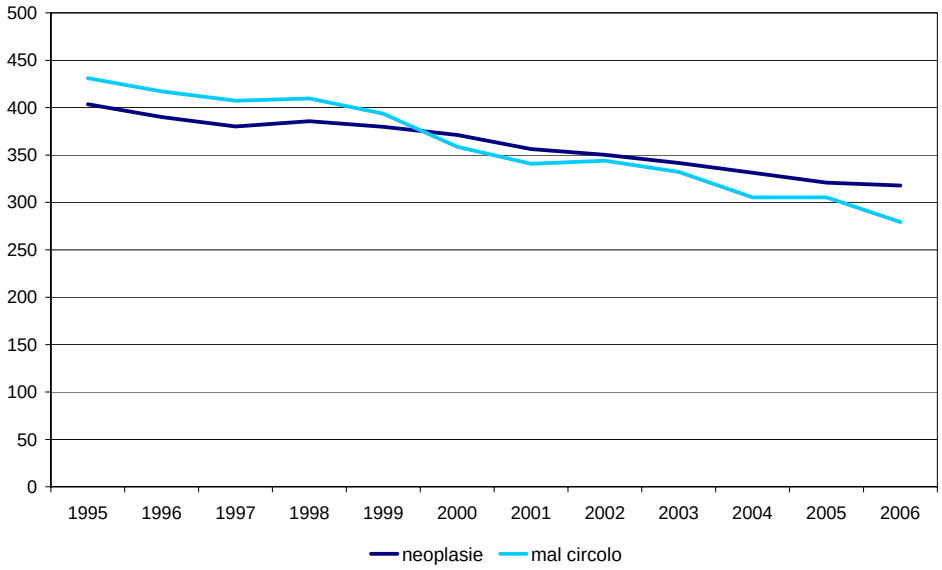
TabellaB1a.1-2: Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per malattie del sistema circolatorio e per neoplasie. Maschi, anni 1995-2006. Popolazione standard: Veneto 2000

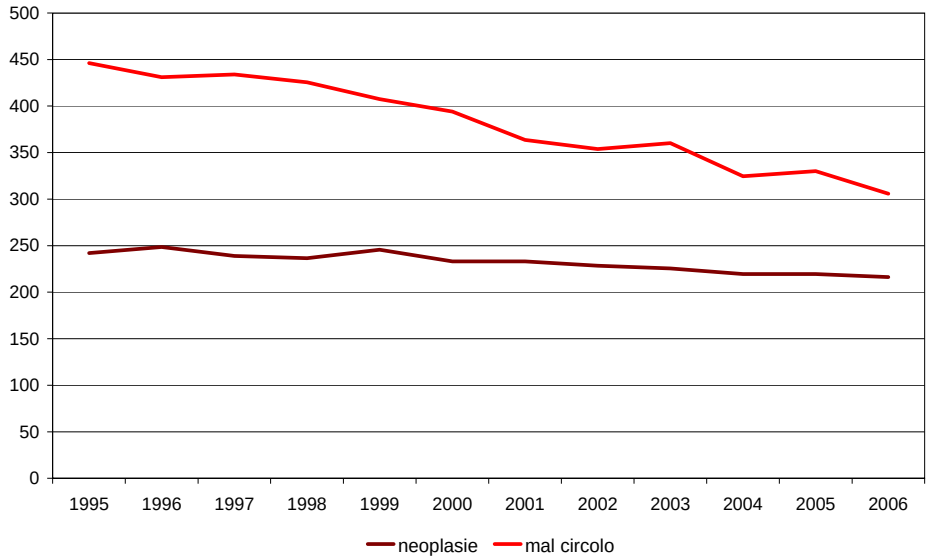
Anni	neoplasie	mal circolo
1995	403,5	431,1
1996	390,2	417,1
1997	380,1	407,3
1998	385,7	409,7

1999	379,8	393,7
2000	371,2	358,7
2001	356,2	340,7
2002	350,3	344
2003	341,5	332,2
2004	331,4	305,4
2005	320,7	305,3
2006	317,8	279,3

TabellaB1a.1-3: Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 abitanti) per malattie del sistema circolatorio e per neoplasie. Femmine, anni 1995-2006. Popolazione standard: Veneto 2000

Anni	**neoplasie**	**mal circolo**
1995	242,1	446,1
1996	248,6	431,0
1997	238,8	433,8
1998	236,5	425,5
1999	245,6	407,4
2000	233,0	394,0
2001	233,0	363,5
2002	228,4	353,8
2003	225,4	360,1
2004	219,4	324,5
2005	219,5	330,0
2006	216,2	305,8





Nella Regione assistiamo ad una evidente riduzione di tutti i tassi di mortalità nelle principali cause di morte. Ogni anno tra i residenti nel Veneto si registrano circa 42.000 decessi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio (che giustificano circa il 39% dei decessi) e le neoplasie (circa il 32%). [5] Vi sono inoltre due situazioni che come numero assoluto di decessi incidono in misura minima ma che sono estremamente rilevanti, in quanto sono tra le principali cause di morte in età giovanile: l'AIDS e gli incidenti stradali. La mortalità per AIDS si è ridotta di 10 volte dal 1996 al 2000, mantenendosi successivamente stabile. Ciò rappresenta il risultato degli enormi progressi fatti in questo ambito dal punto di vista preventivo e terapeutico. A fronte della diminuzione complessiva delle morti bisogna considerare un probabile aumento del bisogno dei servizi e delle prestazioni di riabilitazione.
Nel primo anno di vita, le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite sono la prima e la seconda causa di morte. I tumori maligni sono la prima causa di morte nei bambini tra 1 e 4 anni e la seconda tra 5 e 14 anni. Ciononostante, solo due morti per tumore su 1.000 colpiscono individui al di sotto dei 15 anni. I traumi (accidenti da traffico e altri traumatismi) sono la prima causa di morte tra 5 e 14 anni e la quarta nel gruppo d'età prescolare. I traumi stradali costituiscono la più prevenibile causa di morte pediatrica.
Le malattie cardiocircolatorie costituiscono la prima causa di morte negli anziani (>65), la seconda causa di morte dopo le neoplasie tra gli adulti (25-64) e sono più frequenti tra i maschi rispetto alle femmine in tutte le classi d'età, ad eccezione dell'età avanzata. I tumori maligni sono la prima causa di morte negli adulti tra 25 e 64 anni, con l'eccezione dei maschi 25-44. La probabilità di morire per tumore è doppia per gli uomini rispetto alle donne.
Il confronto tra la mortalità per infarto del miocardio e per tumore, particolarmente per neoplasia polmonare, nel Veneto e quella di altri Paesi industrializzati, indica distintamente quanto la diffusione delle neoplasie sia più preoccupante delle malattie coronariche.
La cirrosi epatica è la terza causa di morte nei maschi e la quarta nelle donne tra 45 e 65 anni.

[5] L'analisi per cause specifiche mostra come per i maschi il calo della mortalità sia determinato principalmente da un drastico calo della mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari e , sebbene in misura minore, da un rilevante calo della mortalità per neoplasie. Per quanto riguarda le femmine, il trend delle cause di morte presenta alcune analogie e alcune differenze rispetto ai maschi. I decessi per malattie cardiocircolatorie e cerebrovascolari sono in calo notevole, meno evidente, anche se presente è il calo dei decessi da neoplasie. In particolare, si rileva come i decessi per neoplasie della mammella mostrino un andamento altalenante ma tendenzialmente in calo, mentre nelle donne si mantiene costante la mortalità per neoplasie del polmone che invece è in calo nei maschi.

I suicidi rappresentano la seconda causa di morte nei giovani maschi tra 15 e 24, superiore a quella da tumori. Tra 15 e 44 anni i suicidi sono da quattro a cinque volte più frequenti nei maschi rispetto alle femmine e sono ancora tre volte più frequenti tra uomini compresi tra 45 e 64 anni. Al di sotto dei 65 anni i suicidi sono sempre compresi tra le prime sei cause di morte negli adulti di entrambi i sessi.

Anni potenziali di vita perduti

Gli anni di vita potenziale perduti rivelano quanto una determinata patologia accorcia complessivamente la durata della vita in una determinata popolazione. Questo indicatore sottende il concetto di mortalità prematura.

Gli accidenti da traffico costituiscono in media, nel corso di un anno, la più importante causa di morte precoce tra gli uomini sotto i 65 anni, in quanto complessivamente fanno perdere oltre 15.000 anni potenziali di vita. Questa cifra evidenzia la realtà drammatica dei traumi da traffico nella nostra Regione, che contribuiscono ad accorciare gli anni potenziali di vita tre volte di più della seconda patologia più importante, cioè la malattia ischemica del cuore, che provoca la perdita di oltre cinquemila anni potenziali di vita. Ancora per i maschi, altre due patologie contribuiscono, nell'ordine, ognuna a ridurre la durata potenziale della vita di quattro-cinquemila anni: tumore dei polmoni e suicidio. Seguono, in ordine di importanza, le patologie perinatali (2.400 anni perduti), la neoplasia del colon (2.100) ed i traumi occupazionali (1.900).

Tra le donne, il tumore della mammella rappresenta la più importante causa di perdita di anni di vita ma i traumi stradali seguono da vicino (poco oltre quattromila anni per la neoplasia mammaria e quasi 4.000 per gli accidenti da traffico). Il fatto che le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentino la terza e quarta causa di anni di vita perduti, riflette l'ottimo stato di salute delle donne nel Veneto in età precedenti la vecchiaia. Altre importante cause di riduzione dell'aspettativa di vita sono la neoplasia del colon (1.500 anni perduti), l'ictus (1.300), il tumore polmonare ed il suicidio (1,100 ciascuna) e le malattie ischemiche del cuore (900).

B1a 2 Quadro demografico

La popolazione

La popolazione residente nel Veneto, è in continua crescita da più di un decennio e in aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al dato del 2006.

Dagli ultimi dati Istat (al 31/12/2010) la popolazione del Vento è di 4.937.854 abitanti.

Le quote maggiori di popolazione si concentrano nelle province di Padova, Verona e Treviso, ciascuna con oltre il 18% della popolazione complessiva; Vicenza e Venezia concentrano rispettivamente il 17,6% e il 17,5% della popolazione, mentre Belluno e Rovigo raggiungono quote molto inferiori sull'ordine del 5%. Rispetto al 2005, Verona è la provincia che registra l'incremento di popolazione più consistente, +2,3 punti percentuali, seguita da Treviso (+1,9%) e Padova (+1,6%). Inferiore al mezzo punto percentuale è invece la variazione di popolazione per Belluno e Rovigo.

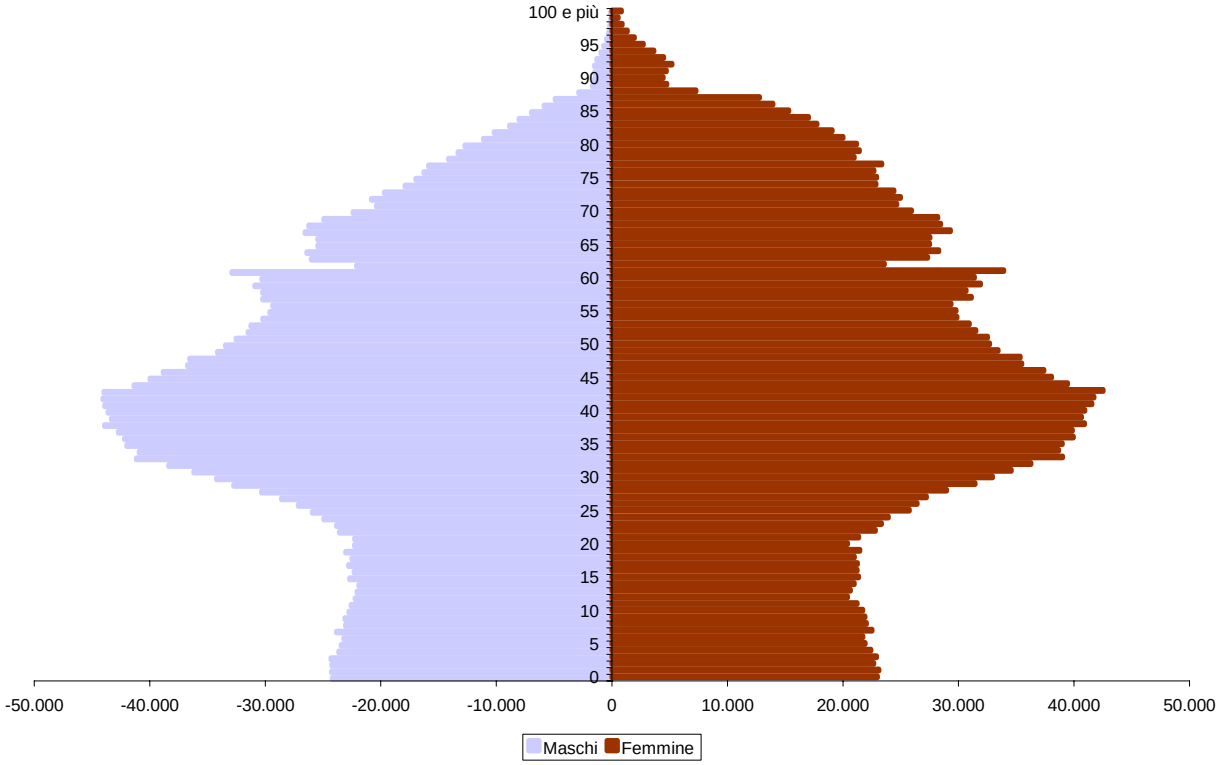
Dal 1991 ad oggi la popolazione del Veneto cresce con un ritmo di quasi 6 persone all'anno ogni 1.000 abitanti inizialmente censiti. L'espansione demografica interessa quasi il 78% dei comuni del territorio regionale, nei quali risiede oltre il 79% della popolazione e il cui tasso di crescita si attesta mediamente su 9,1 persone ogni mille residenti. L'aumento interessa principalmente la fasce centrali del territorio regionale, mentre i comuni afflitti dallo spopolamento sono in prevalenza situati nella zona montana e nella bassa pianura padana, a cui si aggiungono i comuni capoluogo di Venezia, Padova, Rovigo e Treviso.

Rispetto all'intero territorio nazionale, il Veneto si caratterizza per una crescita di popolazione più elevata, e con un incremento rispetto all'anno precedente più marcato. Se la crescita per componente naturale è molto bassa, sia in Veneto che in Italia, a fare la differenza rispetto alla situazione nazionale è la crescita migratoria più elevata.

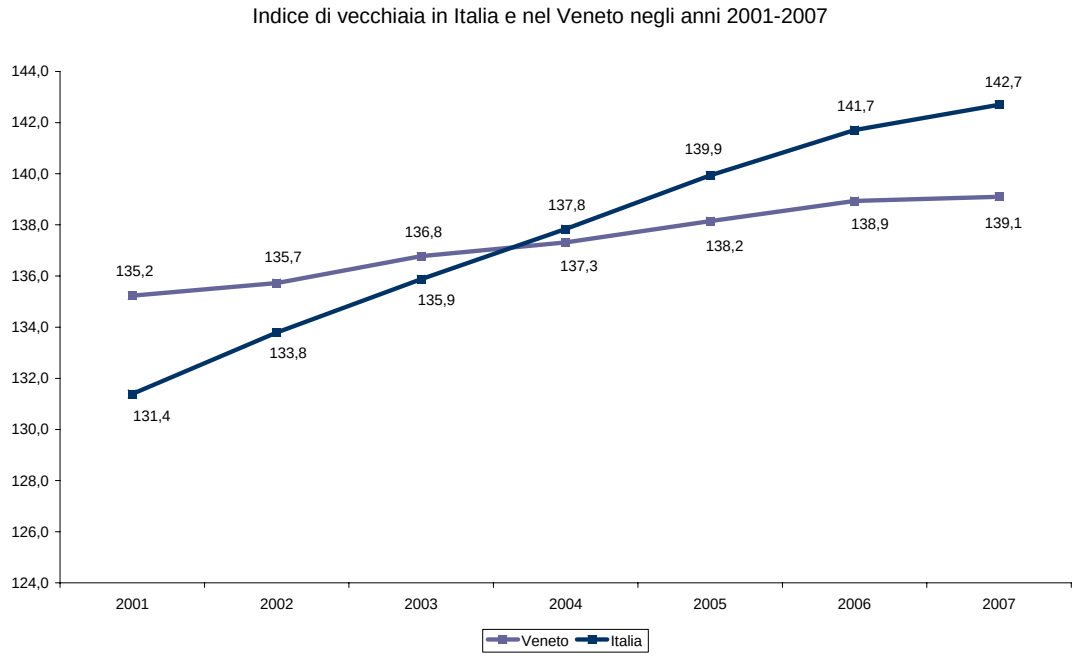
È soprattutto l'attrattività della nostra regione a determinare l'incremento di abitanti complessivo. Il

saldo migratorio positivo e particolarmente elevato per le province situate nella fascia centrale del territorio regionale mostra che l'aumento della popolazione è determinato dall'ingresso di nuovi abitanti, provenienti in prevalenza fuori dal Veneto. Più contenuti sono gli spostamenti interni tra province venete: i territori che registrano maggiori flussi migratori interni alla regione sono il padovano e il veronese.
La componente naturale, invece, ha un'incidenza più contenuta per tutte le province, dato l'allungamento della vita media e il calo della fecondità che arresta il numero di nuovi nati. In alcune province il saldo naturale è negativo: Belluno, Rovigo e Venezia registrano nel 2006 un numero più elevato di morti che di nuovi nati; diversamente Treviso e Vicenza si rivelano le province che maggiormente contribuiscono alla crescita della popolazione nella sua componente naturale, registrando saldi naturali più elevati, in buona parte determinati dai nuovi nati da donne straniere: infatti, Treviso e Vicenza risultano le province con la maggiore incidenza di stranieri, rispettivamente il 9,1% e il 9,0% della popolazione veneta rilevata nel 2006.
Il basso numero di nascite, che perdura ormai da oltre un ventennio, sommato all'allungamento continuo della vita media, rende l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo.
Anche il Veneto è in linea con le tendenze demografiche nazionali: il processo di invecchiamento della popolazione, seppure più lento rispetto alla situazione italiana, vede nel 2006 una quota pari a quasi 139 anziani di età superiore ai 65 anni ogni 100 giovani in età 0-14, con un incremento rispetto al 2001 di 2,7 punti percentuali. E il fenomeno sembra essere in continua ascesa, registrando un costante e progressivo sbilanciamento nella composizione della popolazione complessiva. Nell'ultimo ventennio gli anziani in Veneto sono aumentati in modo considerevole, infatti mentre al censimento del 1981 rappresentavano il 13% della popolazione, oggi ne costituiscono oltre il 19%. In particolare si è assistito ad un aumento consistente degli ultraottantenni. Tale crescita, inoltre, sembra destinata a mantenersi: infatti, secondo quanto ipotizzano le previsioni sulla popolazione, entro il 2025 gli anziani nella nostra regione potrebbero aumentare fino a incidere per il 26% della popolazione.
Sempre più consistente si configura lo squilibrio tra giovani e anziani, tra chi produce o potenzialmente lo farà, e chi beneficia dell'attività svolta in passato. Un ridimensionamento della popolazione in età attiva può comportare importanti cambiamenti nel mercato del lavoro, mentre se si considerano le dinamiche familiari non si può non prevedere in futuro una maggiore richiesta di cura da parte di individui anziani, che graverà su soggetti a loro volta mediamente più anziani e in numero progressivamente più contenuto.

Gli immigrati residenti in Veneto sono 403.985 pari all’8,36% sull’intera popolazione ed al 10,96% sulla popolazione di non immigrati.



La classe d'età maggiormente rappresentativa è quella dai 35 ai 45 anni come meglio evidenziato nel grafico sopra riportato.
L'incidenza degli ultrasessantacinquenni (indice di invecchiamento), pari al 18,43% della popolazione regionale risulta inferiore al dato nazionale.
L'indice di vecchiaia, indicatore sintetico dell'invecchiamento della popolazione, è in costante leggera crescita dal 2001 ma, dall'anno 2004 si pone al di sotto di quello nazionale che è pari a 142 ultra 65enni ogni 100 individui con età inferiore a 15 anni.



B1a 3 Quadro socio-economico

Si stima per il Veneto una crescita complessiva del PIL pari a un +1,8% nel 2007 e una prospettiva di +0,7% per il 2008. Il risultato del 2007, migliore di quello nazionale è attribuibile soprattutto alla crescita dei servizi, e alla tenuta della domanda interna.
Nel 2006, ultimo anno del dato ufficiale di contabilità territoriale, si è sviluppata e gradualmente consolidata la ripresa avviata nell'estate 2005, tanto da raggiungere il tasso di crescita più alto degli ultimi sei anni, +2,5% e da far realizzare al Veneto la migliore performance dell'anno tra le regioni, accanto al Friuli Venezia Giulia: il PIL - calcolato in termini reali, ossia eliminando l'influenza esercitata dalla variazione dei prezzi - è cresciuto più dell'intera ripartizione Nord-Est,+2,4%, più dell'intera nazione,+1,8%. Anche nel 2006 il Veneto si conferma la terza regione italiana nel contributo al PIL nazionale: la quota del PIL veneto sul totale nazionale è stata 9,5%, superata dal Lazio (10,8%) e dalla Lombardia (20,8%).
Hanno contribuito al buon risultato sicuramente l'evoluzione in atto nel settore industriale e lo sviluppo degli scambi internazionali, la flessibilità del sistema produttivo che sta cogliendo l'importanza dei fattori innovativi nei diversi processi di produzione, organizzazione e distribuzione.
La domanda interna è stata sostenuta dalla spesa delle famiglie, +1,4%, che pure hanno mantenuto un atteggiamento prudenziale dovuto principalmente alle turbolenze del mercato finanziario.
Nel 2007 si stima ancora una buona propensione al consumo, ma già nell'ultima fase dell'anno si fa strada l'indebolimento della spesa delle famiglie dovuto all'accelerazione dell'inflazione, all'aumento degli oneri per il servizio del debito, pagamento degli interessi e restituzione del capitale, e al minore ricorso al mercato del credito, divenuto più costoso.
Gli investimenti totali, dopo l'accelerazione del 2005, si profilano in rallentamento, evidenziando incrementi modesti nel biennio 2007-2008, come del resto per quasi tutte le regioni italiane.

Il valore aggiunto settoriale

L'apporto determinante alla crescita del valore aggiunto è stato quello dell'industria che in Veneto rappresenta ancora il 35,1% dell'intera ricchezza regionale e che nel 2006 ha mostrato una decisa ripresa, +3,1%, dopo anni di stasi. Sono migliorate, infatti, entrambe le sue componenti: il comparto delle costruzioni non è stato brillante come l'anno precedente, ma è comunque aumentato del 2,4%, mentre l'industria in senso stretto, dopo la frenata del 2005, si è ripresa registrando un tasso del +3,3%.
Il settore dei servizi, che rappresenta il 62,2% del PIL regionale e nel 2005 aveva mostrato una quasi immobilità, nel corso del 2006 si è positivamente evoluto, +2%, sostenuto soprattutto dal comparto del commercio che ha avuto un'ottima performance, +2,9%. L'unico comparto con variazione di segno negativo nella produzione di valore aggiunto regionale è l'agricoltura che continua la sua discesa dal picco positivo riportato nel 2004.

La produttività

La produttività del lavoro è sempre stata un elemento chiave nella misura della competitività e attrattività di un territorio, ma in ambito aziendale viene spesso considerata quale indice del grado di efficienza economica e quindi di "qualità" di un'organizzazione, ovvero di un settore o area. In particolare un miglioramento di produttività, a parità di intensità di lavoro, si giustificherebbe con l'utilizzo dell'introduzione di processi innovativi nell'organizzazione e/o nelle tecnologie che indiscutibilmente alzano pure il livello di qualità del lavoro.
La ripresa della produttività del lavoro è stata piuttosto forte in Veneto dal 2003 in poi: la ricchezza prodotta per unità di lavoro nel 2006 di 51,9 mila euro è tra i valori regionali più elevati e il ritmo di crescita è stato superiore a quello nazionale, a parità di andamento delle unità di lavoro.
Tale recupero appare netto soprattutto nel settore dell'industria in senso stretto, dove, nonostante l'aumento dell'occupazione, si nota l'assottigliarsi del divario tra il livello della produttività regionale e quello nazionale tradizionalmente più elevato. Se ne trae un segnale della trasformazione dell'industria manifatturiera tradizionale veneta che sta privilegiando sempre più prodotti di alta qualità a più elevato valore aggiunto. Per gli altri settori, che mostrano livelli di

produttività superiori a quelli nazionali, si evidenzia il calo nell'agricoltura e la timida ripresa nei servizi che dal 2002 vedono allargarsi la forbice con l'Italia.

B1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

La Regione Veneto sta perseguendo dal 2000 una costante diminuzione del tasso di ospedalizzazione al fine di uniformarlo a quello previsto dalla normativa nazionale e pari a 160.

	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda Sanitaria e Anno di riferimento							
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
101	193,92	187,53	173,80	167,11	163,90	164,39	163,60	159,42
102	181,85	174,43	166,70	163,48	162,86	156,34	155,65	153,12
103	178,88	179,75	174,10	169,00	169,08	163,84	161,07	156,21
104	175,07	171,55	160,07	155,15	150,89	149,04	144,92	142,07
105	212,00	220,84	200,88	187,89	176,71	167,87	164,03	162,12
106	197,71	205,32	191,04	189,65	187,96	175,19	164,84	156,01
107	191,66	180,57	177,53	168,82	165,22	164,54	158,89	148,25
108	189,06	181,74	178,00	171,09	174,71	173,78	164,25	153,18
109	186,67	186,87	188,17	183,97	177,16	177,82	171,51	162,28
110	205,94	200,71	191,78	187,97	180,59	173,98	170,24	165,07
112	212,07	214,46	209,86	200,88	187,97	183,33	178,95	174,46
113	204,77	197,77	199,69	194,12	188,94	180,12	176,84	164,50
114	219,43	233,40	225,21	214,13	211,32	186,91	179,89	174,60
115	197,14	194,42	188,33	183,67	183,16	177,45	174,51	162,99
116	196,78	202,65	200,32	198,44	189,81	181,46	181,61	170,94
117	190,46	186,25	186,18	182,56	177,64	174,11	170,32	163,70
118	191,45	183,16	178,06	170,04	164,70	167,50	166,91	163,69
119	208,48	211,15	212,49	211,89	208,13	210,34	199,56	186,43
120	196,08	204,22	213,42	206,87	200,63	197,05	192,17	177,35
121	225,07	226,43	194,65	193,84	186,37	184,20	178,80	172,30
122	217,84	219,70	215,56	211,49	210,56	205,91	201,32	180,36
media	198,68	198,23	191,71	186,29	181,82	176,91	172,38	164,24

Il dato regionale evidente è il calo di oltre 30 punti degli ultimi 8 anni passando da oltre 198 punti a 164 registrato nel 2007.

	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato per Azienda Sanitaria e Anno di riferimento							
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
101	193,92	187,53	173,80	167,11	163,90	164,39	163,60	159,42
102	181,85	174,43	166,70	163,48	162,86	156,34	155,65	153,12
media	187,89	180,98	170,25	165,30	163,38	160,37	159,63	156,27
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
103	178,88	179,75	174,10	169,00	169,08	163,84	161,07	156,21
104	175,07	171,55	160,07	155,15	150,89	149,04	144,92	142,07
105	212,00	220,84	200,88	187,89	176,71	167,87	164,03	162,12
106	197,71	205,32	191,04	189,65	187,96	175,19	164,84	156,01
media	190,92	194,37	181,52	175,42	171,16	163,99	158,72	154,10
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
107	191,66	180,57	177,53	168,82	165,22	164,54	158,89	148,25
108	189,06	181,74	178,00	171,09	174,71	173,78	164,25	153,18

109	186,67	186,87	188,17	183,97	177,16	177,82	171,51	162,28
media	189,13	183,06	181,23	174,63	172,36	172,05	164,88	154,57
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
110	205,94	200,71	191,78	187,97	180,59	173,98	170,24	165,07
112	212,07	214,46	209,86	200,88	187,97	183,33	178,95	174,46
113	204,77	197,77	199,69	194,12	188,94	180,12	176,84	164,50
114	219,43	233,40	225,21	214,13	211,32	186,91	179,89	174,60
media	210,55	211,59	206,64	199,28	192,21	181,09	176,48	169,66
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
115	197,14	194,42	188,33	183,67	183,16	177,45	174,51	162,99
116	196,78	202,65	200,32	198,44	189,81	181,46	181,61	170,94
117	190,46	186,25	186,18	182,56	177,64	174,11	170,32	163,70
media	194,79	194,44	191,61	188,22	183,54	177,67	175,48	165,88
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
118	191,45	183,16	178,06	170,04	164,70	167,50	166,91	163,69
119	208,48	211,15	212,49	211,89	208,13	210,34	199,56	186,43
media	199,97	197,16	195,28	190,97	186,42	188,92	183,24	175,06
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
120	196,08	204,22	213,42	206,87	200,63	197,05	192,17	177,35
121	225,07	226,43	194,65	193,84	186,37	184,20	178,80	172,30
122	217,84	219,70	215,56	211,49	210,56	205,91	201,32	180,36
media	213,00	216,78	207,88	204,07	199,19	195,72	190,76	176,67

La Regione del Veneto ha attivato, sin dalla metà degli anni Novanta, importanti processi di riorganizzazione e di razionalizzazione della rete ospedaliera. Tale opera innovatrice è stata interessata da un ulteriore impulso nel corso del 2005, con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005.
Per gli aspetti che qui interessano, gli elementi fondamentali sono il continuo processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e la costante diminuzione dei pl dal 2005 ad oggi, accompagnata da provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, ha portato la Regione Veneto , come già indicato, al rispetto dei parametri del nuovo Patto della Salute 2010-2012.

Come è sopra dimostrato, questi obiettivi sono già stati raggiunti dalla Regione Veneto, ma ciò non fa certo venir meno l'attenzione ad un ulteriore miglioramento, soprattutto in direzione di una maggiore uniformità tra le Aziende Sanitarie del Veneto.[6]
Per questo motivo, la Regione Veneto ha voluto, proseguire il percorso di ridefinizione della rete ospedaliera del Veneto dando avvio ad un ulteriore revisione delle dotazioni ospedaliere al fine non solo di un adeguamento agli standard di legge, ma altresì al fine di garantire una più efficiente distribuzione delle risorse e più efficaci modelli di gestione delle medesime.
Le azioni si sono incentrate non solo sull'offerta complessiva di assistenza ospedaliera ma anche sul miglioramento dell'efficienza del processo di produzione e di erogazione delle singole prestazioni. Uno degli elementi di maggiore innovazione riguarda come già citato al punto B0 il superamento di rigide classificazione dei presidi ospedalieri e l'individuazione di profili funzionali in cui includere ciascun presidio ospedaliero all'interno di una logica di rete.

Domanda di prestazioni

[6] Si ricorda la Deliberazione n. 751 del 11 marzo 2005,

Oltre alla costante diminuzione del tasso di ospedalizzazione, di cui si è già parlato,un altro importante elemento che permette l'analisi e la valutazione delle prestazioni rese nell'ambito del sistema sanitario regionale è quello relativo ai dati dei DRG, Diagnosis Related Group.
Le tabelle che seguono mostrano i 30 DRG più frequenti e pertanto le 30 più frequenti richieste di prestazioni sia in ambito di ricovero ordinario che diurno.

RICOVERI ORDINARI

RICOVERI ORDINARI		
ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	ANNO 2005	
	Numero dimissioni	Percentuale sul totale
373. PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	30.378	4,94%
127. INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	17.615	2,87%
209. INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI ED ARTI	13.329	2,17%
371. TAGLIO CESAREO SENZA CC	12.214	1,99%
014. MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	10.483	1,71%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	9.345	1,52%
112. INTERVENTI CARDIOVASCOLARI PERCUTANEI	8.507	1,38%
430. PSICOSI	8.190	1,33%
089. POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETA' >17 CON CC	7.405	1,20%
183. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGESTIVI ETA' >17 SENZA CC	7.398	1,20%
088. MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	7.202	1,17%
012. MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	6.488	1,06%
087. EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	6.263	1,02%
243. DISTURBI DORSO	6.006	0,98%
494. COLECISTECTOMIA PER VIA LAPAROSCOPICA SENZA CC	5.997	0,98%
410. CHEMIOTERAPIA	5.424	0,88%
082. NEOPLASIE APPARATO RESPIRATORIO	5.064	0,82%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	4.884	0,79%
015. ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	4.746	0,77%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	4.472	0,73%
125. DISTURBI CIRCOLATORI ESCL. IMA CON CATETERISMO CARD. E DIAGN. NON COMPLIC.	4.446	0,72%
219. INTERV. ARTO INFERIORE E OMERO ESCL. ANCA, PIEDE, FEMORE ETA' >17 SENZA CC	4.433	0,72%
184. ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELL. DISTURBI DIGETIVI ETA' 0-17	4.366	0,71%
225. INTERVENTI PIEDE	4.302	0,70%
203. TUMORI MALIGNI APPARATO EPATOBILIARE E PANCREAS	4.299	0,70%
316. INSUFFICIENZA RENALE	4.267	0,69%
215. INTERVENTI SCHIENA E COLLO SENZA CC	4.178	0,68%
211. INTERVENTI ANCA E FEMORE ESCL. ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA' >17 SENZA CC	4.110	0,67%
247. SEGNI E SINTOMI APP. OSTEOMUSCOLARI E TESSUTO CONNETTIVO	3.880	0,63%
311. INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	3.836	0,62%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	219.691	35,75%
ALTRI DRG	394.892	64,25%
TOTALE TUTTI I DRG	614.583	100,00%

	RICOVERI DIURNI	
ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL VENETO - 30 DRG PIU' FREQUENTI		
TIPO DRG - RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DI DIAGNOSI	ANNO 2005	
	Numero dimissioni	Percentuale sul totale
410. CHEMIOTERAPIA	26.169	9,80%
039. INTERVENTI SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14.205	5,32%
222. INTERVENTI GINOCCHIO SENZA CC	12.795	4,79%
381. ABORTO CON Dxx, ISTEROSUZIONE O ISTEROTOMIA	11.690	4,38%
162. INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	10.675	4,00%
364. DeC, CONIZZAZIONE ESCL. TUM. MALIGNO	8.690	3,26%
119. LEGATURA E STRIPPING VENE	7.833	2,93%
229. INTERVENTI MANO O POLSO ESCL. INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZ. SENZA CC	6.459	2,42%
231. ASPORTAZIONE LOCALE E RIMOZIONE MEZZI FISSAZ. INTERNA ESCL. ANCA E FEMORE	5.507	2,06%
006. DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	5.097	1,91%
060. TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' 0-17	5.022	1,88%
359. INTERVENTI UTERO E ANNESSI NON PER TUM. MALIGNO SENZA CC	4.774	1,79%
270. ALTRI INTERVENTI PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	4.614	1,73%
266. TRAPIANTO PELLE E/O ASPORTAZ. TESSUTO ESCL. ULCERA PELLE O CELLUL. SENZA CC	4.602	1,72%
158. INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	3.817	1,43%
139. ARITMIA E DISTURBI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	3.549	1,33%
412. ANAMNESSI DI TUMORE MALIGNO CON ENDOSCOPIA	3.256	1,22%
467. ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3.055	1,14%
227. INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	2.915	1,09%
055. MISCELLANEA INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO E GOLA	2.880	1,08%
395. ANOMALIE GLOBULI ROSSI ETA' >17	2.835	1,06%
239. FRATTURA PATOLOGICA E TUM. MALIGNI APP. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	2.787	1,04%
311. INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	2.594	0,97%
408. DIST. MIELOPROLIFERATIVI O NEOPL. SCARSAMENTE DIFFERENZ. CON ALTRI INTERV.	2.575	0,96%
409. RADIOTERAPIA	2.544	0,95%
360. INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	2.540	0,95%
339. INTERVENTI TESTICOLO NON PER TUMORE MALIGNO ETA' >17	2.468	0,92%
262. BIOPSIA MAMMELLA ED ASPORTAZIONE LOCALE NON PER TUMORE MALIGNO	2.382	0,89%
189. ALTRE DIAGNOSI APPARATO DIGERENTE ETA' >17 SENZA CC	2.177	0,82%
131. DISTRURBI VASCOLARI PERIFERICI SENZA CC	2.121	0,79%
SUB TOTALE PRIMI 30 DRG	170.506	63,87%
ALTRI DRG	96.437	36,13%
TOTALE TUTTI I DRG	266.943	100,00%

Il macro dato che le tabelle illustrano dimostra la sempre maggiore necessità di un ospedale articolato e progettato per garantire un'assistenza a doppia "faccia": una diurna basata sull'attività di Day Hospital e Day Surgery, ed un'altra a ciclo continuativo per acuti. Quest'ultima sempre più ancorata tipologicamente all'aspetto chirurgico e quindi alle aree intensive quali i Gruppi Operatori, le Terapie Intensive, la Diagnostica etc.

Già a partire dal 2007 la Regione Veneto ha avviato il progetto "Il Giusto Tempo della Salute", il Piano attuativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale [7]
I cardini su cui poggia il progetto sono i seguenti:

Informazione e comunicazione

Al fine di migliorare la qualità dell'informazione e della comunicazione si prevede, a livello regionale, la messa in atto di campagne di informazione con cadenza periodica per rendere efficace e sistematica l'azione specie in relazione: ai tempi di erogazione delle prestazioni, al sistema dell'offerta e sua accessibilità, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione e alle regole a tutela dell'equità e trasparenza, ai doveri che l'utente è tenuto a rispettare.

Domanda

La Regione ha identificato l'utilizzo di "classi di priorità" come strategia fondamentale per la gestione delle liste di attesa secondo criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittivi.
Per le prestazioni ambulatoriali le Aziende devono adeguarsi nel: recepire i tempi massimi di attesa, responsabilizzare tutti i medici all'attribuzione sistematica della classe di priorità, mettere in atto l'utilizzo di sistemi di prenotazione adeguati al piano, prevedere modalità per verifiche a campione e per la sistematica rivalutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle specifiche cliniche.
Per le prestazioni di ricovero le Aziende devono recepire i tempi massimi di attesa.

[7] approvato con DGRV n. 600 del 13/03/2007.

Offerta

Ciascuna Azienda è tenuta a: verificare l'entità del fabbisogno assistenziale locale e a verificare la propria organizzazione dell'offerta, a distinguere le prestazioni individuandone altresì gli ambiti territoriali e le strutture eroganti, indicare le procedure in caso di superamento dei tempi massimi.

Monitoraggio

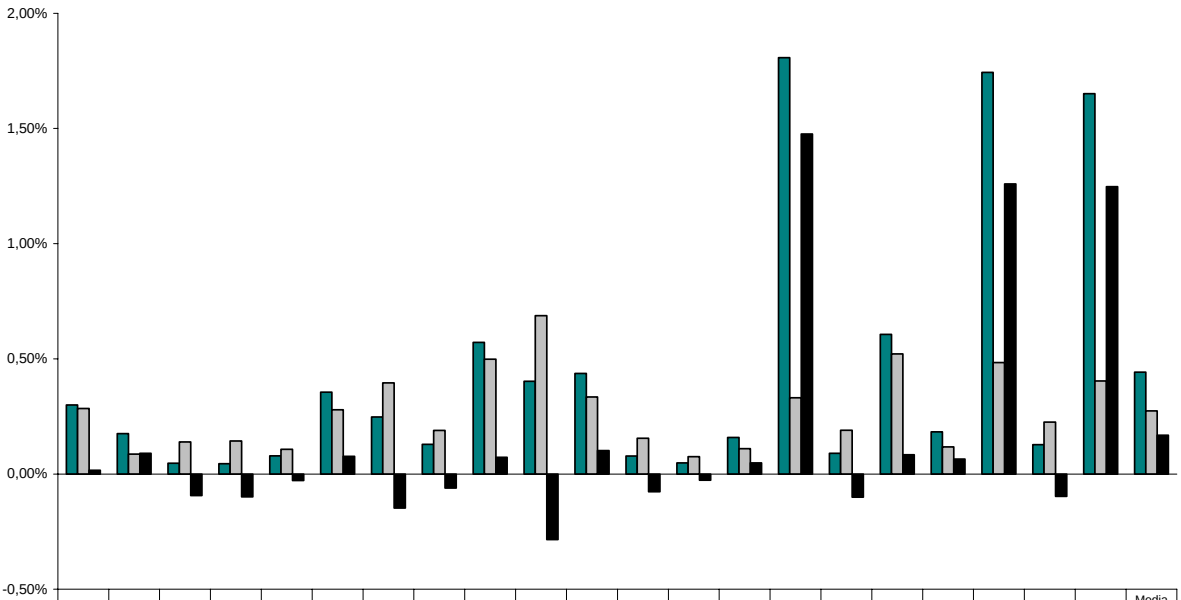
Il piano prevede l'attivazione di un monitoraggio di sistema delle liste di attesa, delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione e delle prestazioni.

L'obiettivo finale è quello di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione delle prestazioni stabilite al fine di garantire al meglio la tempestività nella diagnosi in funzione della gravità dei sintomi, al fine di ottimizzare l'erogazione delle prestazione in ragione dell'effettiva necessità del paziente.
Il piano prevede infatti per le strutture sanitarie, un tempo massimo di risposta nel fornire la prestazione, diverso in ragione del grado di urgenza che il MMG assegna in base alla valutazione, alla richiesta stessa.

B1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)

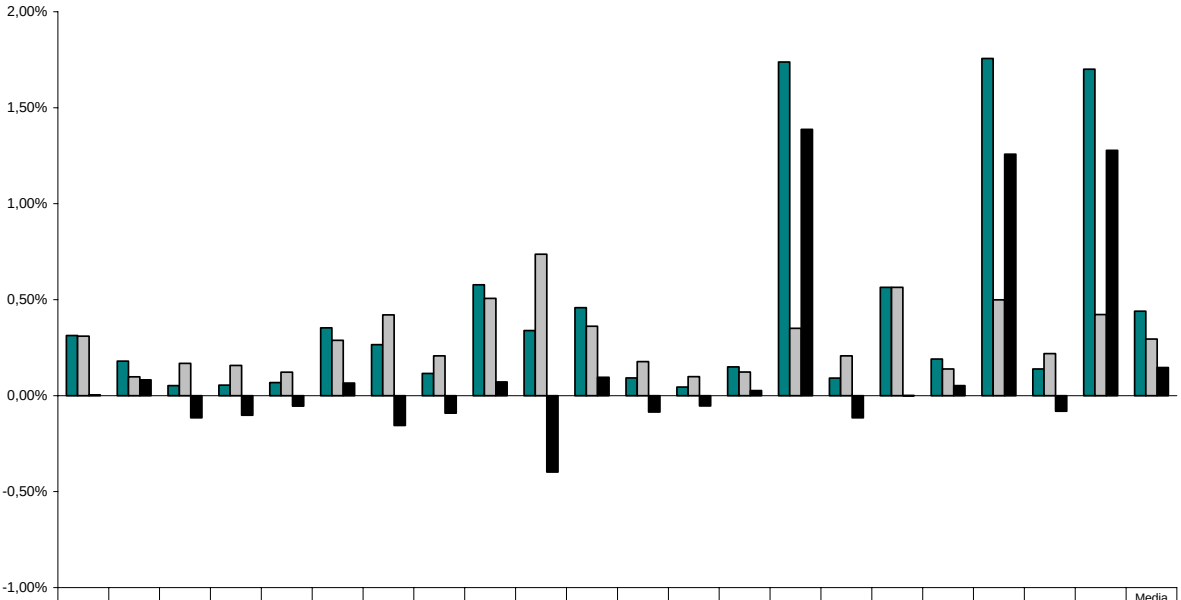
I grafici sotto evidenziati riportano i dati degli anni 2006 e 2007 relativi al saldo di attrazione e fuga per singole Aziende.

Saldo attrazione e fuga 2006



	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,30%	0,18%	0,05%	0,05%	0,08%	0,36%	0,25%	0,13%	0,57%	0,40%	0,44%	0,08%	0,05%	0,16%	1,81%	0,09%	0,61%	0,18%	1,74%	0,13%	1,65%	0,44%
Indice di fuga	0,28%	0,09%	0,14%	0,14%	0,11%	0,28%	0,40%	0,19%	0,50%	0,69%	0,33%	0,16%	0,07%	0,11%	0,33%	0,19%	0,52%	0,12%	0,48%	0,22%	0,40%	0,27%
Saldo	0,02%	0,09%	-0,09%	-0,10%	-0,03%	0,08%	-0,15%	-0,06%	0,07%	-0,28%	0,10%	-0,08%	-0,03%	0,05%	1,48%	-0,10%	0,08%	0,06%	1,26%	-0,10%	1,25%	0,17%

Saldo attrazione e fuga 2007



	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	Media reg.
Indice di attrazione	0,31%	0,18%	0,05%	0,06%	0,07%	0,35%	0,27%	0,12%	0,58%	0,34%	0,46%	0,09%	0,05%	0,15%	1,74%	0,09%	0,56%	0,19%	1,76%	0,14%	1,70%	0,44%
Indice di fuga	0,31%	0,10%	0,17%	0,16%	0,12%	0,29%	0,42%	0,21%	0,51%	0,74%	0,36%	0,18%	0,10%	0,12%	0,35%	0,21%	0,56%	0,14%	0,50%	0,22%	0,42%	0,29%
Saldo	0,00%	0,08%	-0,12%	-0,10%	-0,05%	0,07%	-0,16%	-0,09%	0,07%	-0,40%	0,10%	-0,09%	-0,05%	0,03%	1,39%	-0,12%	0,00%	0,05%	1,26%	-0,08%	1,28%	0,15%

Relativamente all'anno 2007, oltre il 9% delle dimissioni ospedaliere nelle strutture del Veneto, pari a oltre 76.000 persone, riguarda residenti in altre Regioni.

La mobilità dei ricoveri costituisce un fenomeno di notevole interesse ai fini del governo del Sistema Socio Sanitario Regionale per almeno due motivi:
- descrive i bacini di utenza reali dei presidi ospedalieri;
- può fornire indicazioni di massima sulla adeguatezza quantitativa, ma anche qualitativa della dotazione di servizi ospedalieri delle diverse aree servite dalle Aziende Ulss, cogliendo indirettamente il grado di soddisfazione da parte dei cittadini.

Gli indicatori che sono stati utilizzati in questo caso vengono denominati **indice di attrazione** e **indice di fuga**.

INDICE DI ATTRAZIONE INDICE DI FUGA

La mobilità passiva interregionale si è indirizzata prevalentemente verso le seguenti Regioni: Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna ed il Trentino Alto Adige (Province Autonome di Bolzano e Trento).

Queste Regioni riuniscono circa tre quarti delle dimissioni fuori Regione di residenti e rappresentano i principali e naturali "competitori" del Veneto nelle dinamiche di domanda e offerta di servizi socio sanitari, anche in ragione della loro vicinanza geografica.

Saldo attrazione-fuga

Sempre riguardo ai ricoveri ordinari, la mobilità attiva risulta maggiormente distribuita tra le diverse Regioni. Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Trentino Alto Adige comprendono nel biennio 2006-2007 oltre il 54% dell'attrazione complessiva. Punte particolarmente elevate sono riscontrabili nella mobilità attiva di provenienza siciliana (7,60% nel 2007).

Da segnalare inoltre Puglia e Campania con quote intorno 4-5%.

Con le sole eccezioni di Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Trentino Alto Adige, il Veneto presenta saldi attrazione-fuga positivi nei confronti di tutte le altre regioni.

Da un punto di vista della capacità di attrazione del Sistema Sanitario Regionale e delle singole aziende che lo compongono, possiamo osservare che la realtà descritta potrebbe segnalare una certa "maturità" nelle specializzazioni e dei servizi esistenti.
In altre parole, ciò potrebbe indicare un'articolazione dei servizi che riesce a garantire un certo equilibrio e una particolare stabilità.
Il dato è comunque positivo perché dimostra che il Sistema Socio Sanitario Veneto è dotato di solidità ed ha ormai consolidato le proprie posizioni in ambito nazionale.

In ogni caso, i saldi di attrazione e fuga hanno generalmente un segno positivo. Il Sistema Sanitario Regionale è dotato quindi di una solida base su cui sviluppare una maggiore capacità attrattiva.
Il Veneto si appronta ad affrontare le nuove sfide, che i cambiamenti nell'architettura istituzionale del nostro Paese ci impongono, poggiando su indubbie risorse che vanno valorizzate e sfruttate in maniera più efficiente.
Il Sistema Sanitario Regionale Veneto, connotato da una forte presenza pubblica, presenta qualità che consentono di confrontarsi con i competitori di questo particolarissimo "mercato" che fa incontrare domanda e offerta di servizi socio sanitari.

Entrando più nello specifico, analizziamo la mobilità dei ricoveri rispetto alle seguenti classi di specialità:

- di base;
- intermedie;
- alte e altissime.

Con **specialità di base** si intende un insieme di discipline che comprende: Cardiologia, Geriatria, Medicina Generale, Nefrologia; Neurologia, Psichiatria, Unità coronarica, Chirurgia generale, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Terapia intensiva, Urologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Lungodegenza e Recupero e rieducazione funzionale.
Le **specialità intermedie** comprendono invece: Dermatologia, Emodinamica, Gastroenterologia, Malattie infettive e tropicali, Oncologia, Pneumologia, Radioterapia, Chirurgia maxillofacciale, Neuropsichiatria infantile.
Infine, le **specialità alte e altissime** includono: Ematologia, Endocrinologia, Medicina del Lavoro, Reumatologia, Cardiochirurgia + Terapia Intensiva, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia + Terapia Intensiva, Terapia intensiva neonatale, Riabilitazione specialistica e Altissime specialità.

La specialità non inserite nelle diverse fasce non compaiono perché non sono dotate di posti letto.

La rilevazione relativa agli insiemi di specialità sopra elencate evidenzia una situazione regionale complessivamente omogenea, con una media che raggiunge valori più elevati con riferimento alle specialità alte e altissime.
Anche le specialità intermedie presentano una media leggermente positiva. Ciò segnala la presenza di potenzialità non ancora espresse pienamente e l'opportunità di agire sulla dimensione organizzativa che caratterizza le diverse discipline.[8]

[8] La Regione Veneto, a seguito dell'accordo Stato-Regioni del marzo 2006, prima in Italia nel recepire il "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa triennio 2006/2008", ha approvato, con deliberazione n. 600 del 27 giugno 2006, l'integrazione e l'aggiornamento del programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
Nel marzo del 2007 la Regione ha dato corso al "Piano attuativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" avviando il progetto "Il Giusto Tempo della Salute".

B1a 6 Offerta ante operam

La Regione Veneto, è suddivisa territorialmente in n. 21 Aziende Unità Locali Socio Sanitarie; sono inoltre presenti n. 2 Aziende Ospedaliere (Padova e Verona) nei capoluoghi di provincia dove hanno sede importanti Università.
La rete ospedaliera è articolata secondo la tabella che segue dove vengono evidenziati i 18 ospedali interessati agli interventi oggetto del presente accordo:

U.L.S.S. n°	*OSPEDALE DI:*	SUPERFICIE TOTALE
		MQ
1	BELLUNO	69.898
	AGORDO	15.202
	CORTINA	18.698
	PIEVE DI CADORE	**13.246**
	AURONZO DI CADORE	6.714
	Totali	**123.758**
2	**FELTRE**	**51.719**
	LAMON	7.945
	Totali	**59.664**
3	**ASIAGO**	**12.496**
	BASSANO	89.259
	Totali	**101.755**
4	SCHIO	37.082
	THIENE	32.441
	Totali	**69.523**
5	**ARZIGNANO**	**21.996**
	LONIGO	12.808
	MONTECCHIO M.	**14.992**
	VALDAGNO nuovo	24.909
	VALDAGNO vecchio	17.594
	Totali	**92.299**
6	**VICENZA**	**148.054**
	NOVENTA V.NA	22.000
	Totali	**170.054**
7	CONEGLIANO	43.873
	VITTORIO V.TO	34.413
	Totali	**78.286**
8	CASTELFRANCO	promotore finanziario
	MONTEBELLUNA	
	Totali	
9	**TREVISO**	**120.536**
	ODERZO	23.606
	MOTTA DI LIVENZA	

		Totali	**144.142**
10		**S.DONA' DI PIAVE**	**27.362**
		IESOLO	15.481
		PORTOGRUARO	29.038
		Totali	**71.881**
12		MESTRE	finanziati art. 71 e art. 20
		SS-GIOVANNI E P.	
		LIDO	
		Totali	
13		**MIRANO**	**66.065**
		NOALE	32.667
		DOLO	66.043
		Totali	**164.775**
14		**CHIOGGIA**	**28.383**
		CAVARZERE	
		Totali	**70.669**
15		**CAMPOSAMPIERO**	**36.877**
		CITTADELLA	**33.811**
		Totali	**70.688**
16		S.ANTONIO	30.952
		GERIATRICO	DISMESSO
		PIOVE DI SACCO	**42.286**
		Totali	**30.952**
17		CONSELVE	18.971
		MONSELICE	44.386
		ESTE	36.902
		MONTAGNANA	10.665
		MONTAGNANA vecchio	17.347
		Totali	**128.271**
18		ROVIGO	80.000
		TRECENTA	45.000
		Totali	**125.000**
19		ADRIA	31.294
		Totali	**31.294**
20		TREGNAGO	13.118
		S.BONIFACIO vecchio	21.369
		COLOGNA V.TA	20.579
		S.BONIFACIO nuovo	**115.000**
		MARZANA	41.359
		Totali	**211.425**
21		LEGNAGO	54.088
		BOVOLONE	10.000
		NOGARA	16.830
		ZEVIO	12.600

		Totali	**93.518**
22		BUSSOLENGO	27.484
		VILLAFRANCA	10.471
		ISOLA DELLA SCALA	14.497
		VALEGGIO SUL MINCIO	
		MALCESINE	11.470
		CAPRINO	11.132
		Totali	**75.054**
Azienda Ospedaliera di Padova		**PADOVA**	**226.463**
		Totali	**226.463**
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona		**CIVILE MAGGIORE**	**149.108**
		POLICLINICO	**154.000**
		NUOVA PIASTRA	29.296
		Totali	**332.404**
		TOTALI	**2.471.875**

Le funzioni e le specificità di ogni singolo presidio ospedaliero sono meglio dettagliate più avanti in questo paragrafo.
L'offerta delle prestazioni sanitarie è condizionata dal patrimonio strutturale/immobiliare e tecnologico esistente, oggetto comunque di continui e necessari interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.
Da un lato, sono stati portati a compimento importanti interventi che hanno visto la realizzazione ed attivazione dei nuovi ospedali di San Bonifacio (VR) e Mestre (VE), l'avvio della realizzazione del nuovo polo unico dell'Azienda ULSS n. 4 a Santorso e l' del nuovo Polo Unico dell'Azienda ULSS n. 17 a Este-Monselice.
Parallelamente si stanno avviando o concludendo importanti interventi di completamento e ammodernamento strutturale e tecnologico negli ospedali di Montebelluna e Castelfranco (azienda ULSS n. 8), Mirano (azienda ULSS n. 13), Conegliano e Vittorio Veneto (azienda ULSS n. 7), Rovigo (Azienda ULSS n. 18), Bassano del Grappa (azienda ULSS n. 3), Camposampiero e Cittadella (azienda ULSS n. 15), Feltre (azienda ULSS n. 2), Venezia centro storico (azienda ULSS n. 12).
Un elemento di criticità delle strutture sanitarie esistenti è dato dall'esigenza di "aggiornare" funzionalmente gli spazi in relazione alle continue e necessarie richieste dettate da prestazioni sanitarie sempre più performanti e tecnologicamente avanzate.
Il patrimonio immobiliare sanitario regionale è caratterizzato da elementi intrinseci ed estrinseci derivanti dal diverso grado di vetustà e dal diverso ruolo di servizio svolto dal presidio ospedaliero.
L'ospedale esistente deve essere adeguato da un lato, all'evoluzione della normativa generale (antisismica, antincendio, imp. Elettrici, etc.) e specialistica dall'altro all'evoluzione delle funzioni e delle peculiarità proprie del servizio sanitario svolto.

In tale ottica, gli interventi previsti nel presente accordo riguardano n. 18 strutture ospedaliere in n. 15 Aziende che, allo stato attuale, abbisognano di un adeguamento/miglioramento per operare in accorpamenti di funzioni che meglio permettano la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle funzioni e dei percorsi diagnostico-riabilitativi, con l'obiettivo di offrire un elevato standard qualitativo dell'offerta sanitaria e un risparmio nella gestione dei processi aziendali.
Si confermano gli indirizzi, inseriti anche nell'Accordo di Programma dell' 11/12/2009.

La quantificazione delle dotazioni strutturali complessive

La quantificazione delle dotazioni ospedaliere regionali complessive viene determinata recependo sostanzialmente lo standard nazionale. L'adattamento alle specifiche esigenze della Regione del Veneto riguarda l'area riabilitativa, per la quale lo standard viene inteso in termini tendenziali, considerata l'entità e la capillarità, particolarmente ampia, della rete residenziale extraospedaliera esistente in Regione ed il contributo che la stessa già oggi offre in termini alternativi al ricovero e che consente di attestare la dotazione complessiva di posti letto pubblici e privati intorno alle 21.000 unità.

Occorre, peraltro, considerare al proposito che l'area riabilitativa ospedaliera dovrà essere oggetto di profonda riconsiderazione anche in funzione dei nuovi indirizzi in materia

La quantificazione delle dotazioni strutturali per funzione

La dotazione complessiva di posti letto per mille abitanti, che già registra uno standard allineato con lo standard di 4 pl per mille abitanti stabilito dal Patto della Salute e che è stato perseguito secondo il seguente procedimento:

1. tasso di ospedalizzazione, comprensivo dei ricoveri ordinari e diurni, al valore di 160 per mille abitanti come fissato dalle norme nazionali;
2. rilevazione epidemiologica volta a disaggregare il tasso di ospedalizzazione nelle varie funzioni che caratterizzano il ricovero ospedaliero;
3. per ognuna di dette funzioni è stata rilevata la degenza media, controllata e orientata sui parametri di efficacia ed efficienza;
4. le rilevazioni sono state considerate alla base della definizione del numero di posti letto per funzione e per abitanti tenendo conto anche dell'evoluzione tecnologica assistenziale e delle peculiarità organizzative delle singole aziende.

La definizione del rapporto ottimale tra funzione e bacino di utenza

Le singole funzioni specialistiche, con e senza degenza, per essere gestite con buoni livelli di performance, richiedono **bacini di utenza differenziati.** E' necessario pertanto predeterminare, per ogni funzione, la dimensione teorica ottimale del relativo bacino di utenza, anche se non necessariamente di immediata e meccanica applicazione alla realtà regionale , tenendo altresì conto delle interconnessioni obbligate fra le diverse funzioni specialistiche nel processo di diagnosi, cura e riabilitazione.

Le azioni di riordino della rete ospedaliera possono essere perseguite mediante progressivi obiettivi temporali (ad esempio: a tre o a sei anni) e possono trovare ragioni di "deroga temporanea" ed esplicita determinata da fattori esterni al sistema sanitario (ad esempio la viabilità), interni al sistema sanitario (ad esempio: fattori ostativi di tipo logistico o professionale) o ancora di carattere sociale (ad esempio: volontà di evitare eccessiva mobilità dell'utenza in contesti ambientali già oggettivamente disagiati).

Il Modello Ospedaliero sul Territorio

Viene tradotto sul territorio il modello ospedaliero.

Si fa presente che la programmazione regionale [9] prevede l'articolazione delle funzioni ospedaliere anche su più nosocomi, considerando unico il Presidio Ospedaliero per ULSS.

Infatti , per ogni Azienda ULSS e ogni Azienda Ospedaliera, viene prevista dalla Regione Veneto la predisposizione di specifiche schede di dotazione ospedaliera per il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati dalla Regione stessa. I modelli teorici sono stati attuati, per la parte ospedaliera, come segue:

[9] DDGRV 3223/02 e 751/05)

Ospedali Polo di riferimento regionale di alta specializzazione

Sono rappresentati dalle due Aziende Ospedaliere esistenti e presentano il più alto livello di complessità di assistenza ospedaliera in Regione. In particolare essi, oltre ad avere la presenza di tutte le funzioni proprie degli ospedali di rete e di valenza strategica provinciale, sono caratterizzati:

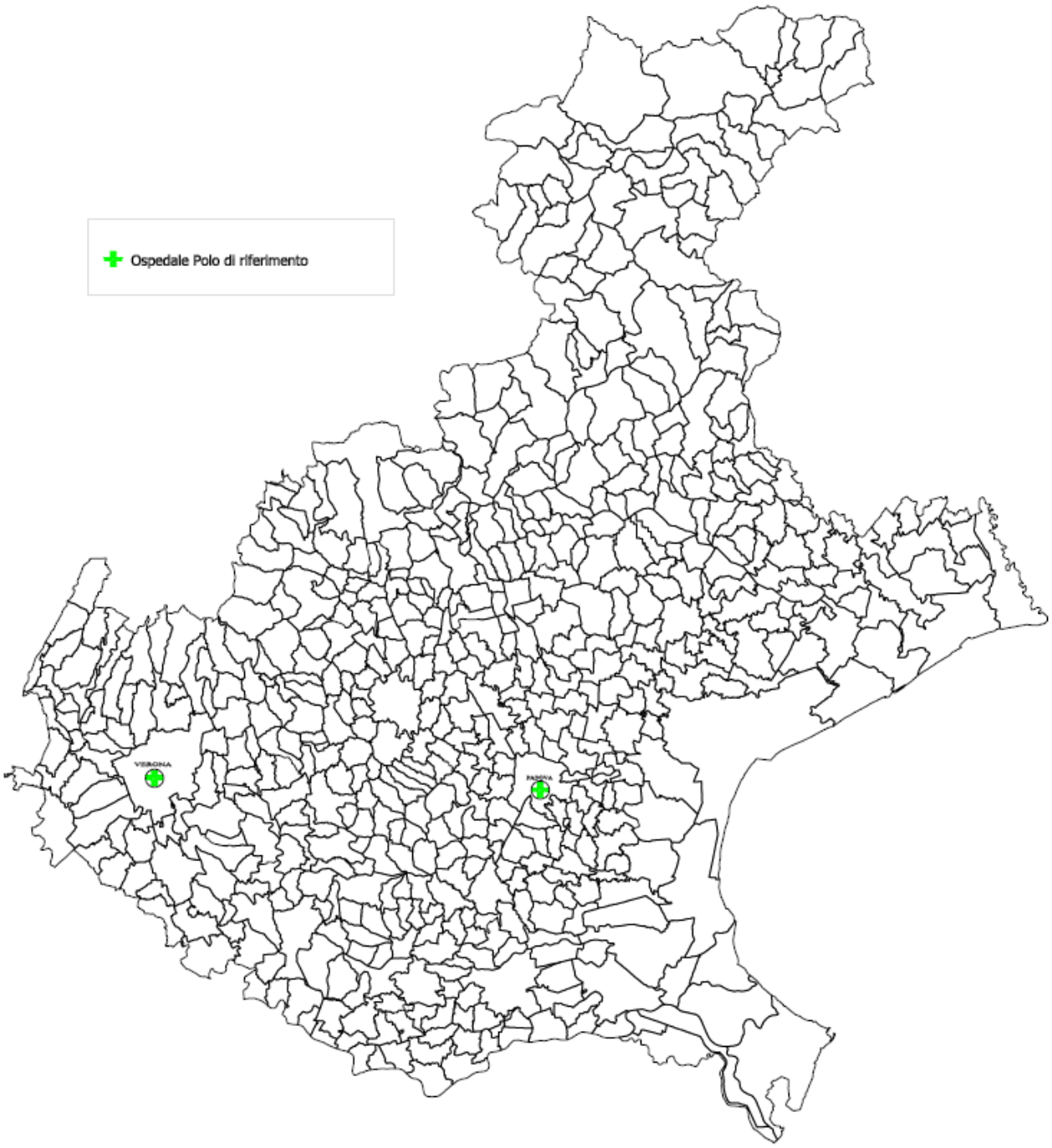
- dalla presenza di funzioni con un ambito geografico di riferimento identificabile nell'intero territorio regionale, che richiedono il più elevato livello tecnologico e che comportano la maggiore *complessità clinica;*
- dalla compresenza di strutture ospedaliere e di strutture universitarie e quindi dalla sussistenza di attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

Azienda Ospedaliera di Padova - Policlinico Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - Ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma	
FUNZIONI CON DEGENZA:	FUNZIONI SENZA DEGENZA:
Medicina generale	Pronto soccorso e Osservazione Temporanea
Medicina fisica, riabilitazione e lungodegenza	Cardiologia
Chirurgia generale	Oncologia
Ortopedia e traumatologia	Psichiatria
Ostetricia e ginecologia	Anestesia e rianimazione
Pediatria	Emodialisi
Terapia intensiva e subintensiva	Radiologia
	Laboratorio analisi
Cardiologia	Dermatologia
Geriatria	Pneumologia
Nefrologia e dialisi	Istologia e Anatomia patologica
Neurologia	
Psichiatria	
Urologia	
Oculistica	
Otorinolaringoiatria	
Oncologia	Gastroenterologia
Pneumologia	Malattie endocrine
Terapia intensiva neonatale	Medicina trasfusionale
Radioterapia	Centrale operativa emergenze
Dermatologia	Medicina nucleare
Malattie infettive	Terapia del dolore e cure palliative
Gastroenterologia	Fisica sanitaria
Malattie endocrine	
Chirurgia maxillo facciale	
Chirurgia vascolare	
Neurochirurgia	
Ematologia	Medicina Legale
Cardiochirurgia	Microbiologia e virologia
Chirurgia plastica	Neuroradiologia
Chirurgia toracica	
Angiologia	Dietetica e nutrizione clinica
Immunologia	Medicina dello sport
Fisiopatologia respiratoria	Citologia diagnostica e molecolare
Medicina del Lavoro	Genetica
Neuropsichiatria	Radiologia radioterapica
Reumatologia	Senologia diagnostica
Emato-oncologia pediatrica	Tossicologia forense
Chirurgia plastica pediatrica	
Cardiochirurgia pediatrica	
Grandi Ustioni	
Unità Spinale	

Regione del Veneto

Ambiti territoriali della Aziende U.L.S.S

Articolazione della rete ospedaliera



Ospedali capoluogo di Provincia

Queste strutture ospedaliere, oltre ad essere caratterizzate dalla presenza di tutte le funzioni proprie degli ospedali di rete, presentano "funzioni ulteriori" differenziate in ragione del bacino di utenza da servire e dal supporto da fornire agli altri ospedali del contesto territoriale di riferimento.

In particolare gli ospedali capoluogo di Provincia svolgono alcune funzioni per tutta la rete ospedaliera provinciale, mentre gli stessi e gli altri ospedali sopra elencati forniscono alcune funzioni alla rispettiva macroarea o area vasta di riferimento in cui è suddiviso il territorio provinciale. Tutti sono funzionalmente collegati tra loro e con i due poli di riferimento regionale.

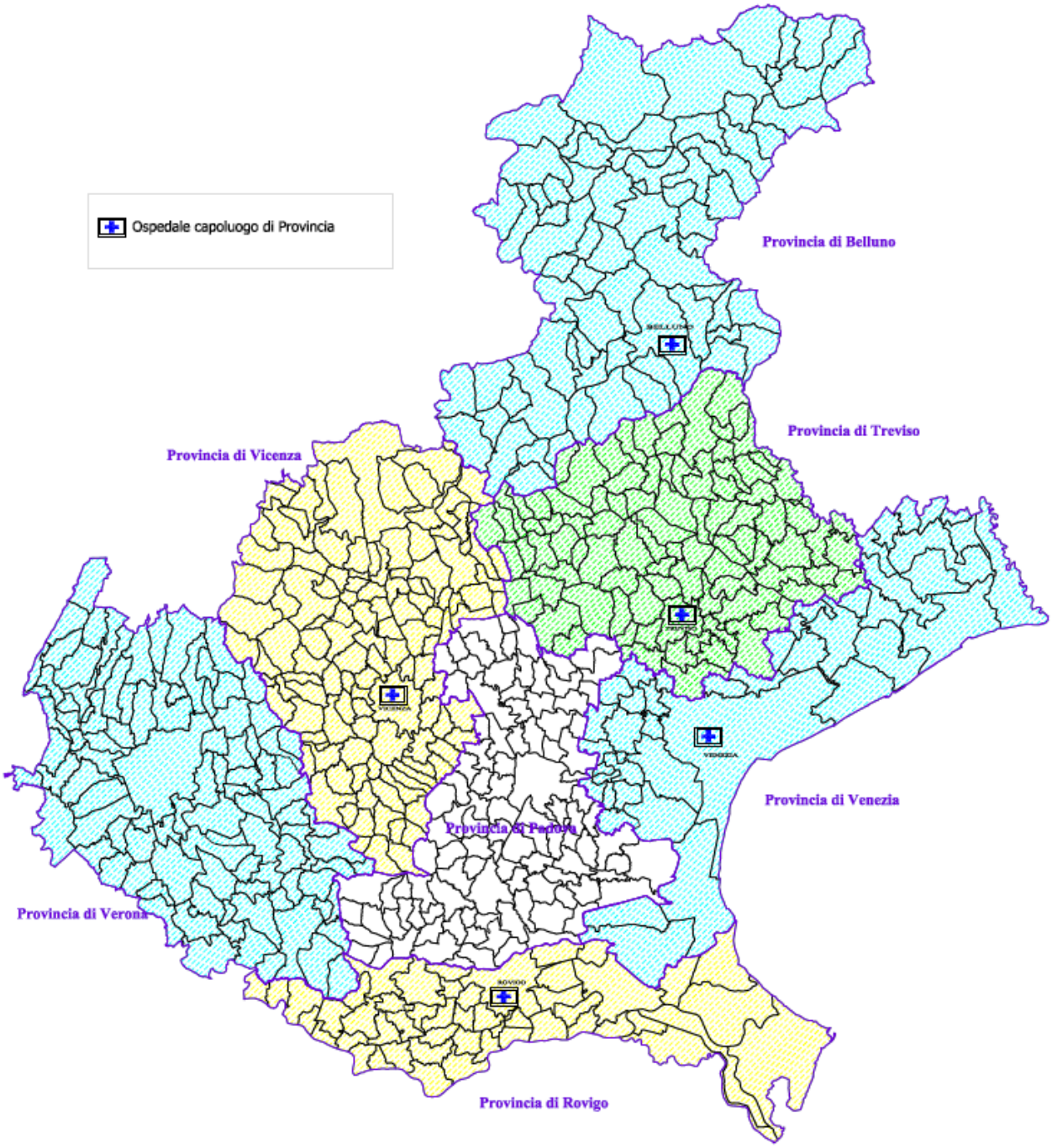
Gli ospedali capoluogo di provincia sono, tutti caratterizzati dalla presenza delle ulteriori funzioni di alta specialità che costituiscono riferimento per tutti gli ospedali dello stesso territorio provinciale o di più ampio territorio interprovinciale.

	FUNZIONI CON DEGENZA:	FUNZIONI SENZA DEGENZA:
Belluno	Medicina generale	Pronto soccorso e Osservazione Temporanea
	Medicina fisica, riabilitazione e lungodegenza	Cardiologia
	Chirurgia generale	Oncologia
	Ortopedia e traumatologia	Psichiatria
	Ostetricia e ginecologia	Anestesia e rianimazione
	Pediatria	Emodialisi
	Terapia intensiva e subintensiva	Radiologia
Treviso		Laboratorio analisi
	Cardiologia	Dermatologia
	Geriatria	Pneumologia
	Nefrologia e dialisi	Istologia e Anatomia patologica
	Neurologia	
	Psichiatria	
Rovigo	Urologia	
	Oculistica	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	Gastroenterologia
	Pneumologia	Malattie endocrine
	Terapia intensiva neonatale	Medicina trasfusionale
Venezia	Radioterapia	Centrale operativa emergenze
	Dermatologia	Medicina nucleare
	Malattie infettive	Terapia del dolore e cure palliative
	Gastroenterologia	Fisica sanitaria
	Malattie endocrine	
	Chirurgia maxillo facciale	
Vicenza	Chirurgia vascolare	
	Neurochirurgia	

Regione del Veneto

Ambiti territoriali della Aziende U.L.S.S

Articolazione della rete ospedaliera



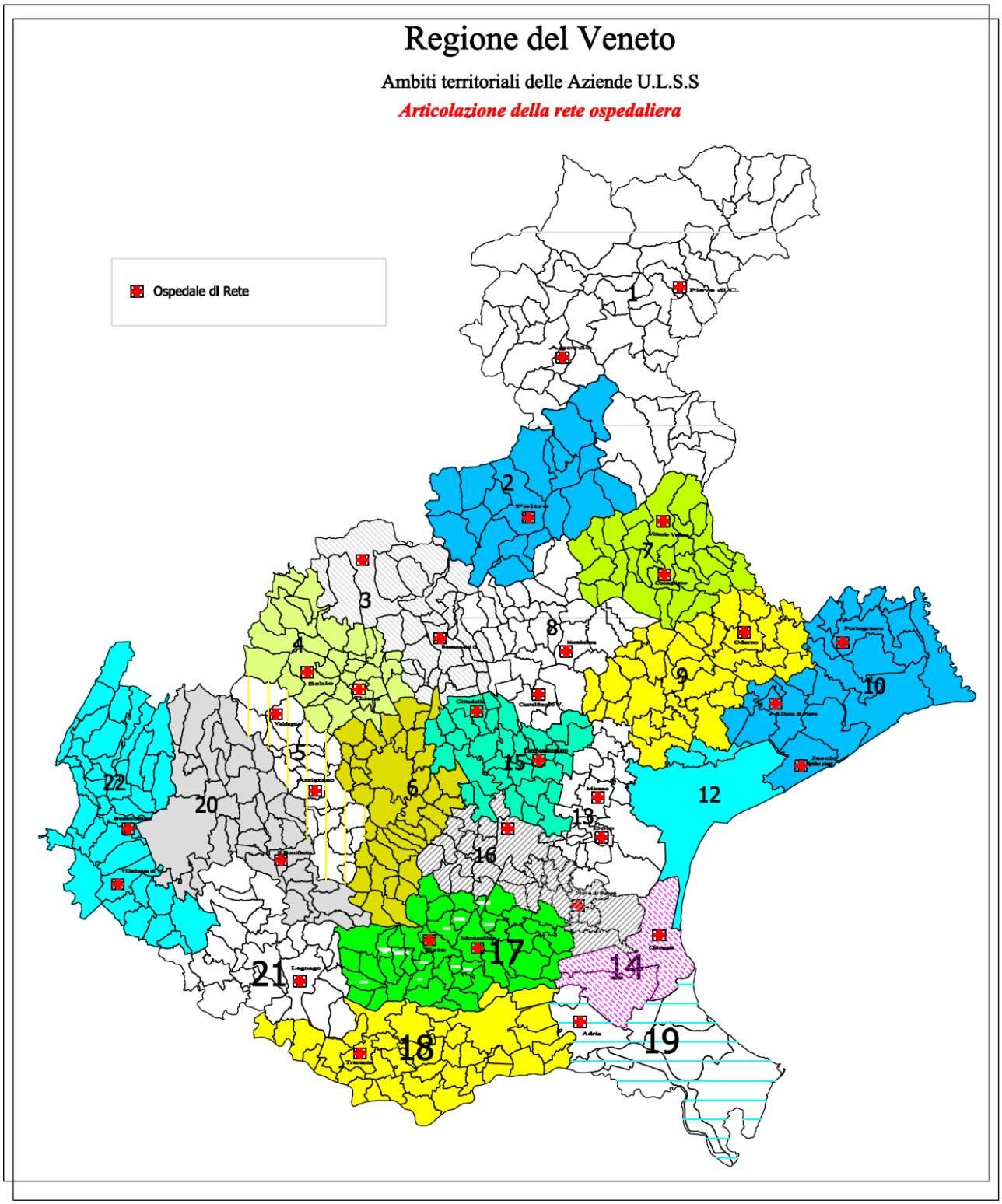
Ospedali di rete

Essi sono indirizzati ad erogare prestazioni di diagnosi e cura connesse alle funzioni di base, sono integrati con le funzioni distrettuali e collegati funzionalmente con gli ospedali capoluogo di provincia.

Molti di questi ospedali sono caratterizzati dalla presenza diversificata di servizi e funzioni specialistiche intermedie "aggiuntive", opportunamente correlate con la dimensione del bacino servito, che costituiscono riferimento per gli ospedali di rete della stessa Azienda che ne sono privi al fine di evitare inutili duplicazioni.

ulss 1	Agordo Pieve di Cadore	**ulss 13**	Mirano Dolo
ulss 2	Feltre	**ulss 14**	Chioggia
ulss 3	Bassano del Grappa Asiago	**ulss 15**	Camposampiero Cittadella
ulss 4	Schio Thiene } Nuovo Ospedale di Santorso	**ulss 16**	Padova (S.Antonio) Piove di Sacco
ulss 5	Arzignano Valdagno	**ulss 17**	Este Monselice } Nuovo Ospedale
ulss 7	Conegliano Vittorio Veneto	**ulss 18**	Trecenta
		ulss 19	Adria
ulss 8	Montebelluna Castelfranco Veneto	**ulss 20**	San Bonifacio
		ulss 21	Legnago
ulss 9	Oderzo	**ulss 22**	Bussolengo Villafranca
ulss10	Portogruaro San Donà di Piave Jesolo (gestione privata)		

FUNZIONI CON DEGENZA:	FUNZIONI SENZA DEGENZA:
Medicina generale	Pronto soccorso e Osservazione Temporanea
Medicina fisica, riabilitazione e lungodegenza	Cardiologia
Chirurgia generale	Oncologia
Ortopedia e traumatologia	Psichiatria
Ostetricia e ginecologia	Anestesia e rianimazione
Pediatria	Emodialisi
Terapia intensiva e subintensiva	Radiologia
	Laboratorio analisi
Cardiologia	Dermatologia
Geriatria	Pneumologia
Nefrologia e dialisi	Istologia e Anatomia patologica
Neurologia	
Psichiatria	
Urologia	
Oculistica	
Otorinolaringoiatria	



La rete ospedaliera regionale, così delineata, è integrata da:

Gli ospedali integrativi della rete

Sono caratterizzati dall'essere interamente o principalmente dedicati all'assistenza postacuti e all'assistenza riabilitativa estensiva con possibile attività per acuti a ciclo diurno (day hospital e day surgery), con i relativi servizi diagnostici di supporto ed attività specialistica ambulatoriale.

Funzioni per acuti a ciclo continuo così come funzioni di pronto soccorso e punto di primo intervento sono ammesse in alcune situazioni giustificate da problematiche organizzative e logistiche in evoluzione (ad esempio la ridefinizione del ruolo di ospedali di rete viciniori) oppure

da particolari situazioni montane o lagunari, per le quali valutazioni di opportunità sociale e sanitaria richiedono tale mantenimento di funzioni.
Ad integrazione e supporto alla rete ospedaliera regionale, come sopra definita, rientrano i Sevizi garantiti dai Distretti Socio Sanitari nonché tutti i Centri sanitari polifunzionali costituiti dalla riconversione degli ospedali non più parte delle rete. Essi sono caratterizzati dalla presenza di attività distrettuali, ambulatoriali e residenziali e, in tal senso svolgono una attività di supporto alla rete ospedaliera, fermo restando che essi ne sono totalmente esclusi.
Inoltre, rientrano come servizi innovativi i cosiddetti Ospedali di comunità di distretto per i quali vedasi quanto già detto al riguardo trattando dei servizi distrettuali.

Le sperimentazioni gestionali
Per quanto meritino una trattazione a sé stante occorre esplicitare chiaramente la loro riconduzione alla categoria "ospedali integrativi della rete" (e quindi con attività di ricovero) oppure alla categoria dei "Centri sanitari polifunzionali" di carattere extraospedaliero (privi di attività di ricovero).
Tra quelli del primo tipo vanno ascritti gli ospedali orientati alla gestione del post-acuto, mentre, tra quelli del secondo tipo le strutture da riconvertire in ambito sociosanitario.
Al proposito, la Regione intende operare, ogniqualvolta utile e in conformità ai principi più volte enunciati dal presente Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), perseguendo la ricomposizione e la riaggregazione nella stessa sede fisica di più funzioni sanitarie, comprensive di quelle ascrivibili alle due tipologie di servizi sopra indicati.
L'obiettivo di ricerca di economie di scala gestionale dei presidi ospedalieri convertiti, risponde prioritariamente alle esigenze di riaggregare anche fisicamente oltre che organizzativamente, servizi di diverso livello e specificità, ai fini di garantire la continuità di cura e di assistenza post-acuta. Si tratta di "assemblare" funzionalmente e "fisicamente", sotto un'unica regia gestionale, funzioni, quali quella della riabilitazione polifunzionale post-acuta, compresa quella più complessa di tipo cardio-respiratoria, con quella di centri sanitari polifunzionali, di centrale dell'assistenza domiciliare, con unico call center per funzioni informative anche sanitarie integrate (si pensi all'integrazione dei dati sanitari per tipologie di pazienti quali gli scompensati che ripetutamente accedono ai servizi ospedalieri e territoriali), di eventuale sede di centri di MMG tra loro associati per usufruire di servizi comuni generali.

L'integrazione della rete ospedaliera con i distretti e i centri sanitari polifunzionali
Ad integrazione e supporto alla rete ospedaliera regionale, come sopra definita, rientrano i Centri sanitari polifunzionali costituiti dalla riconversione degli ospedali. Essi sono caratterizzati dalla presenza di attività distrettuali, ambulatoriali e residenziali e, in tal senso svolgono una attività di supporto alla rete ospedaliera, fermo restando che essi ne sono totalmente esclusi.

Come si può notare da quanto su esposto la definizione della gerarchia dei diversi ospedali per bacini di utenza, il loro ruolo nella rete e la conseguente definizione dei profili funzionali, l'integrazione con le strutture territoriali rende molto chiara la visione di insieme dell'intera rete sanitaria

B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

Per l'analisi e la valutazione della continuità assistenziale è importante far riferimento al modello sanitario e sociosanitario del Veneto che già da anni ha trovato efficienti ed efficaci forme di implementazione ed ha sperimentato con successo modelli innovativi a garanzia della continuità assistenziali.

Il modello sanitario e sociosanitario del Veneto

Il modello va valutato in termini amministrativi e in funzione degli obiettivi che intende perseguire.

Le premesse, gli atti amministrativi e gli obiettivi strategici del piano

Il Piano Socio Sanitario, conferma l'ipotesi politico programmatica della forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria e tra l'insieme di questi ed il comparto dei servizi sociali.
Integrazione che ha mostrato, nel corso degli ultimi decenni, di corrispondere alle esigenze di sviluppo economico sociale della Regione, e di rispondere ai nuovi bisogni conseguenti allo sviluppo stesso, soprattutto in riferimento al ruolo della famiglia ma che necessita ora una modernizzazione del sistema per consentire un miglioramento dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse, anche grazie alla sollecitazione di forme tradizionali e nuove di "pluralismo erogativo".
Le linee di sviluppo dell'azione di governo regionale nel settore socio sanitario, si articolano quindi nelle seguenti direttrici fondamentali del completamento del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione, di quello della manovra di riassetto strutturale del rilancio delle politiche di promozione della salute e prevenzione, del riadeguamento finanziario, del rilancio dell'integrazione socio sanitaria e più complessivamente del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali, nonché del potenziamento della struttura regionale di governo.

La sintesi degli obiettivi

Gli obiettivi strategici del Piano, tra loro strettamente interrelati, sono:

1. Implementare iniziative di carattere generale e sistemico di promozione della salute.
2. Rafforzare l'area della prevenzione collettiva e della prevenzione rivolta alla persona.
3. Garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza
4. Potenziare la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.
5. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.
6. Valorizzare la partecipazione.
7. Completare la programmazione e integrare i macro sistemi erogativi.
8. Garantire e monitorare la qualità di sistema, dell'assistenza sanitaria, e socio sanitaria nonché dell'impiego delle tecnologie biomediche
9. Potenziare i fattori di sviluppo della conoscenza degli operatori in sanità e realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità.
10. Promuovere la ricerca biomedica, biotecnologica e quella sulla riorganizzazione/reingenierizzazione e valutazione dei servizi sanitari.
11. Potenziare i servizi di urgenza ed emergenza già esistenti.
12. Sviluppare l'integrazione dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie.
13. Assicurare il riadeguamento economico-finanziario.
14. Assicurare l'integrazione e il confronto in ambito Sociosanitario con i sistemi sanitari dei paesi e delle regioni appartenenti alla Unione Europea, nonché il potenziamento delle attività e delle relazioni internazionali.

Le politiche di raccordo sanitario e sociosanitario sul territorio

Il collegamento tra la pianificazione sanitaria e socio sanitaria avviene con il Piano Attuativo Locale (P.A.L)[10] Tale strumento garantisce per bacino di ULSS il tetto massimo di posti letto sociosanitari previsti dalla programmazione regionale ripartendo, sulla base del parere della conferenza dei Sindaci, tali posti letto per singola struttura [11]. Il P.A.L. è uno strumento quindi che raccorda la

[10] Il Pino Attuativo attua le previsioni della DGRV n. 751/00. Si veda in proposito il paragrafo A) I. c)

[11] cfr. tabelle 1, 2, 3 e 4 capitolo A paragrafo III h).

programmazione regionale a quella locale per bacino territoriale di ULSS e per struttura edilizia del settore socio sanitario.
L'avvio ai servizi avviene mediante l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale che ha il compito di valutare in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona e di predisporre un progetto personalizzato utilizzando uno o più dei servizi esistenti (assistenza domiciliare, centro diurno, casa di riposo…..).
Perché il bisogno di ogni persona venga valutato con gli stessi criteri in tutto il territorio regionale si utilizza uno strumento chiamato "S.V.A.M.A." (Scheda di Valutazione Multidimensionale della persona Anziana). Questa scheda, deve essere compilata dal medico di medicina generale e dall'assistente sociale del Comune e riassume tutte le informazioni utili a descrivere sotto i diversi aspetti (sociale, sanitario, assistenziale) la situazione della persona.

Il Settore Socio-Sanitario - dal 2000 al 2009

La programmazione socio sanitaria prende l'avvio, come detto, dal 2000 [12] Tale provvedimento individua, per la prima volta in Regione, i posti letto complessivi per anziani non autosufficienti, per disabili e per malati terminali che in sintesi si riassume nella seguente tabella:

	Posti letto accreditabili al 2000	Posti letto accreditabili al 2002	Posti letto disponibili al 2000
Anziani non autosufficienti	21.306	22.911	23.105
Disabili	2.257	2.263	2.850
Hospice	226	225	0

N.B.: i posti letto disponibili comprendono sia quelli adeguati che quelli da adeguare ai requisiti minimi

Il provvedimento inoltre definisce, a livello territoriale, la logica del bisogno e quindi di dotazione, per bacino di ULSS, con una forte integrazione con i processi di riorganizzazione ospedaliera e quelli del settore socio sanitario.
Tale logica in estrema sintesi definisce un parametro fondamentale per la programmazione: quello del riequilibrio territoriale dei posti letto del settore socio sanitario introducendo, quindi, un obiettivo di omogeneità dell'offerta nei vari ambiti regionali.
La necessità sul territorio e la prevista pressione "sociale", indotta dall'invecchiamento della popolazione, hanno determinato la necessità di adeguare il numero dei posti letto per i quali la Regione interviene finanziariamente per la retta. Con una serie di dispositivi normativi [13] si è avviato un processo di aumento dei posti letto "convenzionati" nel rispetto però della logica di programmazione sopra indicata. Tali normative prevedono un incremento di un ulteriore 10% dei posti letto da "convenzionarsi" con la Regione rispetto a quelli precedentemente previsti

Gli investimenti nel settore socio-sanitario [14] : esperienza in corso
Le tabelle che seguono sono relative all'esperienza in corso e contengono i principali interventi attuati od in corso di attuazione e che concorrono al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale.

[12] con la DGRV n. 751/00.

[13] l'art. 34 della L.R. 01/04, l'art. 27 della L.R. 09/2005, DGRV 751/00.
[14] Riferimento Accordo di Programma 18/04/2001 e dell'Accordo di Programma 02/10/2007

ESPERIENZA IN CORSO

RICONVERSIONE OSPEDALIERA E COMPLETAMENTO OPERE ART. 20

NUOVE RSA, OPERE COMPLEMENTARI E ADEGUAMENTO NORMATIVO

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE SOCIOSANITARIA

SOCIOSANITARIO

	ULSS	INTERVENTI PRINCIPALI	Costo Complessivo	ART. 20	Fondi Ente attuatore/Regione
1		Realizzazione del Centro socio sanitario distrettuale del Cadore	10.845.594,88	8.444.070,31	2.401.524,57
2					
3		Ampliamento e ristrutturazione RSA ad Asiago	6.283.387,98	2.453.170,27	3.830.217,71
4					-
5		Centro polifunzionale per anziani e distretto sanitario di Recoaro Terme	2.558.362,21	1.969.250,16	589.112,05
6		Realizzazione RSA in sostituzione fabbricato esistente (116 pl) di Isola Vicentina	11.699.088,73	2.582.284,50	9.116.804,23
7		Ristrutturazione Casa Fenzi - adeguamento standard RSA	5.835.962,96	2.169.118,98	3.666.843,98
		2° stralcio RSA a Vittorio Veneto	12.000.000,00	4.131.655,19	7.868.344,81
8		Ristrutturazione degenze RSA vecchio ospedale e realizzazione nuova cucina a Pederobba	6.509.951,00	2.065.827,60	4.444.123,40
9		RSA a Treviso	19.625.362,16	6.455.711,24	13.169.650,92
		Realizzazione RSA a Roncade	4.699.757,78	2.065.827,60	2.633.930,18
		RSA 80 pl. A Maserada sul Piave	5.164.568,99	2.582.284,50	2.582.284,49
		Adeguamento RSA disabili a Mogliano Veneto	4.338.237,95	3.615.198,29	723.039,66
10		Completamento e ristrutturazione RSA per ulteriori 20 pl. A S.Donà di Piave	2.117.566,07	1.809.148,52	308.417,55
		2° stralcio RSA a S.Stino di Livenza	2.324.056,05	2.205.270,96	118.785,09
12		Costruzione nuovo monoblocco RSA Venezia-Mestre	10.845.954,88	3.873.426,74	6.972.528,14
		Ristrutturazione complessiva IRE Venezia	12.911.422,48	4.648.112,09	8.263.310,39
		Centro polifunzionale di Zelarino-Venezia	13.256.932,14	3.615.198,29	9.641.733,85
		Ristrutturazione Stella Maris al Lido di Venezia	3.098.741,39	2.943.804,32	154.937,07
13		Ristrutturazione RSA Mirano	9.761.035,42	4.906.340,54	4.854.694,88
14		Realizzazione nuova struttura per sostituzione vecchio edificio	5.164.568,99	4.131.655,19	1.032.913,80
15		Realizzazione Nuova RSA 90 pl a Carmignano di Brenta	10.310.029,08	4.906.340,54	5.403.688,54
		Ristrutturazione Villa Bressanin per RSA 48 p.l. a Borgoricco	3.718.489,67	619.748,28	3.098.741,39
		Realizzazione RSA a Camposampiero	4.648.112,09	2.582.284,50	2.065.827,59
16		Ristrutturazione RSA per disabili non autosufficienti	3.666.843,98	1.032.913,80	2.633.930,18
		Completamento, ampliamento e ristrutturazione casa di riposo di Noventa Padovana	2.331.723,11	1.304.053,67	1.027.669,44
17		Completamento RSA di Monselice	2.800.000,00	2.582.284,50	217.715,50
18		Adeguamento strutturale RSA di Lendinara	4.162.028,02	2.065.827,60	2.096.200,42
19		Realizzazione nucleo per non autosufficienti a Papozze	2.650.000,00	1.032.913,80	1.617.086,20
20		Completamento RSA di Monteforte d'Alpone	7.030.527,77	2.659.753,03	4.370.774,74
21					
22		Ristrutturazione e ampliamento struttura per handicap	3.041.931,14	516.456,90	2.525.474,24
		TOTALE	**193.400.236,92**	**85.969.931,90**	**107.430.305,02**

OBIETTIVI

RICONVERSIONE OSPEDALIERA E COMPLETAMENTO OPERE ART. 20

NUOVE RSA, OPERE COMPLEMENTARI E ADEGUAMENTO NORMATIVO

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE SOCIOSANITARIA

SOCIOSANITARIO

ULSS		OBIETTIVO STRATEGICO	Costo Complessivo	ART. 20	Fondi Ente attuatore
1		ADEGUAMENTO E AMPLIAMENTO RSA VILLA SAN GIUSEPPE	1.750.000,00	1.400.000,00	350.000,00
2					
3		COMPLETAMENTO SEDE PENSIONATO STURM	4.000.000,00	3.000.000,00	1.000.000,00
4		COMPLETAMENTO CONVERSIONE EX OSPEDALE DI MALO	4.000.000,00	3.000.000,00	1.000.000,00
5					
6		RICONVERSIONE EX OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA IN RSA	10.000.000,00	7.000.000,00	3.000.000,00
		AMPL. RISTRUTT. E ADEG. CASA DI RRIPOSO DI MONTEGALDA	4.000.000,00	2.573.923,00	1.426.077,00
8		ADEGUAMENTO EX OSPEDALE DI VALDOBBIADENE PER RICONVERSIONE IN RSA	14.500.000,00	9.000.000,00	5.500.000,00
		AMMODERNAMENTO EX OSPEDALE DI CRESPANO DEL GRAPPA PER RICONVERSIONE IN RSA	7.500.000,00	6.000.000,00	1.500.000,00
9		COMPLETAMENTO NUOVA RSA	1.000.000,00	800.000,00	200.000,00
10		COSTRUZIONE NUOVA RSA IN COMUNE DI MEOLO	8.000.000,00	3.853.100,64	4.146.899,36
12					
13					
14					
15		COMPLETAMENTO RSA DI BORGORICCO	4.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00
16		NUOVA RSA IN COMUNE DI SELVAZZANO	16.529.000,00	1.500.000,00	15.029.000,00
17					
18		COMPLETAMENTO STRUTTURALE E MESSA A NORMA IN SICUREZZA DELLA "CASA SOGGIORNO" C/O CENTRO RESIDENZIALE SAN BORTOLO	580.000,00	500.000,00	80.000,00
19					
20		COMPLETAMENTO RSA IN COMUNE DI MONTEFORTE D'ALPONE	1.900.000,00	1.000.000,00	900.000,00
21					
22					
Padova					
Verona					
		TOTALE	77.759.000,00	41.627.023,64	36.131.976,36

Nel settore socio-sanitario processo di accreditamento[15] si basa su una prima fase autorizzativa, che per la parte strutturale fa riferimento agli standard strutturali, tecnologici e di organizzazione del D.P.R. 14/01/1997.

[15] Con l'entrata in vigore della L.R. n. 22/02 la Regione ha disciplinato la materia relativa all'autorizzazione ed all'accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, ai principi del D.Lgs 229/99

In applicazione della L.R. 22/02 si è dato corso ad una verifica dello stato complessivo delle strutture mediante due indagini separate che hanno interessato il patrimonio in uso sanitario delle aziende ed il patrimonio delle strutture sociosanitarie e sociali della Regione.
L'impostazione del lavoro è avvenuta considerando fattori metodologici comuni ma con sistemi di ricerca applicativa diverse tra il settore sanitario e quello sociale.
La motivazione è da ricomprendersi nei fattori di conoscenza più spinti per il settore sanitario, che tradizionalmente è entrato prima nella logica di programmazione rispetto a quello sociale che peraltro presenta soggetti gestori del servizio di diversa natura giuridica.
Gli elementi comuni sono la semplicità dell'uso dello strumento di rilevamento, senza ricorrere a fasi di progettazione per rilevare la carenza, l'uso di parametri semplici per il rilevamento di macro dati ed il rapporto tra la struttura e la programmazione regionale.
La dimensione economica in se non è un aspetto che determina particolari considerazioni; certamente si deve sottolineare come la stessa interessa tutti gli aspetti del sociale della Regione e tra questi anche quello sociosanitario.
Preme però sottolineare due aspetti che emergono dall'indagine complessiva

- La "diffusa richiesta" sul territorio della necessità di adeguamento ai requisiti minimi;
- La contemporanea consistente richiesta di interventi importanti (valutati in prima istanza con un valore di richiesta pari o superiore a 2 milioni di euro) che sottendono alla necessità, almeno per le strutture dedicate alla non autosufficienza degli anziani, a "portarsi" a standard dimensionali (numero dei posti letto) più elevati possibile per far fronte ai crescenti costi di gestione.

Gli interventi proposti, nell'ottica della razionalizzazione, del miglioramento e della ottimizzazione dei percorsi sanitari e diagnostico terapeutici consentiranno uno sviluppo assolutamente funzionale e sicuro con la razionale distribuzione spaziale e organizzativa delle superfici disponibili, escludendo qualsiasi elemento di pericolosa promiscuità e sovrapposizione di percorsi, la riorganizzazione delle funzioni e degli spazi a sostegno di una migliore organizzazione dell'attività sanitaria e di un miglior utilizzo da parte degli operatori e degli utenti; l'adeguamento delle strutture e degli impianti alla normativa vigente.
Tale finalità è rafforzata dall'innovativo percorso che la Regione ha intrapreso nell'ottica globale del miglioramento del livello qualitativo e quantitativo dell'offerta sanitaria.[16]
La sicurezza delle strutture, degli operatori e dei processi assistenziali diventa il cardine fondamentale di tutto il processo di miglioramento continuo della qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale; viene affrontata sia attraverso la riduzione della variabilità ingiustificata del comportamento umano e sia attraverso l'azione preventiva sulle condizioni (elementi umani, tecnologici e relazionali) nelle quali accade l'evento.

[16] La Regione ha infatti avviato, con delibere di Giunta Regionale n. 4445/06 e n. 1831/08 l'adozione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario del Veneto e l'Istituzione del Coordinamento regionale per la sicurezza del paziente.

B1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali

Nella Regione assistiamo, come già segnalato, ad una evidente riduzione di tutti i tassi di mortalità nelle principali cause di morte.
L'offerta dei servizi sanitari e socio-assistenziali riguardano in particolar modo le problematiche già analizzate a proposito del quadro epidemiologico

In sintesi, l'analisi del contesto socio sanitario regionale determina la caratterizzazione dei bisogni per intervenire con:
- prevenzione, diagnosi, accertamento e cura delle malattie cardiocircolatorie;
- prevenzione, accertamento e diagnosi, cura delle patologie neoplastiche e delle malattie oncologiche;
- assistenza specialistica e di base;
- assistenza sanitarie residenziale e non residenziale per gli anziani.

Tutto ciò senza dimenticare l'aumento progressivo delle aspettative individuali di salute e di assistenza sociosanitaria associate al progresso tecnologico e scientifico con cure sempre più ricercate e specifiche.

B1b 2 Descrizione della strategia

L'organizzazione dei bisogni assistenziali, garantita per tutti gli abitanti del Veneto, è basata sull'area medica, chirurgica, riabilitativa e materno-infantile. I bisogni assistenziali correlati alle analisi dettagliatamente descritte nei paragrafi precedenti hanno pertanto la necessità di un riscontro nella capacità delle strutture di rispondere alle esigenze di servizio che generano.
Il modello assistenziale viene incrementato di funzioni specifiche in relazione alla capacità del sistema di rispondere a tali bisogni. (es. La cardiochirurgia prevista solamente nelle strutture ospedaliere di riferimento regionale di alta specializzazione).

Con la delibera 751/2005 il Veneto ha previsto la seguente articolazione funzionale:

	Area medica	Area chirurgica	Area riabilitativa	Area materno infantile	Area Terapie intensive
Posti letto	6.862	5.416	2.546	1.890	1.125

La tabella seguente riporta il confronto rispetto alla programmazione di 10 anni fa

	Area medica	Area chirurgica	Area riabilitativa	Area materno infantile
1995	10.104	9.564	2.382	2.724
2005	6.862	5.416	2.546	1.890

Ciò posto, si impone la necessità da un lato di confermare i principi di riorganizzazione e di riqualificazione della rete ospedaliera, e dall'altro di consentire un approccio metodologico, che determina una programmazione per indirizzi, seppure analiticamente definiti, che consente al Direttore Generale, nell'ambito dell'autonomia organizzativa, di attivare modelli organizzativi quali

aree omogenee e dipartimenti, per introdurre una maggiore flessibilità organizzativa che meglio si adatta al rapido sviluppo della scienza medica. Ciò consente da un lato di esaltare maggiormente l'aspetto professionale del medico e dell'operatore sanitario, disgiungendolo dalla rigidità di un modello organizzativo, e dall'altro anche di perseguire sensibili economie di gestione.
La scheda che segue, parte integrante dei provvedimenti normativi regionali, è pertanto la sintesi del bisogno assistenziale territorialmente garantito, derivante dalle analisi demografiche / epidemiologiche, sanitarie, programmatorie, economico/gestionali cui ogni singola Azienda deve attenersi.
Essa deriva dall'analisi e sulla base delle esigenze epidemiologiche e assistenziali (alle quali si rimanda a quanto riportato nei precedenti paragrafi), in relazione alla complessità organizzativa dell'ospedale, tenendo conto dei dati di attività ospedaliera aggiornati.
La lettura della scheda che rappresenta il bisogno assistenziale è direttamente correlata alle analisi riportate nei paragrafi precedenti e ovviamente conformata al territorio e alla dimensione tipologica dell'ospedale.

ESEMPIO DI SCHEDA TIPO REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS 1 BELLUNO - Popolazione residente al 01/01/01: 129.573

(

AZIENDA ULSS 1			
Funzioni	N° p.l per Area	Apicalità/U.O.A.	DIRETTIVE
STRUTTURE DI RICOVERO			
AREA F.O. MEDICA:			
- Cardiologia			Con attività di Emodinamica con Cardiologia interventistica
- Dermatologia			
- Gastroenterologia			
- Geriatria			
- Malattie infettive			
- Medicina generale			
- Nefrologia e dialisi			Con p.d. e p.d.u.
- Neurologia			
- Oncologia			
- Pneumologia			
- Psichiatria			
- Radioterapia			
TOTALE AREA F.O. MEDICA	***245***	***14***	
AREA F.O. RIABILITATIVA:			
- Recupero, rieducazione funzionale			Con attività di Lungodegenza e di alcoologia
TOT. AREA F.O. RIABILITATIVA	***130***	***1***	
AREA F.O. CHIRURGICA:			
- Anestesia e rianimazione			
- Chirurgia generale			Con attività di Chirurgia vascolare e di Odontoiatria
- Neurochirurgia			
- Oculistica			
- Ortopedia e traumatologia			
- Otorinolaringoiatria			
- Urologia			
TOT.AREA F.O. CHIRURGICA	***198***	***10***	
AREA F.O.MATERNO-INFANTILE:			
- Ostetricia e ginecologia			
- Pediatria			Con attività di Patologia neonatale e di Neuropsichiatria infantile
TOT.AREA F.O.MATERNO-INFANT.	***65***	***3***	
TOTALE STRUTTURE	**680**	**28**	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA			
Accettazione e pronto soccorso			
Centrale operativa emergenza			
Direzione Medica			Con attività di Medicina legale
Farmacia			
Istologia e anatomia patologica			
Laboratorio di analisi			Con attività di Microbiologia
Medicina nucleare			Con attività di Fisica sanitaria
Radiologia			
Terapie del dolore e cure palliative			
Trasfusionale e di immunologia			
TOTALE SERVIZI		**15**	
TOTALE GENERALE	**680**	**43**	

Belluno: Ospedale capoluogo di provincia. Pronto soccorso.

Agordo: Ospedale di rete. Pronto soccorso

Pieve di Cadore: Ospedale di rete. Centrale operativa 118. Pronto soccorso

Auronzo di C.: Centro Sanitario Polifunzionale con attività di ricovero diurno

Cortina: sede di sperimentazione Regionale.

La Strategia punta su 4 livelli di riferimento:

1) ridefinizione della rete ospedaliera secondo i criteri di programmazione precedentemente enunciati
2) ridefinizione della rete assistenziale extraospedaliera;
3) programmazione dell'assistenza domiciliare integrata;
4) organizzazione distrettuale.

È interessante comunque riportare gli investimenti in essere, originati dai programmi di investimento statali e regionali, per avere le dimensioni dello sforzo finanziario che la Regione sta attuando dal 2000 ad oggi per l'attuazione della strategia di cui sopra.

Settore Sanitario:

	Importo complessivo interventi €	**Importo complessivo finanziato €**	**Importo a carico risorse regionali €**
Art. 20 L. n. 67/88	1.757.235.485,32	721.561.428,15	1.035.674.057.17
Fondo San. Regionale	267.891.382,76	267.891.382,76	267.891.382,76
Totale	**2.025.126.868,08 (65,6%)**	**989.452.810,91**	**1.303.565.439,93**

Settore Socio Sanitario:

	Importo complessivo interventi €	**Importo complessivo finanziato €**	**Importo a carico risorse regionali €**	
Art. 20 L. n. 67/88	360.851.980,20	180.950.827,07	179.901.153,12	
Fondo Soc. San. Regionale	699.219.556,32	242.844.576,93	*699.219.556,32*	*Partecipazione finanziaria della Regione e dei soggetti attuatori*
Totale	**1.060.071.536,52 (34,4%)**	**423.795.404,00**	***879.120.709,44***	

	Importo complessivo interventi €	**Importo complessivo finanziato €**	**Importo a carico risorse regionali €**
Complessivo (Sanitario + Socio Sanitario)	**3.085.198.404,60 (100%)**	**1.413.248.214,92**	***2.182.685.149,37***

Tabella B1b 2

Come si evince, l'importo degli interventi avviati è per il **66%** relativo al settore sanitario e per il rimanente **34%** relativo al settore socio-sanitario.
Sul totale degli interventi avviati, pari a € 3.085.198.404,60, la Regione ed i soggetti attuatori sono impegnati finanziariamente per circa il 70%.
Relativamente al comparto sociosanitario sostenuto dall'apposito fondo regionale, dal 2002 al 2009, la Regione Veneto ha finanziato circa 800 interventi di ristrutturazione, completamento, nuova costruzione, attrezzamento e attivazione in strutture adibite al settore degli anziani non autosufficienti, dei disabili e dei minori.

Quanto sopra sintetizzato vuole evidenziare come, con gli Accordi di Programma precedenti[17]: i due piani degli investimenti degli hospice nonché le risorse stanziate dal 2004 al 2009, dimostrano lo sforzo per mettere a punto la rete del settore socio sanitario.
Infatti nell'arco di otto anni sono stati "investite" risorse pari a 878 milioni di euro, pari a circa il 40 % delle risorse a disposizione. Ovviamente i benefici di tali investimenti si stanno concentrando man mano che i cantieri vengono conclusi e le opere attivate.
Ora la strategia del presente documento di programma è rivolta al settore sanitario ed in particolare alla necessità di adeguamento degli ospedali e, per alcuni di questi, alcune aree particolari soggette a innovativi modelli organizzativi.

B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

L'Accordo di Programma in argomento, non a caso, è denominato "Aggiornamento e proseguimento del programma di investimento di cui alle DGRV n. 66/2005 e n, 1711/2004, Accordo di Programma 02/10/2007 e Accordo di Programma 11/12/2009".
Infatti la scelta della Giunta Regionale è quella di proseguire negli obiettivi già stabiliti per il settore ospedaliero, anche in relazione al notevole sforzo che la Regione sta affrontando nella riqualificazione del settore socio-sanitario, come gli investimenti riportati nella tabella di cui sopra dimostrano.
Quindi la concentrazione degli investimenti per le strutture ospedaliere è coerente con la strategia e gli obiettivi fin qui esposti e si propone :

a) la conferma (del nosocomio) mediante intervento di adeguamento o di ristrutturazione;
b) la sostituzione di posti letto con nuove costruzioni.

La strategia interna al programma di investimento è quindi di continuità con quanto finora attuato, in stretta relazione con quella definita nei provvedimenti regionali che ha dato origine all'Accordo del 02/10/2007.
Vi è da ricordare che quanto avviato con l'Accordo tra Regione e Ministero della Salute concretizza una parte delle previsioni progettuali delle delibere Regionali sopraccitate in un programma dimensionato per un orizzonte temporale decennale che, ovviamente per quel che riguarda la previsione finanziaria, prevede risorse maggiori di quelle disponibili sopraccitate.
L'aggiornamento del programma di investimento tiene anche conto :

- delle nuove normative tecniche entrate nel frattempo in vigore e non ultima quella relativa alla normativa antisismica (D.M. 14/01/2008);
- ai primi risultati del lavoro svolto in attuazione della L.R. n. 22/02, relativa alla verifica per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, circa il rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e di adeguamento igienico sanitario delle strutture.

L'applicazione delle nuove norme, affiancata all'esigenza sempre più pressante di "dimensionare" modelli tipologici capaci di "servire" una organizzazione sanitaria basata sul concetto di dipartimentalizzazione e di attività differenziate in "emergenza, ordinaria e diurna", delinea la necessità di un ulteriore affinamento della metodologia di analisi degli interventi.
In sintesi l'evoluzione del modello di sanità accentua la necessità di verificare se il risultato dopo l'investimento, per gli interventi di adeguamento delle strutture esistenti, sia compatibile, anche in termini di tempo, con gli obiettivi sopra ricordati.
L'attività di aggiornamento dei programmi di investimento deve quindi proseguire per il raggiungimento del duplice obiettivo di riduzione dei posti letto e di aggiornamento e ammodernamento delle strutture ospedaliere, tenendo conto del risultato dell'investimento nel tempo.
Quanto sopra può essere attuato mediante due griglie valutative:

1) una prima griglia che confermi le scelte già deliberate dalla Regione circa l'adeguamento di parti di un "ospedale esistente", ancorché si dovesse rimodularne, a seguito dell'entrata in

[17] Accordo di Programma in data 18/04/2001 3^ fase sociale – Accordo di Programma in data 02/10/2007

vigore delle norme tecniche sopraccitate, la previsione originaria già approvata dall'intervento.
Questa prima fase ha come vincolo proprio la conferma dell'investimento in un nosocomio esistente;

2) una seconda griglia, che necessita di un ulteriore approfondimento, che vede le scelte già deliberate di adeguamento dei nosocomi, da sottoporre ad un "ulteriore" verifica per valutare se gli interventi delineati con gli strumenti di programmazione approvati e fermo restando gli obiettivi generali, permettono, in un tempo accettabile la realizzazione di un nuovo ospedale in sostituzione degli interventi sull'esistente.

B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

L'obiettivo del programma è di incidere, continuando con l'azione intrapresa con gli Accordi di Programma precedenti e in stretta relazione con i finanziamenti regionali che annualmente sono messi a disposizione per gli investimenti nel settore sanitario per il raggiungimento dell'obiettivi definiti.

B2a 1 Analisi dei problemi e priorità

Agli obiettivi definiti in termini metrici dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione la Regione intende affiancare anche obiettivi qualitativi determinati dall'incrocio di due particolari aspetti dell'organizzazione strutturale ospedaliera:

a) un'offerta basata su strutture e tecnologie che rispettano i requisiti minimi, stabiliti dalle norme nazionali e regionali;
b) un'offerta di strutture edilizie tecnologiche capace di recepire le profonde innovazioni prodotte da un'organizzazione sanitaria che deve rispondere a problemi di sostenibilità economica, ad aspetti connessi alle malattie derivanti dall'invecchiamento della popolazione, alle modificazioni introdotte dalla tecnologia e dalla necessità di valorizzare il patrimonio umano del servizio sanitario.

B2a 2 La catena degli obiettivi

La catena degli obiettivi è conseguenza delle priorità di cui sopra, confrontata con la situazione esistente.
Sostanzialmente, gli interventi proposti interessano ospedali esistenti che possono recepire le modificazioni di cui ai punti a) e b).

B2a 3 Interventi progettuali

Nel merito si precisa che i seguenti interventi si collocano all'interno dell'obiettivo

1B sostituzione di posti letto con nuova costruzione

Si ricorda che per localizzazione degli interventi all'interno della rete ospedaliera si rimanda al paragrafo Modello Ospedaliero sul Territorio[18]

INTERVENTO N. 3
AZIENDA ULSS N. 3 – Attivazione Ospedale di Asiago

Il progetto per l'adeguamento dell'ospedale di Asiago, inserito all'interno degli interventi previsti dall'Accordo di Programma sottoscritto con il Ministero in data 11 dicembre 2009 è, alla data di redazione del presente documento, in fase di approvazione da parte della Giunta Regionale.
Rispetto alla previsione progettuale originaria, inserita nell'Accordo di cui sopra per un costo complessivo di 20 mln di euro, il progetto sviluppato ha tenuto conto di alcuni aspetti tecnici emersi in fase di redazione dello stesso, tra i quali la necessità, evidenziata dall'analisi strutturale di dettaglio, di "abbandonare" la struttura esistente nei volumi costruiti prima del 1980.
I relativi maggiori costi, pari a oltre 6 mln di euro, sono stati necessariamente inseriti all'interno dell'intervento in corso di approvazione in quanto funzionalmente ad esso collegati, prevedendone anche la relativa copertura finanziaria.

L'intervento di attivazione dell'Ospedale di Asiago, inserito nel programma in argomento, prevede pertanto la demolizione delle strutture da "abbandonare", il recupero e le opere collaterali per collegare la nuova struttura con il corpo del pronto soccorso nonché l'acquisizione delle opere di attivazione.

INTERVENTO N. 4
AZIENDA ULSS N. 5 – Nuova struttura in sostituzione degli Ospedali di Arzignano e Montecchio Maggiore

Con la DGRV n. 66/2005 la Regione aveva individuato l'adeguamento dell'ospedale di Arzignano quale intervento principale nel piano decennale delle grandi opere anche in considerazione dell'individuazione del nosocomio di Arzignano, nel piano sanitario regionale, quale punto principale di erogazione del Servizio Sanitario dell'Azienda ULSS n. 5.
Il provvedimento evidenziava comunque la necessità di un approfondimento delle carenze sia di tipo funzionale che strutturale che l'ospedale presentava al fine di determinare possibili soluzioni edilizie diverse con l'abbandono di nosocomi diversi.
In considerazione di ciò il Consiglio Regionale, in occasione dell'aggiornamento della dotazione delle schede ospedaliere dell'Azienda ULSS n. 5, ha inserito la previsione della realizzazione di un polo ospedaliero unico in luogo degli ospedali di Montecchio Maggiore e Arzignano.
L'Azienda U.L.S.S. 5 si articola negli stabilimenti ospedalieri previsti dalla programmazione regionale e attualmente:
- Arzignano - Montecchio Maggiore;
- Valdagno;

[18] Paragrafo del punto B1a6 *Offerta ante operam*

- Lonigo.

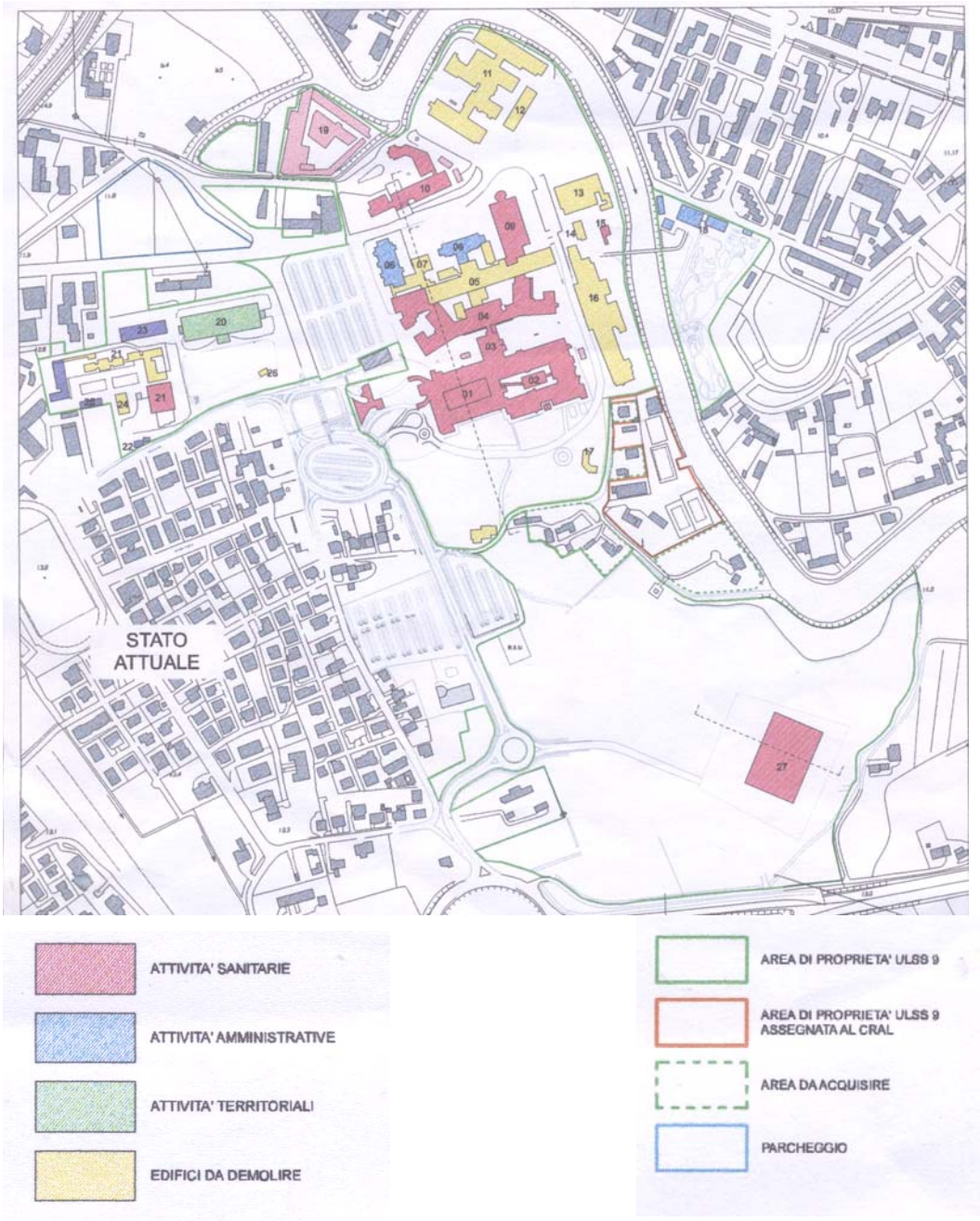
Attualmente i nosocomi di Arzignano e Montecchio Maggiore presentano carenze di spazi, accentuati dal grado di vetustà degli edifici.
La proposta prevede la sostituzione degli spazi relativi alle funzioni ospedaliere per acuti; il dimensionamento, previsto dal programmatore regionale è di 220 posti letto.
La nuova struttura infatti ospiterebbe le funzioni di pronto soccorso, radiologia, laboratori, sale operatorie, terapie intensive e appunto i 220 posti letto articolati in medicina, chirurgia, materno infantile e riabilitazione.
E' in fase di individuazione dell'area di sedime della nuova struttura.
Il modello dell'ospedale è quello già utilizzato dall'esperienza regionale per il nuovo ospedale dell'ULSS n. 4 e per quello dell'AULSS n. 17.

INTERVENTO N. 7
AZIENDA ULSS N. 9 TREVISO – Cittadella Sanitaria

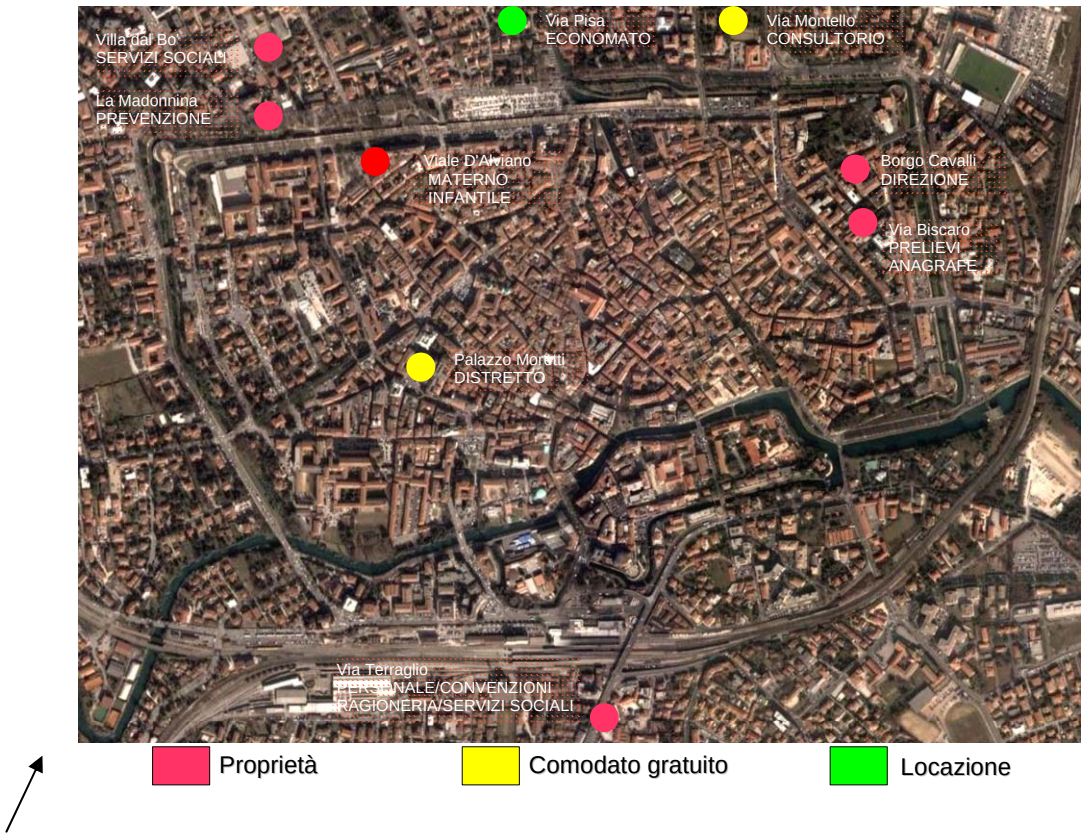
L'Azienda Ulss 9 ha avviato una iniziativa in Project Financing per attuare nel Presidio Ospedaliero cittadino, la trasformazione dell' complesso sanitario nella cosiddetta "Cittadella Sanitaria".
L'iniziativa prevede interventi di carattere edilizio, demolizioni e ristrutturazioni di edifici esistenti e nuove costruzioni così come la riconfigurazione impiantistica dell'intero complesso, interventi accompagnati da alcune forniture. L'Azienda intende altresì affidare in gestione alcuni servizi no core necessari per il funzionamento della nuova Cittadella od ad essa connessi.
Si intende raggiungere lo scopo attraverso il coinvolgimento di risorse e di competenze private da effettuarsi a mezzo dell'affidamento ad un unico soggetto di una concessione di costruzione e gestione di adeguata durata.

DISTRIBUZIONE ATTUALE DELLE STRUTTURE
La proprietà ospedaliera del Ca' Foncello comprende una superficie catastale di circa 360.000 mq dei quali circa il 50% è interessato dalla presenza delle attuali strutture ospedaliere ed il rimanente 50% è libero, fatta eccezione per la nuova Lavanderia – Cucina recentemente costruita nei pressi della tangenziale (nella planimetria individuata al n°27) La planimetria che segue illustra lo Stato di fatto delle strutture con l'individuazione delle diverse attività e degli edifici che nel processo di riorganizzazione dell'intervento sono oggetto di demolizione .Nella planimetria vengono inoltre segnalate le aree di proprietà , le aree da acquistare e le aree di parcheggio.

Stato attuale Area di Cà Foncello



Attualmente inoltre molti servizi, sia amministrativi che sanitari dell'Azienda, sono dispersi nel territorio comunale, creando complessità e dispersione organizzative nonché evidenti sostenuti costi gestionali dovuti alla frammentarietà. Oltre a ciò, per i cittadini tale dispersione delle attività porta disagio causato appunto dalle diverse dislocazioni e diversi orari di funzionamento.
Le sedi dell'Azienda, esterne al presidio ospedaliero di Cà Foncello, insistenti nel comune di Treviso sono pari a 9, come indicato in figura di seguito riportata



Distribuzione delle sedi delle strutture dell'Azienda Ulss 9 di Treviso.

INQUADRAMENTO DELL'INTERVENTO

L'ambito di intervento è collocato in Comune di Treviso, in posizione sud-est rispetto al centro storico e dista circa 600 ml in linea d'aria dalla cinta muraria della città.

L'area occupata dal presidio ospedaliero Cà Foncello è delimitata verso est dal fiume Sile, verso sud da terreni non edificati di proprietà dell'ULSS e successivamente dalla tangenziale di Treviso, che dista circa 550 ml, verso ovest dal quartiere residenziale di Sant'Antonino. A nord-est dell'ambito, a circa 300 ml, vi è il sedime della linea ferroviaria Venezia-Udine.

Per rispondere alle esigenze emerse dalle analisi effettuate dall'Azienda, la nuova Cittadella dovrà essere organizzata in cinque "Macro aree", ciascuna con destinazione organizzativa e funzionale specifica:

1. Macro Area Ospedaliera: zona ospedaliera vera e propria, con una dotazione complessiva a regime di **990 posti letto**

2. Macro Area Territoriale: concentrata nell'attuale zona delle Malattie Infettive, da destinarsi alle attività territoriali
3. Macro Area Amministrativa: da realizzare negli edifici 06 e 08, attualmente destinati a servizi ospedalieri e nella Villa Carisi, sulla riva sinistra del Sile ,da destinarsi alla Direzione Aziendale, villa che però non è oggetto di questa iniziativa di *Project*
4. Macro Area della Formazione: l'attuale area "ex Vetrelco" da destinarsi alla formazione
5. Macro Area Tecnologica e Logistica: area prossima alla Tangenziale (zona sud) da destinarsi alla realizzazione della nuova Centrale degli impianti tecnologici e ad altre installazioni di tipo logistico.

Contestualmente alla definizione delle macroaree è emersa l'esigenza di promuovere la riqualificazione di una congruente fascia di rispetto del fiume Sile. Per questo alcuni edifici esistenti obsoleti, che occupano la fascia prospiciente la riva destra del Sile, dovranno essere demoliti, come precedentemente segnalato.

Macro Aree della Cittadella sanitaria

Il modello proposto del nuovo ospedale si caratterizza principalmente per:
1. alta capacità e complessità di prestazioni a fronte di una capienza contenuta dell'area di degenza;
2. alta qualità e gradazione di intensità di assistenza delle degenze;
3. contenimento del tempo medio di ricovero;
4. continuità dell'assistenza;
5. sviluppo delle prestazioni ambulatoriali e diurne;
6. adeguato impiego delle attrezzature specialistiche;
7. alta flessibilità strutturale e di utilizzo;
8. organizzazione per processi di cura;
9. contiguità dei servizi più utilizzati nell'ambito dei percorsi di diagnosi e cura;
10. ottimizzazione dei flussi e dei percorsi;
11. sicurezza e contenimento del rischio;

12. integrazione con la città ed il contesto socio-culturale;
13. coordinamento con le altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Le funzioni previste in stretta coerenza con la programmazione regionale sono indicate nella tabella che segue

Funzioni con e senza degenza dell'Ospedale Cà Foncello di Treviso.

OSPEDALE DI TREVISO[19]	
FUNZIONE CON DEGENZA	
AREA MEDICA	AREA CHIRURGICA
Medicina 1°	Chirurgia 3°
Medicina 2°	Chirurgia 4°
Geriatria	Urologia
Medicina Generale d'Urgenza	Ortopedia e Traumatologia
Nefrologia e Dialisi	Otorinolaringoiatria
Neurologia	Oculistica
Gastroenterologia	Chirurgia Maxillo-facciale
Pneumologia	Neurochirurgia
Ematologia	Cardiochirurgia
Oncologia	Chirurgia Vascolare
Dermatologia	
Cardiologia	
Malattie Infettive	
AREA MATERNO-INFANTILE	AREA PSICHIATRICA
Pediatria	Psichiatria 1°
Ostetricia e Ginecologia	Psichiatria 2 °
Patologia Neonatale	
Chirurgia Pediatrica	AREA RIABILITATIVA
	Medicina Fisica e Riabilitazione
	Lungodegenza
AREA TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA	
FUNZIONE SENZA DEGENZA	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA	
Accettazione e Pronto Soccorso	Laboratorio Analisi
Centrale Operativa Emergenza	Medicina Nucleare
Direzione Medica Ospedaliera	Microbiologia
Farmacia	Neuroradiologia
Fisica Sanitaria	Radiologia
Foniatria e Audiologia	Terapia del Dolore e Cure Palliative
Istologia e Anatomia Patologica	Neuropsichiatria Infantile
Trasfusionale e Immunoematologia	Radioterapia

[19] DGR 3223/2002

Tabella 2. Posti letto dell'Ospedale Cà Foncello di Treviso.

OSPEDALE DI TREVISO	NUMERO DI UNITA' OPERATIVE	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI	TOTALE
AREA MEDICA[20]	13	420	45	
AREA CHIRURGICA	11	282	67	
AREA MATERNO-INFANTILE	5	103	17	
AREA TERAPIA - INTENSIVA - SUBINT. - TOTALE	1	34 28 62	0	
AREA RIABILITATIVA	2	48	0	
AREA PSICHIATRICA	2	15	3	
TOTALE[21]	34	930	132	Totale ordinari + diurni: 1.062

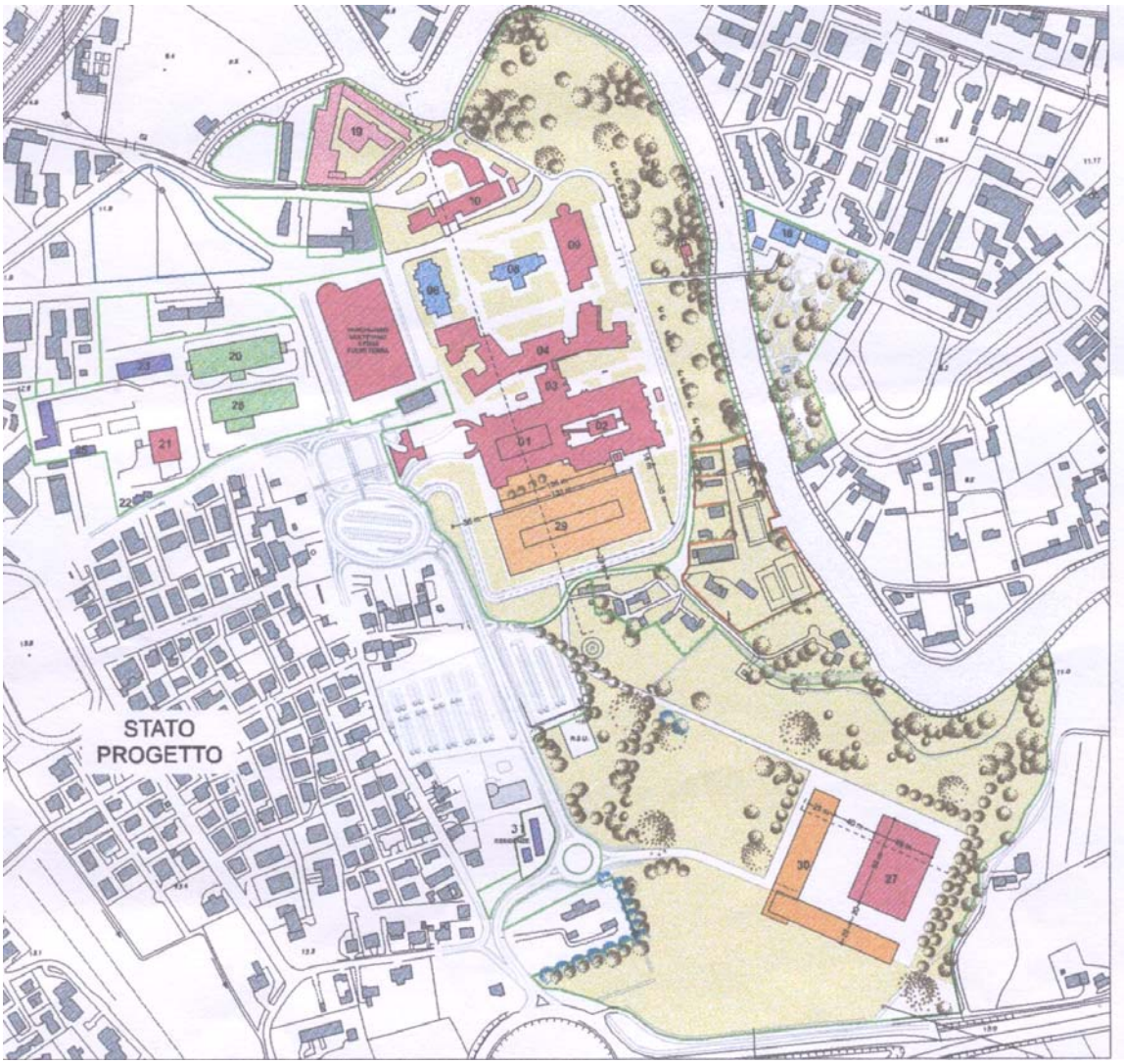
L'analisi delle criticità e delle esigenze analizzate dall'Azienda ha portato a formulare la seguente soluzione, che prevede di:
- concentrare le attività e i servizi sanitari su una struttura ad alta tecnologia e innovazione, con centralizzazione delle degenze dell'area chirurgica e delle medicine specialistiche, delle quali alcune dotate di ambienti di ricovero a più alto impatto tecnologico, come i locali di isolamento;
- centralizzare i servizi per la diagnostica radiologica;
- assicurare standard normativi e di umanizzazione;
- ottimizzare i rapporti funzionali tra le unità operative e i servizi;
- razionalizzare le risorse professionali;
- riorganizzare l'area dell'Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Osservazione Breve Intensiva, Suem);
- centralizzare l'area ambulatoriale, di Day Surgery e Day Hospital;
- distinguere aree e servizi destinati alle attività di ricovero ordinario, ambulatoriale e diurne;
- centralizzare gli spazi direzionali e gli studi medici.

Gli interventi prevedono di:
- realizzare l'edificio sud ad alta tecnologia (con sette piani fuori terra: un piano terra più sei piani);
- ristrutturare/adeguare gli spazi dell'edificio 01 e 02 destinati a degenze per complessivi 40 posti letto (che si aggiungono ai 200 posti letto di degenza già accreditati);
- realizzare il Servizio di Endoscopia;
- adeguare le aree destinate a studi/direzioni presso gli edifici 02 e 04;
- adeguare l'edificio 04 per le attività ambulatoriali e diurne;
- ricollocare le attività del Laboratorio Analisi e della Radioterapia/Fisica Sanitaria;
- dismissione degli edifici indicati nel capitolo dedicato.

La planimetria che segue sintetizza lo stato di Progetto

[20] In base al protocollo aziendale di revisione delle modalità di ricovero in area medica, che sta per essere attivato, il numero di posti letto per ricovero ordinario in ambito medico passerà da 420 a 393. Vedi nota successiva.

[21] Il numero complessivo di posti letto per ricovero ordinario risulterà pari a 903 (per la riduzione di 27 pl in area medica).



Costi e sostenibilità finanziaria

Con lo Studio di fattibilità l'Azienda ha provveduto a stimare i costi connessi con la realizzazione e gestione, nei termini qui precisati, della nuova Cittadella sanitaria; detti costi vengono sinteticamente esposti in seguito.

Costi di investimento

Il costo complessivo dell'investimento, stimato dall'Azienda sulla base dei dati disponibili e delle proprie analisi di fattibilità, è il seguente (IVA inclusa):

Tipologia	Importo (€)
Costi costruzione nuovo (con IVA)	124.000.000

Costi di ristrutturazione (con IVA)	80.000.000
attrezzature elettromedicali (con IVA)	20.000.000
Totale costo investimento (con IVA)	**224.000.000**

Nel dettaglio, il costo dell'investimento al netto dell'IVA comprende:

Tipologia	**Importo (€)**
Lavori	163.000.000
Grandi apparecchiature diagnostiche	9.000.000
Tecnologie sanitarie	8.300.000
Spese tecniche	16.300.000
Varie	4.000.000
Imprevisti	1.280.000
Totale costi costruzione senza IVA	**201.880.000**

I lavori comprendono le opere edili (strutturali e civili), gli impianti termo-meccanici ed elettrici e gli oneri per la sicurezza; le spese tecniche comprendono la progettazione, la direzione lavori e il coordinamento per la sicurezza; nella voce "varie" sono invece inclusi le spese di collaudo, le consulenze specialistiche, le commissioni, le spese per pubblicità, gli allacciamenti (…).

Nelle tabelle che seguono, invece, si riporta la suddivisione dei costi (IVA inclusa) tra costruzione e ristrutturazione (comprensivi della progettazione), per complessivi € 224.000.000:

Spese di costruzione	**Importo (€)**
Nuovo edificio sud	100.000.000
Spostamento elisuperficie e accessori	1.000.000
Nuova area tecnologica	20.000.000
Edifici logistici	2.000.000
Opere di riqualificazione ambientale	1.000.000
Apparecchiature e tecnologie sanitarie	10.000.000
Totale costruzione	**134.000.000**

Spese di ristrutturazione	**Importo (€)**
Ristrutturazione edifici esistenti area ospedaliera	49.750.000
Demolizioni	1.800.000
Area territoriale: poliambulatori ed emodialisi	5.550.000
Opere di riqualificazione ambientale	1.000.000
Area formazione	11.000.000
Area amministrativi	7.400.000
Parcheggio multipiano	3.500.000
Apparecchiature e tecnologie sanitarie	10.000.000
Totale ristrutturazione	**90.000.000**

I contributi/finanziamenti pubblici sono complessivamente pari a **€ 126.000.000,00** mentre la restante quota di € 98.000.000,00 resta a carico del soggetto privato nell'ambito del promotore finanziario.

Durante la gestione l'Azienda prevede di sostenere i costi connessi con la corresponsione al privato concessionario di un canone per i servizi affidati in gestione ed un canone integrativo di disponibilità, coperto questo ultimo, dai risparmi su alcuni costi che l'Azienda prevede di conseguire con l'attivazione delle fasi gestionali dell'iniziativa.

Durata della concessione

E' stata ipotizzata la seguente tempistica di massima:

Fase	Periodo	Anni
Progettazione /gestione	2012-2012	2
Costruzione nuovo/gestione	2014-2016	3
Ristrutturazione/gestione	2017-2021	5
Gestione "pura"	2020-2032	11
Totale anni		**21**

La durata complessiva della concessione è stata ipotizzata in 21 anni

INTERVENTI NN. 16, 17, 18 E 19
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA
Programma di riorganizzazione funzionale, logistica ed edilizia della Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri di Verona"

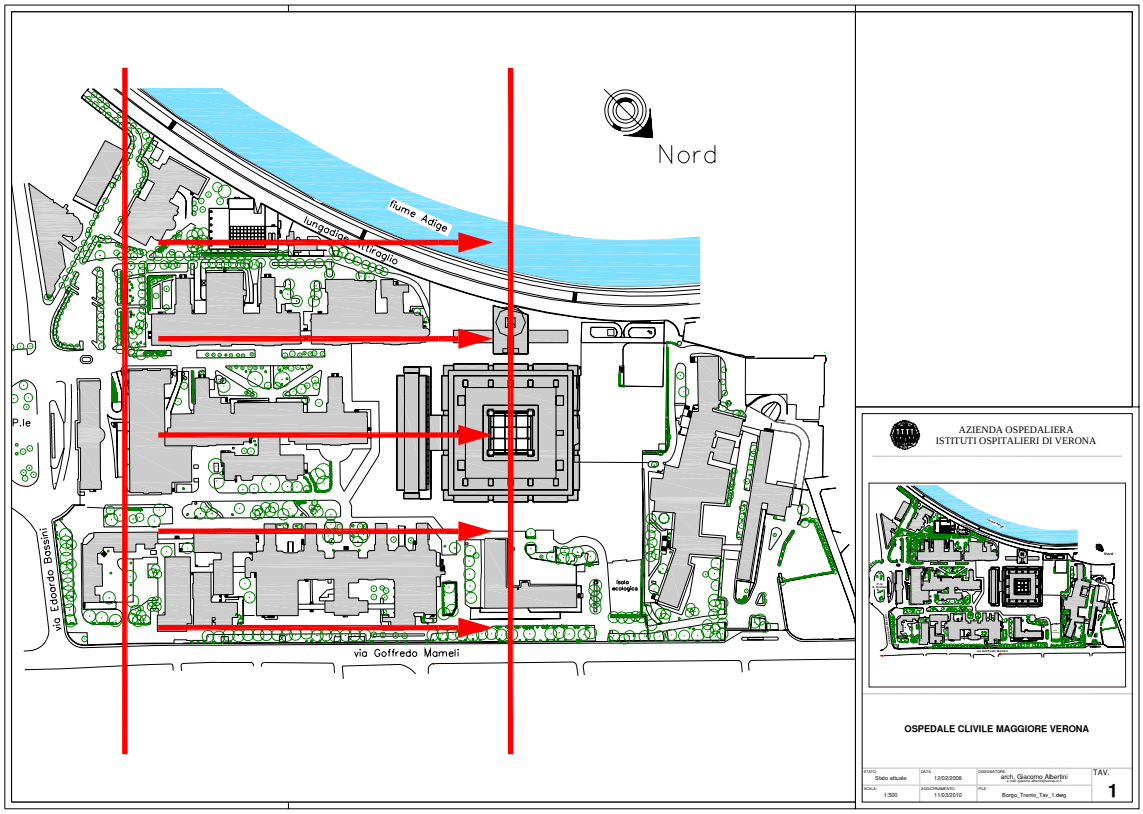
Premessa
L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona consta di due Ospedali: l'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento (O.C.M.) e del Policlinico G.B. Rossi di Borgo Roma per un totale di 1700 p.l. (1543 ordinari e 157 diurni), distribuiti in 1050 all'O.C.M. e 650 al Policlinico, suddivisi in 80 U.O.C. a direzione universitaria od ospedaliera; ambedue gli Ospedali sono dotati di Pronto Soccorso, di aree destinate a attività chirurgiche e terapie intensive.
Le linee di programmazione generale di cui l'Azienda Ospedaliera di Verona (ora Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona) si è dotata sono basate sullo sforzo di forte integrazione funzionale tra le due realtà, quella ospedaliera e quella universitaria, che trovano collocazione sia nella sede di Borgo Trento sia in quella di Borgo Roma.
La programmazione può essere sinteticamente divisa in tre momenti precisi:

1. Realizzazione del blocco chirurgico presso l'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento: intervento già ultimato ed attivato
2. Realizzazione dell'Ospedale del Bambino e della Donna e Outpatient Clinic presso gli Ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma: intervento in fase di aggiudicazione.
3. Riorganizzazione funzionale e logistico-edilizia dell'Azienda Ospedaliera: intervento da realizzare e previsto nel presente accordo.

Nel dettaglio:

1. BLOCCO CHIRURGICO
L'intervento, si ricorda, è basato sulla realizzazione c/o l'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento, di un edificio di 74.202 mq. dotato di 32 sale operatorie, di un piano dedicato alle terapie intensive e semintensive (U.T.I.C. e Stroke Unit), di 450 p.l. destinati alle degenze chirurgiche, affiancato da un edificio dedicato al nuovo Pronto Soccorso completo di spazi e p.l. per Osservazione Breve e Astanteria e da una costruzione che accoglie i Poliambulatori, per complessivi ulteriori 8 mila mq..
L'intervento ha comportato un costo complessivo di 212 milioni di €, completamente finanziato, parte con fondi ex art. 20 (Accordo di Programma del 22/06/2000 per oltre 49 mln di euro e Accordo di Programma del 02/10/2007 per oltre 25 mln di euro) e parte con contributo pari a € 103.291.379,82 dalla Fondazione Cariverona, è stato completato alla fine del 2010 e recentemente e attivato.
Dal punto di visto sia tipologico sia funzionale l'opera determina un nuovo assetto all'interno dell'ambito dell'Ospedale Civile Maggiore con la conseguente logica di individuare un nuovo modello organizzativo.
L'attivazione del blocco chirurgico, il contestuale trasferimento di oltre un terzo dei p.l. dell'O.C.M. consente una radicale riorganizzazione della attività di ricovero dell'intera Azienda, la ristrutturazione e l'ammodernamento del Policlinico, mai prima risolta per indisponibilità di spazi cuscinetto atti a ospitare reparti temporaneamente trasferiti ed infine la sperimentazione di iniziative di continuità assistenziale tra Azienda Ospedaliera e Azienda Ulss per la gestione delle dimissioni protette del paziente fragile.
In sostanza, come si evince dalla planimetria allegata si evidenzia uno spostamento verso nord del "baricentro" ospedaliero con il nascente Polo tecnologico della chirurgia specializzata.

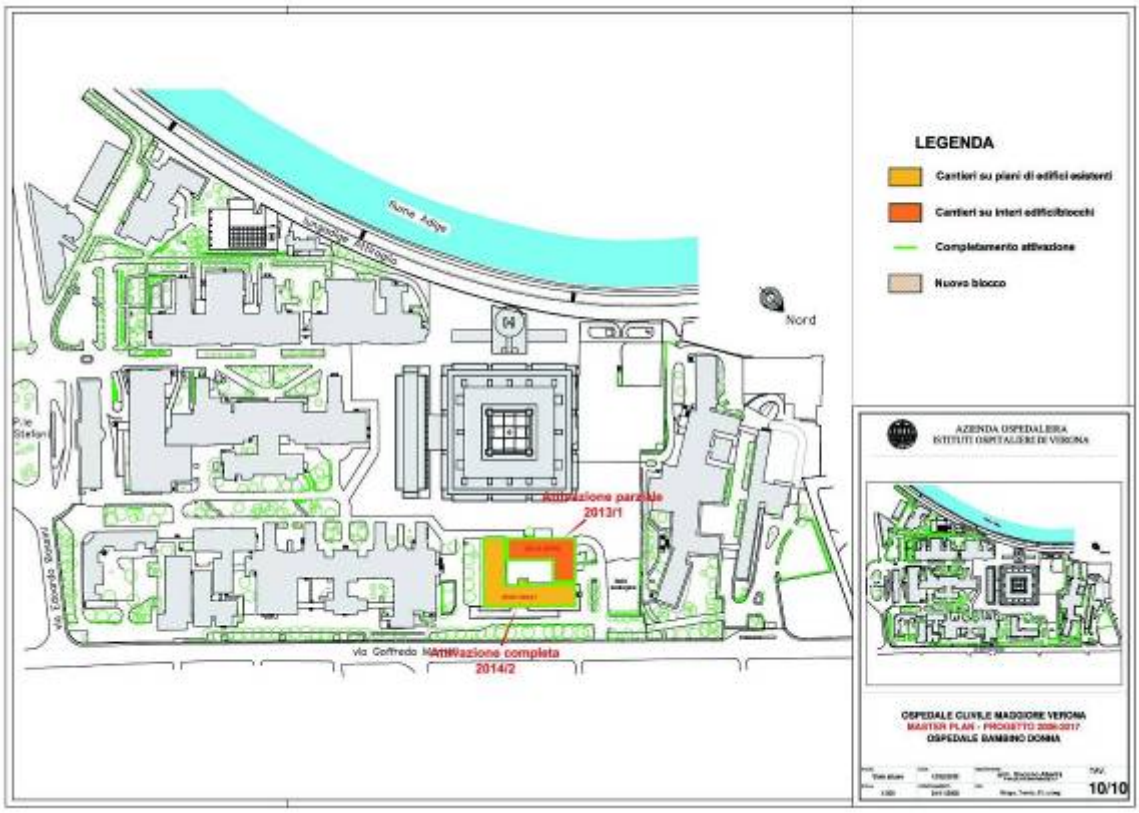
Il percorso di integrazione è connotato da tre tappe fondamentali: la prima relativa alla fase di ristrutturazione di Borgo Trento finalizzata alla conclusione e all'attivazione dei servizi si è conclusa nel dicembre del 2010.



2. OSPEDALE DEL BAMBINO E DELLA DONNA E OUTPATIENT CLINIC

La seconda fase, inserita nell'accordo di programma dell'11/12/2009, è già stata avviata con le procedure relative alla ricerca del promotore finanziario.

Si ricorda che il programma prevede nella sede di Borgo Trento il completamento del Padiglione 9 per l'attivazione dell'Ospedale del Bambino e della Donna, in cui troveranno collocazione tutte le UUOO afferenti a quest'area.



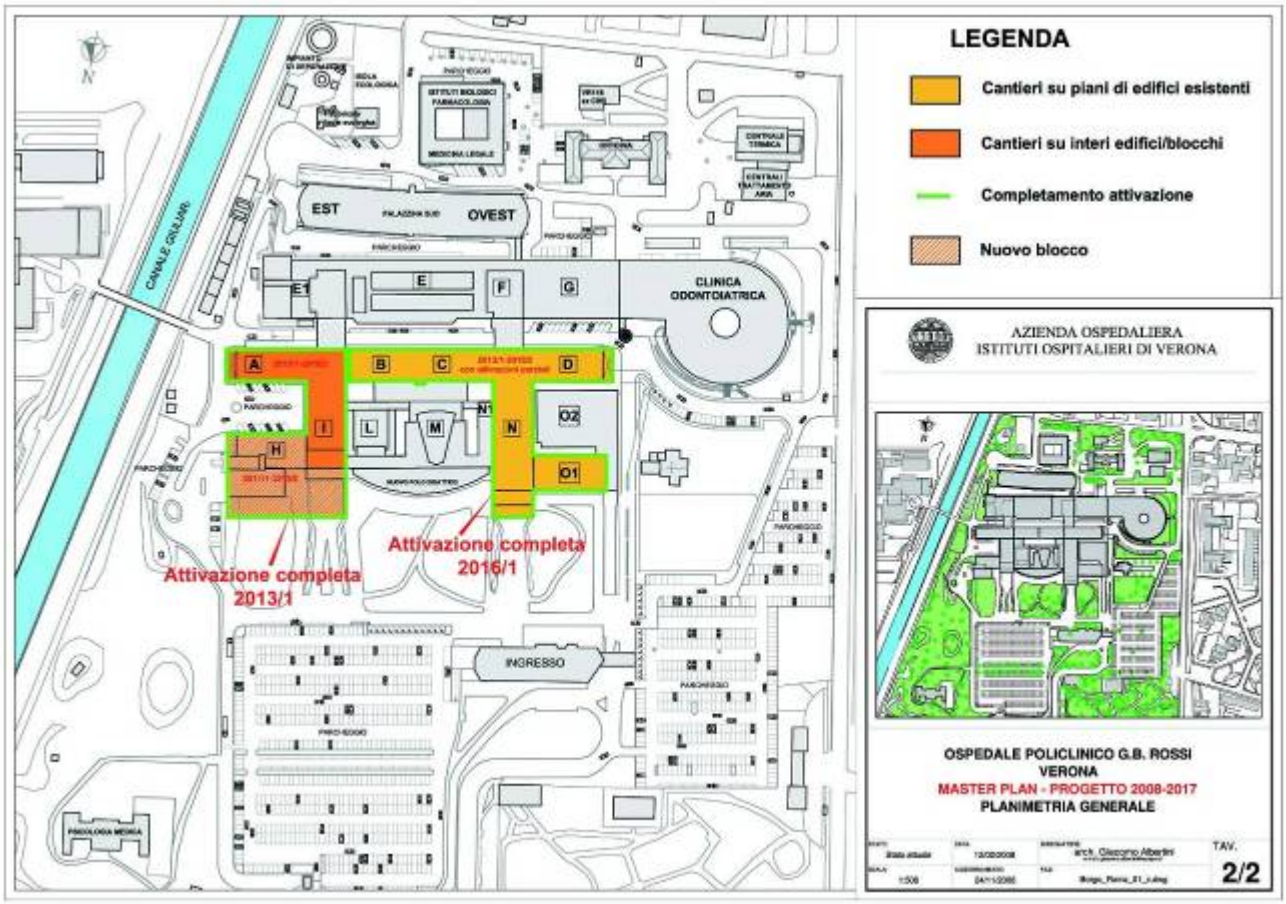
Per Borgo Roma è prevista la costruzione dell'Outpatient Clinic aziendale, previa demolizione dell'attuale corpo H (piani infernotto, seminterrato e rialzato) attraverso:

- costruzione di un nuovo edificio;
- ristrutturazione del corpo I e riorganizzazione funzionale del corpo A.

È prevista inoltre la Ristrutturazione dei corpi esistenti per degenze ordinarie e supporti dipartimentali, in particolare saranno realizzati:

- nel corpo B per i supporti dipartimentali;
- nel corpo C per moduli di degenze ordinarie da 20-24 pl;
- nel corpo D per moduli di degenze ordinarie da 20-24 pl;
- nel corpo N per spazi direzionali;
- nel corpo O1 per spazi da destinare alla didattica ed alla ricerca traslazionale.

La planimetria che segue schematizza i diversi corpi di fabbrica e la loro denominazione nonché la prevista attivazione degli interventi.



Il valore complessivo dell'intervento su Out Patient Clinic, ristrutturazione del Policlinico e Ospedale del Bambino e della Donna è stato stimato in circa 120 milioni di euro.

3. PROGETTI INSERITI NEL PRESENTE ACCORDO

La realizzazione di quanto sopra comporta la necessità di dotare da una parte gli ospedali di una logistica che affronti il problema conseguente al "cammino" all'interno delle aree e dall'altra che preveda l'avvio delle fasi di adeguamento e ristrutturazione dell'esistente.
Per questo nel presente Accordo di Programma sono inserite due tipologie di interventi, strutturalmente connessi però all'assetto delle strutture dedicate all'attività sanitaria.
Da una parte la dotazione di spazi per i parcheggi, per l'attività amministrativa e per la logistica a Borgo Trento e dall'altra l'adeguamento di volumi esistenti (a Borgo Roma e Borgo Trento) per permettere il raggiungimento dell'obiettivo di forte integrazione funzionale tra i due nosocomi.
Con il nuovo assetto si è determinata la necessità di rivedere il modello organizzativo, sia alla luce della nuova realtà dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, sia per la tipologia, in parte esistente, a padiglioni, non più consona alle nuove esigenze sia di ordine organizzativo che funzionale.

Programmazione degli interventi specifici
Vengono affrontati più nel dettaglio i **4 interventi specifici** che sono previsti per la riorganizzazione funzionale e logistico-edilizia dell'Azienda Ospedaliera:

16. Superfici da ristrutturare, acquisto aree Riva di Villasanta, Forte Procolo e primi interventi di sistemazione a parcheggio

a) Logistica e parcheggi degli uffici
b) Ex caserma Martini (Forte S. Procolo);
c) Ex caserma Riva di Villasanta;

17. Area geriatrica

d) Ristrutturazione della sede dell'O.C.M. nell'attuale Geriatrico;

18. Adeguamento Padiglioni Borgo Trento

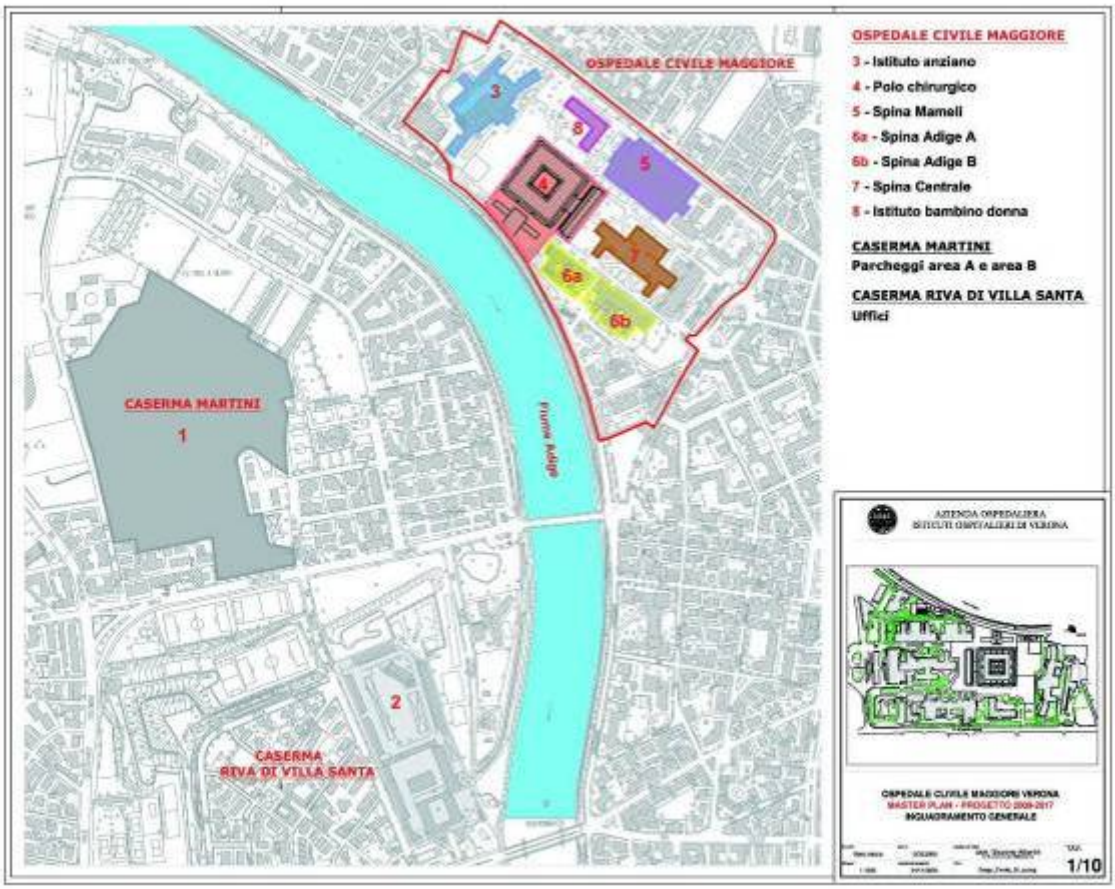
e) riuso della Spina lato Via Mameli (Padiglione Alessandri) nell'O.C.M.;
f) riuso della Spina lato Adige A nell'O.C.M.;
g) riuso della Spina lato Adige B nell'O.C.M.;
h) riuso della Spina Centrale nell'O.C.M.;

19. Borgo Roma Policlinico per riorganizzazione e opere preliminari

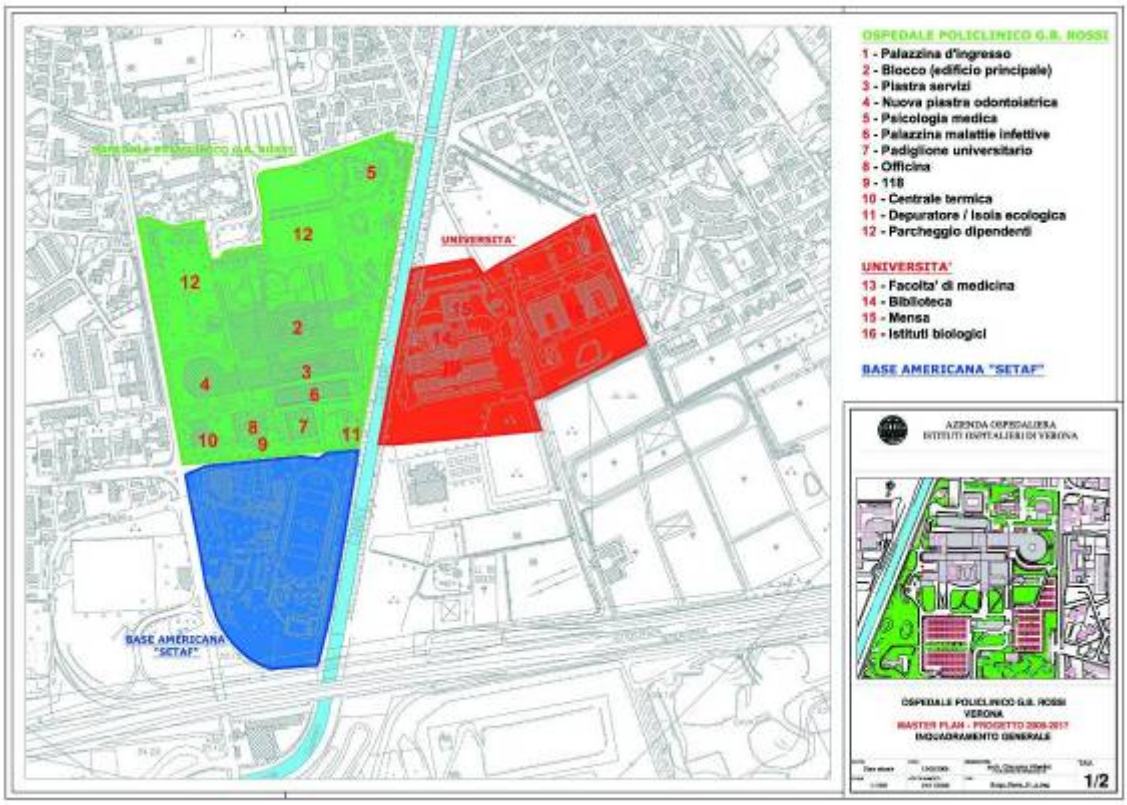
i) Adeguamento Borgo Roma;

I grafici che seguono schematizzano gli interventi presso le due sedi e nel caso di Borgo Trento anche fuori dell'area ospedaliera.

Sede di Borgo Trento



Sede di Borgo Roma



INTERVENTO N. 16

Superfici da ristrutturare, acquisto aree Riva di Villasanta, Forte Procolo e primi interventi di sistemazione a parcheggio

a. Logistica e parcheggi degli uffici

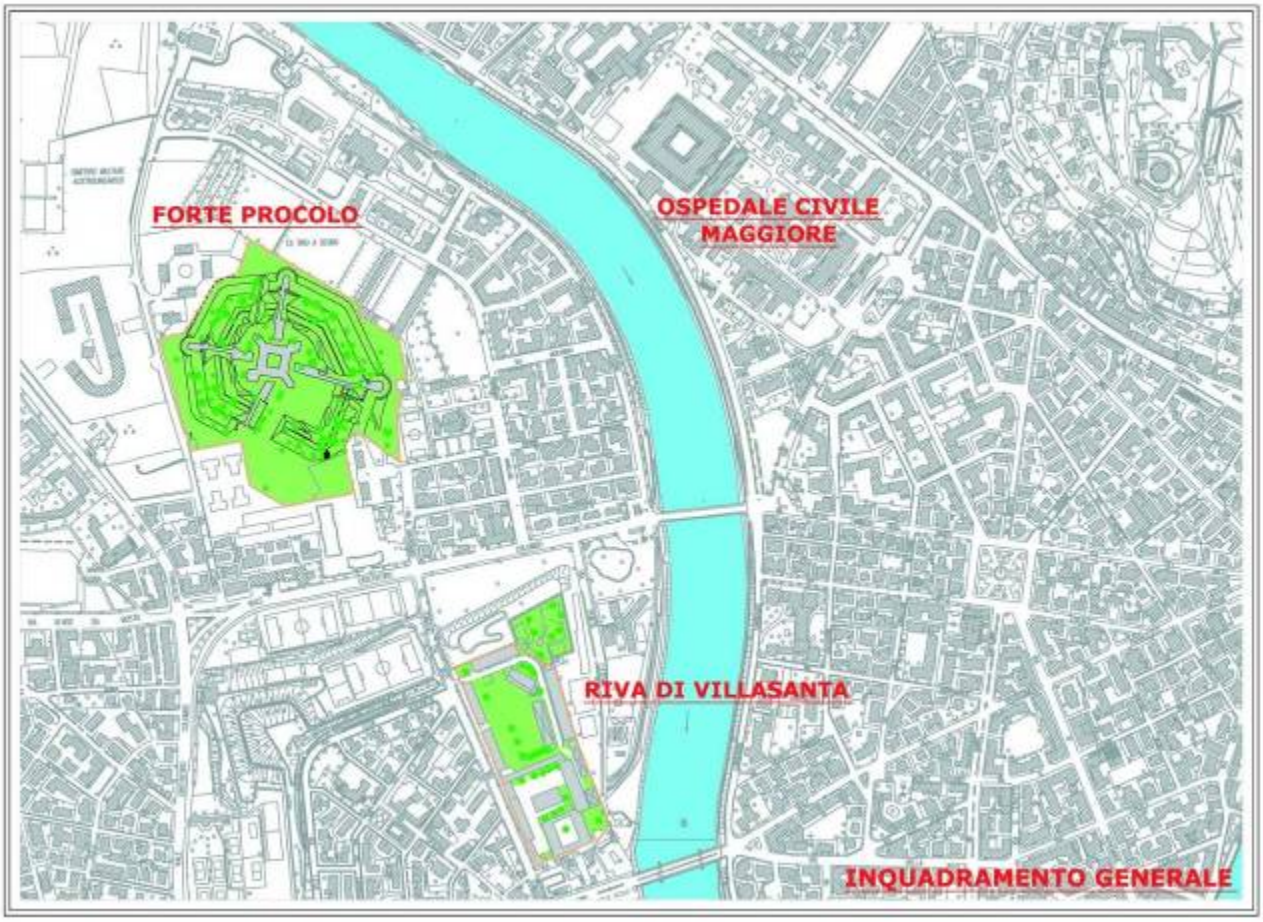
In questi anni è maturata la possibilità di avere a disposizione aree militari dimesse e consegnate al Demanio dello Stato Agenzia del Territorio.

Nell'accordo seguito tra il Sindaco del Comune di Verona, il Demanio dello Stato, la Soprintendenza Regionale e Provinciale e la Regione Veneto si è concretizzata l'opportunità di acquisto di n° 2 Caserme militari, che per estensione e posizione territoriale determinano la risoluzione al problema parcheggi.

Le aree in questione sono la Caserma Riva di Villasanta e il Forte Procolo.

Come si evince dalle planimetrie allegate, le due aree distano meno di 1 km. dall'O.C.M. ed hanno ambedue la caratteristica di essere direttamente collegate ad arterie di grande scorrimento in ambiti marginali rispetto ai quartieri residenziali.

Costo complessivo acquisto delle due aree € 11.000.000,00.



b. Forte Procolo

L'area è situata ad ovest dell'O.C.M. ed è di circa mq. 76.000 complessivi.

Attraverso un riordino complessivo dell'ambito, oggi ricoperto da folta vegetazione di nessun pregio, è possibile ricavare 800-1000 posti auto da dedicare ai visitatori/utenti dell'O.C.M.

Considerato che l'area si trova collocata dall'altra sponda del fiume Adige (vedi planimetria), in accordo con il Sindaco del Comune di Verona è prevista una passerella ciclo-pedonale atta a collegare il baricentro dell'Ospedale (area tra Polo Chirurgico – Geriatrico) con la sponda lato Forte Procolo, riducendo in questo caso le distanze che diventano di circa 450-500 m.

Allo stato attuale l'area è stata data in concessione all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata per 6 anni con l'intento di procedere all'acquisto.

Per il ponte ciclo-pedonale è stato redatto uno studio di fattibilità e rientra nel programma triennale delle opere pubbliche approvato dal Comune di Verona.

PARCHEGGI CASERMA MARTINI				
posti auto previsti	m² utili	m² posto auto	costo posto auto	Costo totale
1.000	18.000-25.000 su 68.000	12-15 m²	400-500€/mq	€ 5.000.000

c. Caserma Riva di Villasanta

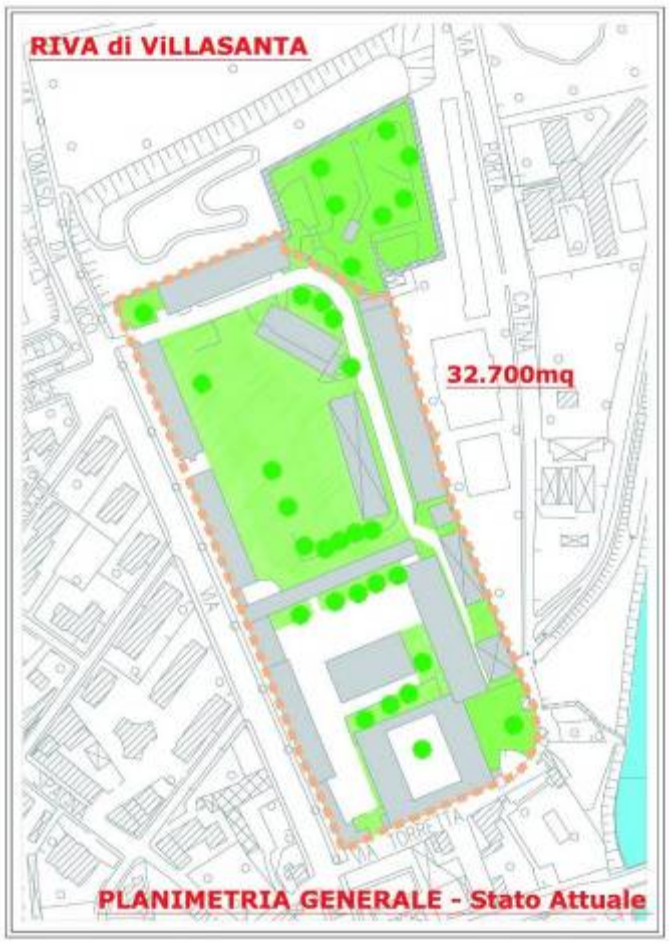
L'area a sud-ovest rispetto all'O.C.M. è di circa mq. 32.700 complessivi, comprendendo all'interno del perimetro edifici di pregio architettonico che possono essere recuperati e riutilizzati ai fini sanitari o per uffici tecnico-amministrativi e per attività didattica e formazione.

Nell'ambito del complesso è possibile intervenire con nuovi volumi attraverso il recupero volumetrico di magazzini esistenti e di nessun pregio architettonico.

Negli spazi liberi sono ricavabili circa 700-800 posti auto da dedicare ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata.

L'intervento oltre a risolvere il problema parcheggio dipendenti, riqualifica l'area costituendo un valore aggiunto per l'O.C.M. sia in termini spaziali che funzionali e determina un miglioramento complessivo della circolazione e viabilità nelle aree residenziali contermini all'O.C.M.

UFFICI EX CASERMA RIVA DI VILLA SANTA	
lavori iniziali	Costo totale
posti auto ricavati 700	€ 1.000.000



Nell'ambito del processo complessivo di adeguamento degli Ospedali Borgo Trento e Borgo Roma, seguenti interventi si collocano all'interno dell'obiettivo

1A Conferma mediante adeguamento o ristrutturazione con l'obiettivo di adeguamento normativo e sismico

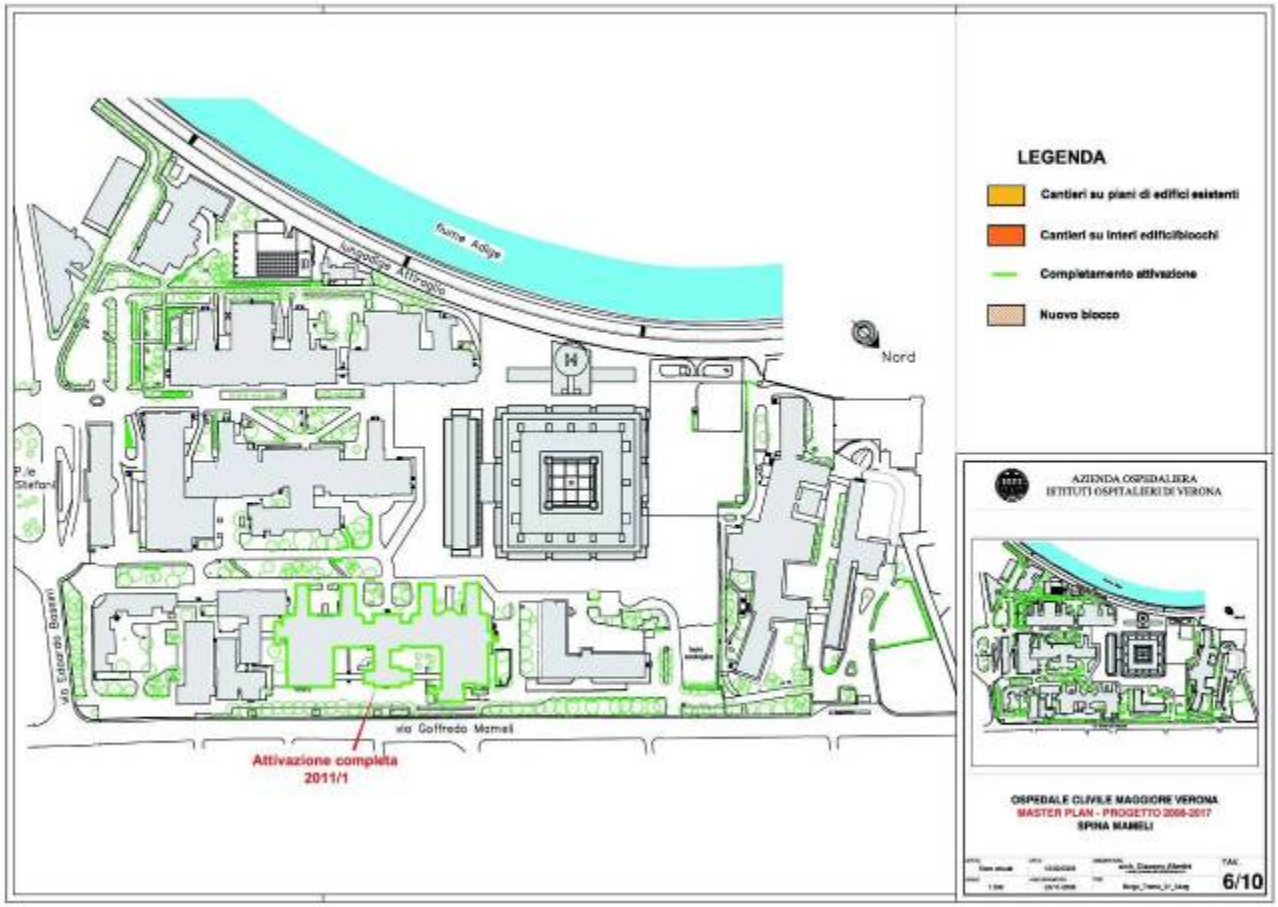
INTERVENTO N. 17 - Area geriatrica
d. Ristrutturazione della sede dell'O.C.M. nell'attuale Geriatrico

Dopo la liberazione degli spazi conseguente all'intervento di attivazione del Polo, si potrà riorganizzare l'attuale Padiglione Geriatrico per il riutilizzo dell'Ospedale dell'Anziano. In questa sede potranno trovare collocazione, oltre ai servizi sanitari di degenza geriatrica, anche servizi sociosanitari e sociali, al fine di garantire la continuità assistenziale per gli anziani malati che hanno utilizzato i servizi della sede di Borgo Trento.
Il costo complessivo degli investimenti è stimato in circa venti milioni di euro.

INTERVENTO N. 18 - Adeguamento Padiglioni Borgo Trento
e.f.g.h. Riuso delle Spine lato Via Mameli (Padiglione Alessandri), lato Adige A, lato Adige B e Centrale nell'O.C.M

Al completamento del nuovo Polo Chirurgico, avvenuto alla fine del 2010, fa seguito tutta la fase di trasferimento di tutte le UUOO Chirurgiche con i servizi connessi, Neurologia con la Stroke Unit, Cardiologia con la UCIC, Radiologia e Pronto Soccorso e l'attivazione del Reparto di Emergenza connesso al Pronto Soccorso che avverrà entro il primo semestre del 2011.

Avendo quindi liberato le palazzine esistenti, potranno essere riutilizzati i padiglioni delle cosiddette “spine”: Spina lato Mameli (che include lo storico padiglione Alessandri), la “Spina Centrale”, la “Spina lato Adige”.
In particolare nella Palazzine della spina lato Mameli sarà riorganizzata l’area Medica.



La Palazzina 16 della spina lato Adige sarà riutilizzata per accogliere le attività di Didattica.
La sede di Borgo Trento, storicamente, ha sempre avuto pochi spazi dedicati a queste attività che si sono svolte maggiormente presso la sede di Borgo Roma.
Pertanto, considerata la tipologia di spazi esistenti ed in avanzato stato di realizzazione in questa sede di Borgo Trento, risulta necessario prevedere, all’interno della Palazzina 16 della spina lato Adige, la creazione di spazi ad uso generale per attività di didattica che prevedano:

- costruzione di 2 aule di 120 – 130 posti per la didattica frontale agli studenti del secondo triennio;
- costruzione di 3-4 aulette di 30-40 posti per dottorati di ricerca o master o altro;
- creazione di un Laboratorio di Ricerca Clinica di circa 8-900 mq nella sede di Borgo Trento.

Per le Scuole afferenti al settore Materno-Infantile (4) è opportuno che tali spazi siano previsti “dentro” la nuova costruzione che si progetterà per l’Istituto Bambino-Donna.
Sono inoltre da prevedere, in forma centralizzata, per ciascuna delle due sedi spogliatoio, mensa, L’altro intervento di adeguamento interessa le palazzine esistenti sul lato Adige; tali edifici, vincolati e quindi non demolibili, saranno utilizzati sia per la didattica che per le attività mediche.
L’importo stimato è di circa 7 milioni di euro.

INTERVENTO N. 19 - Borgo Roma Policlinico per riorganizzazione e opere preliminari
i. Adeguamento Borgo Roma

Successiva e conseguente alla fase attualmente in corso, si procederà con l'adeguamento dell'Ospedale di Borgo Roma, per il quale è prevista una spesa di 9 milioni di euro.
Si tratta in particolare dei lavori di ristrutturazione al fine di poter adeguare alla normativa vigente, ed in particolar modo quella relativa agli aspetti della sicurezza (antincendio, sismica, gas medicali, barriere architettoniche, etc), le strutture dell'Ospedale che, per motivi tecnici, funzionali ed economici, non risultano interessate nell'ambito del progetto inserito nell'Accordo del 2009.
Ciò al fine di riqualificare, uniformandolo, l'intero sistema/servizio ospedaliero di Borgo Roma e dando al modello previsto quella funzionalità/flessibilità che oggi non sono più derogabili e rimandabili in quanto necessari a garantire l'erogazione di servizi sanitari di elevata qualità.

QUADRO RIASSUNTIVO DELL'A.O.U.I. DI VERONA

FINANZIAMENTO ART. 20 L. 67/88	
Superfici da ristrutturare, Acquisto aree Riva di Villasanta, Forte Procolo e primi interventi di sistemazione a parcheggio	€ 17.000.000,00
Area geriatrica	€ 20.000.000,00
Adeguamento Padiglioni Borgo Trento	€ 7.000.000,00
Borgo Roma Policlinico per riorganizzazione e opere preliminari	€ 9.000.000,00
TOTALE	**€ 53.000.000,00**

I seguenti interventi si collocano all'interno dell'obiettivo

1A Conferma mediante adeguamento o ristrutturazione con l'obiettivo di adeguamento del servizio di emodialisi

Intervento n. 8

AZIENDA ULSS N. 10 – Servizio Dialisi Ospedale di San Donà di Piave

Intervento n. 9

AZIENDA ULSS N. 13 – EmoDialisi Ospedale di Mirano

Intervento n. 11

AZIENDA ULSS N. 15 – Servizio Dialisi e Reparto Nefrologia degli Ospedali di Camposampiero e Cittadella

I seguenti interventi si collocano all'interno dell'obiettivo

1A Conferma mediante adeguamento o ristrutturazione con l'obiettivo di adeguamento ai requisiti minimi del Pronto Soccorso

Intervento n. 1

AZIENDA ULSS N. 1 – Adeguamento P.S. Ospedale di Pieve di Cadore

Intervento n. 2

AZIENDA ULSS N. 2 – Adeguamento P.S. Ospedale di Feltre

Intervento n. 5
AZIENDA ULSS N. 6 – Adeguamento P.S. e Terapie intensive Ospedale di Vicenza

Intervento n. 6
AZIENDA ULSS N. 8 – Adeguamento P.S. Ospedale di Montebelluna

Intervento n. 12
AZIENDA ULSS N. 16 – Adeguamento P.S. Ospedale di Piove di Sacco

Intervento n. 13
AZIENDA ULSS N. 20 – Adeguamento viabilità P.S. Ospedale di San Bonifacio

I seguenti interventi si collocano all'interno dell'obiettivo

1A Conferma mediante adeguamento o ristrutturazione con l'obiettivo di adeguamento normativo e sismico

Intervento n. 10
AZIENDA ULSS N. 14 – Adeguamento Ospedale di Chioggia

Intervento n. 14
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA – Adeguamento antisismica

Intervento n. 15
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA – Adeguamento antisismica

Con riferimento all' art. 10 dell'Intesa 23 marzo 2005, al potenziamento ed ammodernamento tecnologico gli interventi come sopra rappresentati destinano complessivamente la quota di € 37.183.470,26 pari al 18,12 % delle risorse assegnate.

B2a 4 Offerta post-operam

Il programma consolida l'offerta ospedaliera per garantire, come detto, sia gli obiettivi quantitativi sia quelli qualitativi, perseguendo un'azione di riorganizzazione di un'offerta strutturale capace di supportare processi di ottimizzazione dell'organizzazione sanitaria e di recepimento dei processi di rinnovamento tecnologico.
La realizzazione degli interventi previsti nel presente Programma, concorrerà alla variazione dell'offerta sanitaria regionale/locale, perfezionando e incrementando alcuni aspetti.
In particolare è possibile stabilire dirette connessioni per macro aree d'intervento quali quella dell'emergenza (p.s.), quella medica (dialisi)e quella chirurgica.

B2B. COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità

Il problema che si pone tra le diverse priorità del programma coinvolge tutta la logica dell'adeguamento normativo delle strutture esistenti per garantire al cittadino un'offerta strutturale che raggiunga almeno i requisiti minimi posti dalle normative tecniche.

Pertanto non vi è nessun conflitto tra gli interventi proposti, né priorità tra gli stessi, in quanto tutti partecipano al processo di adeguamento e di rinnovo del patrimonio di cui la tabella B2 è la sintesi.

B2b 2 Analisi dei rischi

Non vi sono rischi particolari, se non quello determinato da un possibile sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e strutturale determinato soprattutto dai complessi procedimenti derivanti dalle normative in materia di opere pubbliche.
Visti l'analisi ed i risultati derivanti dall'attuazione degli altri cinque Accordi di Programma in corso, la Regione Veneto ha scelto di "concentrare" in contenuti ma significativi interventi le risorse finanziarie a disposizione con la "finanziaria" 2008. Questa scelta comporterà sicuramente da un lato la notevole riduzione della criticità nelle fasi di affidamento sia della progettazione che della realizzazione degli interventi e, di riflesso, dall'altro lato, una diminuzione del possibile contenzioso con le imprese affidatarie dei lavori nella fase di esecuzione degli stessi.
Anche possibili interruzioni o sospensioni delle attività sanitarie in essere, legate alla realizzazione dei lavori in strutture operative ed in attività, sono state attentamente valutate dalle Aziende e dalla Regione in sede di redazione del Programma d'interventi. Le eventuali interferenze con la normale attività saranno oggettivamente programmate e preventivamente disciplinate al fine di diminuirne l'impatto e quindi il relativo disagio agli operatori e soprattutto agli utenti .

B3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE

B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE

B3a 1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

Le finalità della programmazione 2007-2013 del QSN sono individuate nei seguenti obiettivi e strumenti di intervento articolati in 10 priorità tematiche; quelle che sono afferenti alla tutela della salute, nel senso più generale e complesso del termine sono:
(Priorità 4).
Accrescere la qualità della vita, la sicurezza e l'inclusione sociale nei territori
Priorità di riferimento:
inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale

(Priorità 10).
Internazionalizzare e modernizzare
Governance, capacità istituzionali e mercati concorrenziali e efficaci

L'elemento direttivo programmatorio di riferimento per la Regione Veneto è stato accompagnato da una intensa attività di concertazione con le parti economiche e sociali dando attuazione al Programma Regionale di Sviluppo – PRS - previsto dall'art. 8 della L.R. n. 35/2001 che è l'atto di programmazione che individua gli indirizzi fondamentali dell'attività della Regione e fornisce il quadro di riferimento e le strategie per lo sviluppo della comunità regionale.
Il PRS è un documento strategico e complesso che richiede di essere specificato attraverso i Piani di settore.

Le politiche sociali, la tutela della salute e le politiche sanitarie caratterizzano i primi due capitoli del Programma regionale di Sviluppo.[22]

B3a 2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale

- Programma di investimenti ex art. 20 L. 67/88 – prima e seconda fase
- Programma di investimenti ex art. 71 L. 448/98
- Radioterapia ex art. 18, comma 12, L. 488/99 ed art. 96 L. 388/2000
- *Hospice* ex DPCM 20/1/2000
- *Intramoenia* ex D.Lgs 254 /2000
- Investimenti regionali derivanti dalle Leggi finanziarie 2004/2008

L'applicazione dei provvedimenti legislativi e finanziari di cui sopra è avvenuta mediante quattro fondamentali provvedimenti di Giunta Regionale:
DGRV n° 1711 del 18.06.2004 *"Fondo Sanitario Regionale in conto capitale. Metodologia per gli investimenti 2004/06 e attribuzione alle Aziende Ospedaliere e U.L.S.S. delle quote di finanziamento per gli interventi di adeguamento, strutturale e tecnologico alla L.R. 22/02"*;
DGRV n° 66 del 21.01.2005 *"Art. 20 legge 67/88 – Legge regionale n° 01/2004 Metodologia per gli investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013 DGR 77/CR del 18.06.2004";*
DGRV n° 3741 del 26.11.2004 *"Art. 36 L.R. 30.01.2004 n. 1 Criteri di applicazione. DGRV 81/CR del 18.06.2004";*
DGRV n° 391 del 11.02.2005 *"DGR n. 66 del 21/1/2005 - settore socio sanitario. Programma investimenti quota 2002. Riconversione ospedaliera, diasabili e anziani non autosufficienti. (ls n. 67/1988 art. 20)".*
Tali provvedimenti hanno trovato in parte attuazione negli Accordi di Programma 02/10/2007 e 11/12/2009.

Le Deliberazioni nn. 1711/04 e 66/05 che interessano il settore sanitario, sono strettamente correlate tra loro e affrontano in parallelo le 2 problematiche già indicate nel presente Documento cioè la

[22] In particolare *"La Regione si propone di apportare sviluppi e completamenti alle politiche di intervento sociale finora intraprese per affrontare le nuove esigenze che emergono dal complesso tessuto sociale del territorio e operare per una maggiore efficienza ed organicità della rete dei servizi sociali e sociosanitari.*
L'insieme delle linee d'azione e delle strategie attivate nelle diverse aree d'intervento delle Politiche Sociali nella Regione, hanno come scopo ultimo la tutela e la valorizzazione di ogni individuo che necessita di un aiuto per realizzare compiutamente il suo essere "persona", in tutti gli ambiti in cui essa è chiamata a vivere e ad esprimere le sue capacità.
La Regione del Veneto, allo scopo di dare concretezza agli obiettivi sopra evidenziati, utilizza i due fondamentali strumenti che l'ordinamento costituzionale ha previsto per dare piena attuazione ai principi di federalismo e sussidiarietà: l'emanazione di una disciplina normativa, che riorganizzi complessivamente il sistema esistente e che formuli orientamenti per il futuro e la gestione programmata delle risorse finanziarie proprie e assegnate dallo Stato…..
…la Regione intende dunque sviluppare le seguenti priorità:
interventi a favore della natalità, di sostegno alla maternità, ai servizi all'infanzia e alla famiglia, di sviluppo di servizi sociali a favore della terza età, misure a favore delle donne lavoratrici e di tutela dei minori e dei giovani, di recupero dei tossicodipendenti, di accesso alle abitazioni a favore delle giovani coppie e di sostegno all'introduzione di innovazioni …"
Parimenti, *" il sistema socio-sanitario veneto deve necessariamente conseguire nuovi livelli di efficienza nell'utilizzazione delle risorse, anche attraverso la sollecitazione di tradizionali e nuove forme di collaborazione dei soggetti che erogano i servizi del welfare, fondata sulla centralità del servizio pubblico, sulla presenza dei produttori accreditati nonché valorizzando la ricca esperienza solidale del privato sociale, in grado di …ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni, in un quadro di forte governo regionale dei volumi di attività e dei tetti di spesa. L'azione regionale si muoverà pertanto ..attraverso la promozione di iniziative di carattere generale e sistemico di tutela della salute e il rafforzamento dell'area della prevenzione collettiva, la definizione regionale dei LEA e la riduzione delle liste di attesa, il potenziamento della rete integrata dei servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, la promozione della farmacovigilanza, la valorizzazione della partecipazione e la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti alla realizzazione delle finalità del Servizio Sanitario, la riorganizzazione dei macro sistemi erogativi e il potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza, il monitoraggio del sistema come garanzia di qualità…..…"*

necessità di far fronte ai processi di riorganizzazione nonché alla contemporanea esigenza di adeguamento, confrontando tali problematiche con le politiche d'investimento attualmente in corso.
Tale fase di coordinamento viene poi proiettata nel prossimo decennio, correggendo le dotazioni teoriche dei finanziamenti, in relazione a 2 fattori: natura e obiettivi dei lavori in corso; capacità tecnica di assorbire le nuove funzioni sanitarie.
Le Deliberazioni 3741/04 e 391/05 che interessano il settore sociosanitario sono anch'esse strettamente correlate a due fattori: la riconversione di strutture ospedaliere ovvero la realizzazione di strutture alternative alle grandi strutture del socio sanitario;.

B3B SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI

B3b 1 Sostenibilità economica e finanziaria

La sostenibilità economico-finanziaria è basata su una verifica delle risorse oggi a disposizione per gli investimenti, con una forte correlazione tra le risorse messe a disposizione dall'art. 20 della Legge n. 67/1988 e quelle disposte dalla Giunta Regionale, pari a € 40.000.000,00 annui.
La verifica della sostenibilità economico–finanziaria del Programma è basata sulla ricerca di relazioni di congruenza tra i bilanci pluriennali di previsione presentati dalle Aziende (oggetto di valutazione ed approvazione da parte dei competenti organi regionali) e gli interventi inseriti nel Programma.
La sostenibilità economico–finanziaria del Programma è stata ricondotta ai bilanci pluriennali ed ai Piani Triennali delle Aziende in termini di copertura finanziaria necessaria alla realizzazione degli interventi e di spese generate dagli interventi stessi in corso di esercizio; infatti le Aziende sanitarie hanno residue capacità di finanziamento per investimenti in conto capitale.
Non è infatti possibile l'utilizzo di fondi destinati alla spesa corrente per investimenti in conto capitale.
Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico–finanziaria degli interventi del Programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi.
Tra i costi cessanti derivanti dalla realizzazione degli interventi del Programma vi sono :

- razionalizzazione dei servizi attraverso l'integrazione a rete degli stessi ed il loro accorpamento;
- riorganizzazione dei servizi e trasferimenti dei pazienti;
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico/tecnologico.

I costi emergenti si qualificano in:

- aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata soprattutto in relazione all'aumento complessivo della superficie delle strutture sanitarie;
- aumento dei costi del materiale consumabile.

La copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi prevede oltre alla quota statale, una quota regionale, fondi propri delle Aziende specificatamente riferiti alle spese per investimento e, per l'intervento da eseguirsi da parte dell'Azienda ULSS n. 9 il ricorso a capitale privato nell'ambito della procedura per il Project financing.
L'intervento dell'Azienda ULSS n. 9, come meglio dettagliato nel paragrafo B2a3, relativo alla realizzazione della Cittadella Sanitaria è, sia strutturalmente che organizzativamente, molto complesso e prevede la realizzazione per fasi operative/lavorative che si interconnettono e contestualmente si integrano in un processo di aggiornamento in "progress" delle funzioni e dei servizi sanitari presenti che, dovranno garantire la continuità e la funzionalità pur sviluppandosi in parallelo con il nuovo sistema progettato.
In tale ottica risulterebbe poco proponibile un modello progettuale e operativo standard (progetto per stralci funzionali) che non consentirebbe quella adattabilità minima ma necessaria a garantire un percorso esecutivo ed evolutivo che troverà pieno ed esaustivo compimento solamente alla fine del percorso stesso, proprio a causa o in ragione della indispensabile ed inderogabile continuità al servizio sopra accennata.

La quantificazione economica prevista per dare attuazione alla proposta progettuale, oltre 220 milioni di euro di cui poco più della metà reperibili all'interno dei bilanci propri degli Enti interessati (Regione e AULSS n. 9), non consente di individuare, soprattutto in un periodo come questo in cui i vincoli economico-finanziari delle Amministrazioni Pubbliche sono stati ulteriormente ampliati, soluzioni diverse rispetto alla scelta adottata del Promotore finanziario.
L'Analisi di fattibilità economica-finanziaria, prodotta dall'Azienda ULSS n. 9 nell'ottobre 2010 ha valutato la capacità del progetto stesso di generare un flusso di risorse a parziale copertura dei servizi erogabili grazie alla realizzazione dell'investimento programmato, analizzando tutte le componenti e le principali "assumptions" in gioco (dati, durata, tassi di interesse, costi da capitalizzare, ricavi etc); il risultato è la verifica positiva della fattibilità economico-finanziaria del progetto con una durata della concessione di 21 anni.

In tal senso la tabella sotto riportata confronta orientativamente i dati di sintesi degli ultimi interventi avviati in Regione con la procedura del project financing

	Treviso	**Verona**	**Thiene-Schio**
Valore dell'investimento (con IVA)	€ 224.000.000,00	€ 119.285.000,00	€ 125.473.700,00
Durata concessione	21	19,50	27,50
Contributi pubblici	€ 126.000.000,00	€ 62.000.000,00	€ 71.460.000,00
Canone annnuo integrativo di disponibilità (senza IVA)	€ 3.550.000,00	€ 2.000.000,00	€ 4.232.000,00
Canone annuo servizi a regime (senza IVA)	€ 44.836.000,00	€ 26.400.000,00	€ 14.694.000,00
Canone annuo attrezzature e arredi a regime (senza IVA)	€ 8.000.000,00		€ 5.333.000,00
Ricavi annui commerciali (senza IVA)	€ 2.052.000,00	€ 2.300.000,00	€ 2.568.000,00
TIR progetto (Tasso Interno di Rendimento)	12,41%	10,54%	6,97%
VAN progetto (Valore Attuale Netto)	€ 47.330.778,00	€ 17.013.640,00	€ 4.784.822,00
WACC medio (Costo Medio ponderato del capitale)	5,22%	6,44%	6,00%
Rapporto punteggio Qualità / Quantità (parametri economici e temporali)	60/40	68/32	65/35

B3b 2 Sostenibilità amministrativa e gestionale

La verifica della sostenibilità amministrativa è basata sul procedimento di ottenimento delle autorizzazioni per la cantierabilità degli interventi, avendo a monte già definito i contorni tecnici degli interventi.
La sostenibilità gestionale è stata valutata in relazione alla natura degli interventi che, nel confermare le funzioni già presenti all'interno delle strutture ospedaliere, ne razionalizzano e ottimizzano la fruibilità da parte degli operatori e degli utenti. La gestione imperniata nella Dipartimentalizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie non viene modificata nell'impianto programmatorio regionale di riferimento.

B3b 3 Sostenibilità di risorse umane

Il programma, per quanto riguarda le risorse umane, non prevede implementazione di personale in termini quantitativi.
La sua logica è imperniata sulla rimodulazione degli spazi per una valorizzazione delle risorse umane oggi costrette a lavorare in ambienti vetusti, non solo sotto il profilo strutturale.
L'impiego del personale attualmente in servizio verrà pertanto riqualificato e riorganizzato sulla base della nuova collocazione dei servizi.

B3b 4 Sostenibilità ambientale

Gli interventi proposti si inseriscono nella logica di massima sostenibilità ambientale, definita dalla Regione con l'obbligatorietà per tutti gli interventi del procedimento di Valutazione di Incidenza Ambientale (V.I.A. – DGRV n. 3173/06) e risparmio energetico (DGRV n. 3168/07).
In particolare, con la deliberazione n. 3168/07 sopra indicata, la Giunta Regionale ha portato alla necessità di rendere obbligatoria per tutte le aziende sanitarie la verifica dell'incidenza sul risparmio energetico e sulla qualità ambientale di qualsiasi intervento sulle tecnologie.

In tale contesto sono state individuate:

a) Azioni di intervento **attive** per il risparmio energetico, cioè quegli interventi tecnici su impianti esistenti o di nuova costruzione che possono essere attuati quando all'intervento di mantenimento si affianca anche l'intervento conseguente all'adeguamento normativo previsto dalla L.R. 22/2002. Le azioni attive si basano sul concetto di diminuire o contenere i consumi agendo sull'utilizzazione. Occorre in particolare agire su:

- linea acqua: è un aspetto tecnico di cui poco si occupa la normativa e tanto meno gli appalti in essere e che rappresenta il nodo principale che determina il consumo energetico; si tratta dell'acqua, che con le sue reti percorre tutto l'ospedale e che deve essere riscaldata, raffreddata, trasportata e controllata sotto il profilo delle infezioni; quindi il controllo della rete idrica diventa un obiettivo prioritario. L'ideale è realizzare la rete in funzione delle temperature di esercizio delle singole utenze e quindi non riscaldare, per esempio, l'acqua a 90° C per poi raffreddarla a 30° C per i bagni. In sostanza l'obiettivo consiste nella logica di realizzare linee di adduzione separate, in base alla utilizzazione finale, ricomprendendo il recupero delle acque piovane.

- linea aria: occorre introdurre le tecnologie di riscaldamento e raffreddamento degli ambienti a bassa temperatura nonché i concetti di vicinanza tra energia prodotta e utilizzatore, assegnando ai sistemi informatici il controllo dei parametri ambientali e quindi l'intervento in caso di anomalia.

- linea energia elettrica: l'uso dell'energia elettrica che trova la contraddizione di essere separata nell'uso (rete FM, luce, emergenza) ma che non ha controlli nei terminali di consumo. Occorre quindi rendere intelligenti i sistemi d'uso dell'energia con l'introduzione di tecnologie informatiche che controllino l'uso dei terminali.

b) Azioni di intervento **passive** per il risparmio energetico, sono le azioni che possono essere attuate anche in presenza del solo intervento manutentivo e hanno come obiettivo fondamentale la razionalizzazione dei consumi agendo sulla produzione di energia e sui comportamenti. Occorre in particolare agire su:

- azione culturale: produrre un documento tecnico che preordini altri aspetti della vita aziendale e diventi guida anche per altri contratti relativi ai lavori, agli acquisti e ai comportamenti delle persone per limitare i consumi energetici.

- azione di miglioramento dei produttori di energia: intervenire con il processo manutentivo alla sostituzione degli apparati di produzione di energia introducendo nuove tecnologia ad alto rendimento. Sono ascrivibili le fornitura di impianti cogenerati, fotovoltaici e di miglioramento dei bruciatori e delle batterie di recupero.

B4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

B4A SISTEMA DI INDICATORI

B4a 1 Definizione del Sistema di indicatori

La natura del programma in argomento permette di definire 3 sistemi di indicatori:

1) gli **indicatori di contesto**, che sostanzialmente sono basati sulla capacità degli interventi di raggiungere e mantenere gli obiettivi di ospedalizzazione, così come si sono configurati dal 2000 al 2007 nella Regione (vedi B1a 4);
2) gli **indicatori di qualità** (spesso definiti **di efficacia ed efficienza**), che sono propri del programma proposto perché interessano la capacità di recepire le esigenze della nuova organizzazione sanitaria.
   L'unità di misura di questo indicatore varia estremamente da intervento a intervento perché:
   - nel caso di interventi di adeguamento di strutture operatorie, un indicatore importante è la percentuale degli incidenti sanitari prima e dopo l'intervento;
   - nel caso di interventi sui Pronto Soccorso, l'indicatore è determinato dalla "capacità filtro" tra la richiesta della prestazione e il ricovero ospedaliero, determinata dal funzionamento di sistemi di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).
3) gli **indicatori del programma**, più facili da definire perché la loro unità di misura può essere il semplice avanzamento dello stesso nell'unità di tempo.

B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA

B4b 1 Accettabilità sociale del Programma

Il programma non presenta problemi di accettabilità sociale in quanto si presenta in contesto di conferma e di potenziamento di strutture esistenti.
Gli interventi previsti nel presente programma d'investimento non prevedono il declassamento di servizi sanitari o una minore accessibilità ai servizi stessi per gli utenti delle Aziende interessate.
I diciannove interventi proposti, infatti, attuano una migliore e più razionale ma allo stesso tempo efficace azione migliorativa dei servizi e delle prestazioni offerte.
La riorganizzazione delle localizzazioni delle sedi di erogazione dei servizi ed in particolar modo le dismissioni di interi complessi ospedalieri è stata affrontata dalla Regione Veneto sin dalla fine degli anni '80. Prova ne è il fatto che ad oggi sono stati chiusi e/o riconvertiti ad altra funzione sociosanitaria oltre 30 presidi ospedalieri.

B4b 2 Valore aggiunto del Programma

Il valore aggiunto del Programma è determinato dal suo forte incardinamento con gli altri programmi di investimento e di strutturazione del territorio regionale, i cui termini economici sono stati ampiamente riportati nelle tabelle di cui sopra.
La proposta di accordo si inserisce pertanto nel percorso strategico generale di riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri, avviata sin dalla fine degli anni '80, confermando la continuità delle strategie regionali e aziendali/locali fin qui attuate; tale continuità si può considerare pertanto proprio quale valore aggiunto intrinseco al programma.

B4b 3 Health Technology Assessment

Gli interventi del programma non prevedono specifici utilizzi di alta tecnologia, ma esclusivamente un "attrezzamento standardizzato" degli spazi.
Vi è da precisare che la Regione ha comunque attivato un sistema di verifica della dotazione delle alte tecnologie alle strutture sanitarie indipendentemente dalle fonti di finanziamento delle stesse.
La Giunta Regionale ha infatti individuato nella Commissione Regionale per gli Investimenti in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.) l'organo consultivo di verifica e di raccordo tra i vari aspetti degli investimenti in termini di impatto economico, sociale e strutturale.

La CRITE infatti, dopo la valutazione da parte delle Aziende delle richieste di prestazioni che giustifichino l'introduzione di nuove apparecchiature, anche in riferimento alla rete di servizi esistenti nel bacino d'utenza di riferimento, definisce il progetto tecnologico complessivo nel quale si descrivono i criteri generali di introduzione delle tecnologie, delle interazioni funzionali e operative tra le stesse, i criteri di recupero e di sostituzione delle apparecchiature.
Gli interventi inseriti nell'Accordo, prevedono spazi e ambienti a servizio delle nuove tecnologie sicuramente adeguati sia dal punto di vista strutturale che impiantistico, con idonei percorsi di accesso per il personale e per gli utenti, compresi gli spazi di attesa; è altresì garantita la coerenza dei percorsi sanitari con quelli amministrativi.
Le apparecchiature che si prevede di realizzare sono riferite all'ambito ordinario del servizio sanitario quali: attrezzature per sale operatorie e terapie intensive, apparecchiature radiologiche (TAC e RMN) nell'ottica della sostituzione ed operando un ammodernamento legato alla vetustà operativa delle stesse.

B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

B5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA

Si fa riferimento all'esperienza già in essere nei precedenti Accordi di Programma basati sul sistema dell'Osservatorio, previsto nell'Accordo sulle Procedure del 28/02/2008, recepito con DGRV n. 3778 del 02/12/2008 e, come già indicato nel paragrafo B0, portato a regime.

B5B MONITORAGGIO

B5b 1 Monitoraggio finanziario

Per il monitoraggio finanziario occorre comunque far riferimento al **Modulo C dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome, sancito il 19 dicembre 2002**, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità", validato per tutti gli interventi.

B5b 2 Monitoraggio fisico

Anche sul monitoraggio finanziario si fa riferimento al **Modulo C dell'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 e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

C 1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

LOGICA DI INTERVENTO		**INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI**	**FONTI DI VERIFICA**	**CONDIZIONI**
OBIETTIVI GENERALI	Descrizione degli obiettivi generali ed illustrazione: - della strategia che si intende seguire - della coerenza con altri livelli di Programmazione	Definizione dei dati quantitativi sui - tempi - luoghi - costi - beneficiari - benefici attesi	Il Piano Socio Sanitario, che trova esplicitazione nelle DDGRV nn.: -**3223/02** *"L.R. 3.2.1996, n. 5, art. 14. Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993, in attuazione del D.L. 18.09.2001 n. 347, convertito nella L. 1611.2001 n. 405*", -**751/05** "*Modifica attinente ad aspetti gestionali e strutturali, delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993,approvate con DGR n. 3223 dell'8.11.2002"*, -**751/00** *"Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva – L.R. n. 5/06 (art. 13 c. 3 Art. 17) – PSSR 1996-1998*"	Eventi, decisioni esterni all'azione di programma che incidono sul raggiungimento degli obiettivi programmatici
OBIETTIVI SPECIFICI	Descrizione del soddisfacimento di uno o più bisogni con l'individuazione di obiettivi specifici che definiscono le caratteristiche degli Interventi oggetto dell'Accordo di Programma	Impatto diretto di ogni singolo obiettivo specifico attraverso: - analisi costi/benefici, - entità dei benefici, - tempi e qualità degli obiettivi		
OBIETTIVI OPERATIVI	Descrizione dei risultati da conseguire nell'ambito della programmazione per raggiungere gli obiettivi specifici	Definizione della dinamica temporale prevista per produrre gli obiettivi operativi		

Interventi	Interventi proposti con il DP, in grado di consentire il successo delle azioni di programma con raggiungimento degli obiettivi operativi SCHEDE INTERVENTI	Definizione del Costo Complessivo e dei Costi Unitari di realizzazione	-DGRV n° 1711 del 18.06.2004 *"Fondo Sanitario Regionale in conto capitale. Metodologia per gli investimenti 2004/06 e attribuzione alle Aziende Ospedaliere e U.L.S.S. delle quote di finanziamento per gli interventi di adeguamento, strutturale e tecnologico alla L.R. 22/02"*; DGRV n° 66 del 21.01.2005 *"Art. 20 legge 67/88 – Legge regionale n° 01/2004 Metodologia per gli investimenti in conto capitale per opere di edilizia sanitaria di interesse regionale per il decennio 2004-2013 DGR 77/CR del 18.06.2004";* -DGRV n° 3741 del 26.11.2004 *"Art. 36 L.R. 30.01.2004 n. 1 Criteri di applicazione. DGRV 81/CR del 18.06.2004";* -DGRV n° 391 del 11.02.2005 *"DGR n. 66 del 21/1/2005 - settore socio sanitario. Programma investimenti quota 2002. Riconversione ospedaliera, diasabili e anziani non autosufficienti. (ls n. 67/1988 art. 20)";*	

C 2 - ANALISI S.W.O.T.

Il processo di analisi presuppone il porsi delle domande alle quali dare risposte adeguate. Una possibile traccia schematica è quella che si riporta di seguito.

- **Punti di forza** (*Strengths*): Che vantaggi ho? Che cosa so fare bene? A quali risorse posso aver accesso? Che cosa gli altri concorrenti possono considerare come miei specifici "punti di forza"?

- **Punti di debolezza** (*Weaknesses):* Che cosa possa migliorare concretamente? Che cosa faccio male che altri fanno meglio di me? Che cosa dovrei evitare?

- ***Opportunità*** *(Opportunities):* Dove sono delle buone opportunità per questo settore/territorio? Quali sono i trends favorevoli in relazione a quanto ho definito come "presupposti" positivi?

- **Rischi** (*Threats):*Che ostacoli ci troviamo ad affrontare? Quali sono le tendenze in relazione a quanto ho definito come "presupposti negativi"?

Il tutto va "condensato" nella matrice che si riporta di seguito.

Analisi SWOT

INTERNI	**S.** FORZA	**W.** DEBOLEZZA
	Coerenza con la programmazione in corso e la sua collocazione all'interno di un quadro programmatico certo e definito	-Vincoli strutturali che non permettono a pieno la realizzazione del modello di organizzazione sanitaria per intensità di cura
ESTERNI	**O.** OPPORTUNITÀ	**T.** RISCHI
	Stabilità delle scelte strategiche a lungo termine (quadro decennale del programma di investimenti) indipendentemente dai quadri di riferimento dei possibili assetti istituzionali futuri	Sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale

C 3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

	Obiettivi						**Indicatori**	
	generali		**specifici**	**Ente attuatore**	**operativi Interventi**	**codici**	**descrizione**	**Valore atteso**
G1		**S1**	Adeguamento sistema ospedaliero	Vedi schede degli interventi				

C 4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti

Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome
Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)
Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008)
Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute)
Intesa del 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute 2010-1012)
Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6) 2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 3 dicembre 2009 art. 6 punto 1) 3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b) 4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 160 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 3 dicembre 2009 art. 6 punto 1)	La DGRV n. 3223/2002 stabilisce gli obiettivi regionali e determina: i posti letto per singola Azienda ULSS e Azienda Ospedaliera e la destinazione di ogni singolo Ospedale. Gli obiettivi generali sono: 4 posti letto per mille abitanti e tasso di ospedalizzazione al 160 per mille.
5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto non inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)	Vengono destinate risorse per € 205.189.801,72
6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10) 7. Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)	Viene destinata la quota di € 37.183.470,26pari al 18,12 % delle risorse residue ex art. 20
8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g) 9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2) 10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2) 11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)	
12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280) 13. Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità 14. Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)	

15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6 a h dell'8/2/2006)	Sono disponibili sul sistema "Osservatorio", dal dicembre 2005, i dati aggiornati degli accordi di programma già sottoscritti (2000, 2001, 2004, 2007 e 2009) e quelli relativi al programma di cui all'art. 71 L. 488/99, alla Libera Professione e Radioterapia
16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziate per gli Accordi di programma	

Correlazione dell'A d P con atti di programmmazione regionale

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente	Rif. DDGRV 3223/2002 e 751/2005
Piano Rete Ospedaliera	
Piano di rientro (per le Regioni interessate)	

Correlazione dell'A d P con i finanziamenti precedenti

PROGRAMMA	PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO (AL 31/12/2009)	NOTE
Accordo di Programma del 22/06/2000	96%	**Sulla quota a carico art. 20**
Accordo di Programma del 18/04/2001	97%	
Accordo di Programma del 01/09/2004	84%	
Accordo di Programma del 02/10/2007	26%	
Programma AIDS e malattie infettive	Oltre 95%	
Programma libera professione	71%	
Programma materno infantile	n.p.	
Programma radioterapia	100%	
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	/	

Obiettivi ed indicatori dell'A d P

OBIETTIVI GENERALI DELL'A D P

OBIETTIVI	
1	Perseguimento e consolidamento standard di 4 posti letto per 1000 abitanti
2	Adeguamento delle strutture ai requisiti minimi per l'esercizio
3	Miglioramento dell'umanizzazione e dell'assistenza tecnologica
4	Integrazione alla realizzazione di strutture per l'attività libero professionale

OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A D P

OBIETTIVI	
1	Realizzazione di nuovi ospedali/strutture ospedaliere o adeguamento
2	Completamento di precedenti interventi o di strumenti di programmazione
3	Dotazione di apparecchiature
4	Interventi volti alla sicurezza
5	Qualità interventi di adeguamento/accreditamento

OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI

NOTE (EVENTUALI)

Quadro finanziario contenuto nella proposta di A d P

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	AZIENDE	ALTRI ENTI	PRIVATI	TOTALE
Anno 2011	€ 205.189.801,72	€ 87.160.198,28			€ 98.000.000,00	€ 390.350.000,00
	52,56%	22,33%			25,11%	100%

Presenza nell'A d P di quote di finanziamento per specifiche finalità

LINEE DI FINANZIAMENTO CORRELATE	NUMERO INTERVENTI INTERESSATI	IMPORTO FINANZIAMENTI	NOTE
Programma art. 71 L 448 / 98	/		
Programma AIDS e malattie infettive	/		
Programma libera professione	/		
Programma materno infantile	/		
Programma radioterapia	/		
Programma cure palliative	/		
Programma INAIL	/		
Altro (es. Fondi Aree Sottoutilizzate)	/		

Articolazione degli interventi dell'A d P per tipologie

TIPOLOGIA	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	3	1				
Ristrutturazione/Adeguamento normativo	14	5	4	3	3	0
Restauro						
Manutenzione						
Completamento	1			2		
Acquisto	1		1			
TOTALE	19	6	5	5	3	0

Fabbisogno finanziario per obiettivi

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE/ AZIENDALE/PRIVATO	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
S1	19	€ 205.189.801,72	€ 185.160.198,28	€ 390.350.000,00	100%
TOTALE	**19**	**€** 205.189.801,72	**€** 185.160.198,28	**€** 390.350.000,00	**100%**

Fabbisogno finanziario per categorie

	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE/ AZIENDALE/ PRIVATO	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	19	205.189.801,72	185.160.198,28	390.350.000,00	100
Assistenza territoriale					
Assistenza residenziale					
Sistemi informatici					
Apparecchiature	**8** (*)	37.183.470,26 (*)	53.709.029,74 (*)	90.892.500,00 (*)	18,12 (*)
Altro					
TOTALE	**12**	**€** 205.189.801,72	**€** 185.160.198,28	**€**390.350.000,00	**100%**

(*) Inserite all'interno di otto dei diciannove interventi nella categoria "Ospedali"

Fabbisogno finanziario per tipologie di intervento

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a)Nuova costruzione	**3**	103.000.000,00	11.000.000,00	166.000.000,00	280.000.000,00	50,20
b)Ristrutturazione	14	80.800.00,00		6.850.000,00	87.3650.000,00	39,38
c)Restauro						
d)Manutenzione						
e)Completamento	**1**	5.389.801,72		310.198,28	5.700.000,00	2,63
f)Acquisto di Immobili	**1**	16.000.000,00		1.000.000,00	17.000.000,00	7,80
g)Acquisto di attrezzature	1 (*)	37.183.470,26		53.709.029,74	90.892.500,00	18,12
TOTALE	**19**	**€** 205.189.801,72	**€ 11.000.000,00**	**€ 174.160.198,28**	**€ 390.350.000,00**	**100%**

(*) Inserito all'interno di otto dei diciannove interventi nella altre Tipologie

Verifica dell'analisi di contesto

	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAZIONE DI PARTICOLARI FENOMENI
	P- A	
A1 - Quadro demografico della Regione	P	scostamenti dalla media nazionale per determinate fasce, particolari distribuzioni della popolazione sul territorio
A2 - Quadro epidemiologico della Regione	P	scostamenti dalla media nazionale per incidenze o mortalità sul territorio
A3 - Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	specialità interessate da mobilità passiva extraregionale con regioni non contigue, presenza di poli di attrazione
A4 - Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	bacini di utenza su scala regionale o sub-regionale
A5 - Analisi dell'offerta	P	collocazione dei presidi in funzione del ruolo che ricoprono nella rete
A6 - Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	P	analisi delle liste di attesa per particolari tipologie di prestazioni

Analisi dell'offerta attuale

	DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti pubblici Privati	 14.485 3.507		
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti pubblici Privati			
Tasso di ospedalizzazione per acuti	164,24		
Mobilità passiva per acuti	32.593		
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti	14.272		
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata			
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			

Analisi dell'offerta ex post prevista a seguito degli interventi

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	

Analisi dell'offerta attuale e prevista di tecnologie*

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE	OFFERTA PREVISTA	DATO NAZIONALE
TAC	14,14	15,20	*25.3*
RMN	7,81	9,29	*13,5*
ACCELERATORE LINEARE	4,64	4,85	*4,6*
GAMMA CAMERA	6,54	6,33	

**** numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti***