



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

IL MINISTERO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE

E

LA REGIONE UMBRIA

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI
SANITARI Ex ART. 20, Legge n. 67/1988**

ARTICOLATO CONTRATTUALE

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

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

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

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua le attribuzioni da trasferire al Ministero della Salute, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 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 e 27 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 legislativo 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e successive modificazioni,

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;

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

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

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 delle 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 Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

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

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, 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 delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98 di modifica della delibera CIPE n. 4 del 25 gennaio 2008 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art-20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Umbria euro 32.914.250,86 e che, tenuto conto che la Regione ha ottenuto l’assegnazione integrativa di euro 4.971.723,98 dalla Conferenza delle Regioni e PP: AA., la somma comprensiva delle due quote risulta pari ad euro 37.885.974,84;

VISTA la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, 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 Umbria la somma di euro 45.861.902,22;

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

VISTA la DGR della regione Umbria n. 1305 del 6 ottobre 2008, con la quale la Regione Umbria ha recepito il sopra citato Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, relativo alla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità.

VISTO l’Accordo di programma per il settore degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, stipulato il 15 marzo 2000 dal Ministero della salute e dalla regione Umbria, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, stipulato il 19 dicembre 2005 dal Ministero della salute e dalla regione Umbria, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome;

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, concernente il Patto sulla salute 2007-2008;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente il Patto sulla salute 2010-2012;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) art.1, commi 285, 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;

VISTO l'art. 1, comma n. 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO l'art. 1, comma n. 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 1972 del 23 dicembre 2009 la Regione dell'Umbria ha approvato il Programma Pluriennale Regionale degli Investimenti per la realizzazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie e per l'acquisizione di tecnologie per gli anni 2010-2012;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 1974 del 23 dicembre 2009, con la quale è stato adottato il Documento di programma concernente l'Accordo di programma per gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ai sensi dell'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni;

PRESO ATTO che nella programmazione delle risorse contenuta nel documento programmatico complessivo, che fa parte integrante del presente atto, una quota pari al 21 % delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

ACQUISITO il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute nella seduta del 15 luglio 2010 sul documento programmatico complessivo;

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

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

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

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

STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA

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, e in coerenza con quanto realizzato



attraverso i precedenti accordi, è finalizzato alla riqualificazione e razionalizzazione della rete dei servizi sanitari regionali, in una logica di gradualità della cura, di sollievo alla cronicità e al conseguimento di maggiori livelli di sicurezza, attraverso:

- interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera per diversificare l'offerta sanitaria in base ai bisogni di salute, per aumentare l'appropriatezza nell'offerta e nell'utilizzazione della rete ospedaliera;
- interventi di ammodernamento tecnologico, per accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie, al fine di ridurre le liste di attesa, di adeguare le capacità di diagnosi ai progressi scientifici e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente;
- interventi di adeguamento normativo e ristrutturazione, per garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.

2. L'Accordo è costituito da n. 22 interventi facente parte del programma della Regione Umbria per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate, che costituiscono parte integrante del presente accordo e che recano le seguenti indicazioni:

- a) i soggetti coinvolti;
- b) i contenuti progettuali;
- c) il piano finanziario, le fonti di copertura e l'impegno finanziario di ciascun soggetto;
- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
- e) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:

- per il Ministero della salute: Dott. Francesco Bevere, Direttore Generale della Programmazione sanitaria;
- per il Ministero della economia e delle finanze:
- per la Regione Umbria:

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

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per 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 del tutto 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)

L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta ad euro 106.898.630,29, e concerne l'investimento analiticamente indicato nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: euro 53.179.901,93 a carico dello Stato, euro 3.736.633,31 a carico della Regione ed euro 49.982.095,05 a carico delle Aziende sanitarie.

Le risorse residue pari a euro 30.567.975,13, alla delibera CIPE 2008, n. 98, saranno utilizzate dalla Regione Umbria con un successivo Accordo di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.

Il piano finanziario, per l'esercizio 2013, dettagliatamente illustrato nella scheda richiamata, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE	TOTALE
2013	€ 53.179.901,93	€ 3.736.633,31	€ 49.982.095,05	€ 106.898.630,29

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di euro 53.179.901,93, si configura:

a) in parte per attribuzione alla regione di risorse della delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98, di modifica della delibera CIPE n. 4/2008 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, e che assegna per il citato programma di investimenti la somma di euro 32.914.250,86; tenuto conto che la stessa regione ha ottenuto l'assegnazione integrativa di euro 4.971.723,98 in sede di Conferenza delle Regioni e PP: AA., la somma totale attribuita dalla deliberazione CIPE n. 98/2008 comprensiva delle due quote sopra indicate, risulta pari ad euro 37.885.974,84,

b) in parte per attribuzione alla regione di risorse della delibera la delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, per la prosecuzione del citato programma di investimenti, che assegna alla regione Umbria la somma di euro 45.861.902,22.

3. In relazione a quanto specificato nel precedente punto 1, tenuto anche conto delle integrazioni finanziarie previste dalla legge 22 dicembre 2008, n. 203 e dalla legge 23 dicembre 2009, n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228, la Regione potrà stipulare uno o più ulteriori accordi di programma, in presenza di disponibilità di risorse statali.

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

5. Le richieste di liquidazione trasmesse dalla Regione corredate da specifica relazione sugli obiettivi di volta in volta realizzati sono valutate preventivamente dal Ministero della salute - D.G. programmazione sanitaria e D.G. Sistema Informativo.

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

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

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

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

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dell'investimento oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita nell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le province Autonome di Trento e Bolzano 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 l'investimento oggetto del presente Accordo la regione inoltra al Ministero della salute l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione del progetto.

3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali dell'intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate all'anzidetto Ministero, 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 delle competenti Direzioni Generali del Ministero, che potrà avvalersi del parere del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, 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 all'intervento, utilizzando il sistema Osservatorio.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per l'intervento oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce il rispetto della normativa vigente in materia di appalti di servizi di cui al D.Lgs n. 163/2006 e della normativa europea in materia.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della regione o dell'Azienda appositamente delegata.

Articolo 7
(Indicatori)

1. La regione Umbria ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nell'attività di prevenzione, nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità

ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri e dei tempi di attesa, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

Articolo 8
(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione del progetto nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto da n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della regione.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o dal suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui al successivo art. 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 predetto Ministero, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative all'investimento facente parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma, fermo restando quanto previsto dall'art. 5, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della Regione Umbria, al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il
2. Il soggetto di cui al comma 1 svolge 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 e iniziative necessarie a garantire l'attuazione dell'investimento programmato;
 - 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.
3. La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato la scheda di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificata ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

Articolo 10

(Soggetto responsabile dell'intervento)

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

Articolo 11
(Disposizioni generali)

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

Per:

Il Ministero della salute

Il Ministero dell'economia e delle finanze

La Regione Umbria

Roma,



ELENCO INTERVENTI PROGRAMMA INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE REGIONE UMBRIA

N.	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	FINANZIAMENTO AZIENDALE	TOTALE
1	AUSL N. 1	1 Ospedale Città di Castello: antincendio, completamento struttura per libera prof. 2 stralcio, modifica strutturale ed impiantistica parte blocco elevatori (n.3), adeguamento strutturale ed impiantistico edificio ex chiesa lato nord, adeguamento sistema fognario e di scarico e sistemazione viabilità	929.060,18	48.897,90		977.958,08
3	AUSL N. 1	1 Città di Castello sede DIP ex INAM: adeguamento strutturale, impiantistico e di prevenzione incendi	258.499,82	13.605,25		272.105,07
4	AUSL N. 1	1 Alta Valle del Tevere e Alto Chiascio: adeguamento strutturale ed impiantistico di vari edifici sedi di Centri di Salute, Ambulatori e centri di erogazione servizi	204.820,00	10.780,00		215.600,00
6	AUSL N. 2	1 Ospedale Territoriale Lago Trasimeno	8.826.504,88	1.402.243,99	17.983.361,53	28.212.110,40
7	AUSL N. 2	1 RSA S. Margherita: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	836.000,00	44.000,00	646.457,00	1.526.457,00
8	AUSL N. 2	1 RSA Seppilli: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	292.600,00	15.400,00		308.000,00
9	AUSL N. 2	1 Varie attrezzature	697.400,00	36.705,26		734.105,26
12	AUSL N. 3	1 Interventi di natura edilizia, impiantistica ed antincendio sede Distretto n. 3 e Unità di convivenza del DSM	220.000,00	11.578,95		231.578,95
13	AUSL N. 3	1 Osp. Norcia: interventi di natura edilizia, impiantistica e di compartimentazione	220.000,00	11.578,95		231.578,95
14	AUSL N. 3	1 Aggiornamento apparecchiature	1.034.000,00	54.421,05		1.088.421,05
15	AUSL N. 3	1 Ospedale Cascia: interventi di natura edilizia	48.400,00	2.547,37		50.947,37
16	AUSL N. 3	1 Ospedale e Hospice Spoleto: manutenzione straordinaria	347.600,00	18.294,74		365.894,74
17	AUSL N. 3	1 Trevi: interventi di natura edilizia con rifacimento della pavimentazione e dei controsoffitti	88.000,00	4.631,58		92.631,58
18	AUSL N. 3	1 Acquisto immobile Foligno da destinare a servizi sanitari	594.000,00	31.263,16		625.263,16
20	AUSL N. 4	1 Digitalizzazioni immagini	921.140,00	48.481,05		969.621,05
21	AUSL N. 4	1 Ospedale Narni Amelia	17.650.000,00	928.947,37	31.352.276,52	49.931.223,89
22	AZ. OSP. PG	1 Adeguamento antisismico	1.760.000,00	92.631,58		1.852.631,58
24	AZ. OSP. PG	1 Manutenzione coperture aggetti e facciate	704.000,00	37.052,63		741.052,63
25	AZ. OSP. TR	1 Ospedale S. Maria: Adeguamento antincendio CPI, elevatori, impianti elettrici	3.420.000,00	180.000,00		3.600.000,00
26	AZ. OSP. TR	1 Attrezzature varie	4.647.877,05	244.625,11		4.892.502,16
27	AZ. OSP. TR	1 Ristrutturazione e riqualificazione funzionale logistica dei servizi sanitari	7.980.000,00	420.000,00		8.400.000,00
29	REGIONE UMBRIA	1 Centro Genomica Funzionale: attrezzature	1.500.000,00	78.947,37		1.578.947,37
22		TOTALE	53.179.901,93	3.736.633,31	49.982.095,05	106.898.630,29

h



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

IL MINISTERO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

E

LA REGIONE UMBRIA

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI
SANITARI Ex ART. 20, Legge n. 67/1988**

ADDENDUM

GENNAIO 2013

IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

Con D.G.R. n. 1972/2009 la Regione dell'Umbria ha approvato il Programma Pluriennale Regionale degli Investimenti per la realizzazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie e per l'acquisizione di tecnologie per gli anni 2010-2012. Con D.G.R. n. 1974/2009. La Giunta Regionale ha adottato il presente Documento Programmatico Regionale per gli Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, relativo ai finanziamenti programmati delle L.F. 2007 e 2008, per valore complessivo di euro 88.155.660,00 di cui euro 83.747.877,06 a carico dello Stato (delibera CIPE 18.12.2008, 97 e 98).

0.b Quadro finanziario

Il quadro finanziario del Programma è il seguente:

ESERCIZIO FINANZIARIO	STATO	REGIONE	AZIENDE	TOTALE
ANNO 2010	83.747.877,06	5.345.474,09	49.982.095,05	139.075.446,20

Il documento programmatico predisposto dalla Regione Umbria è finalizzato alla stipula dell'Accordo di programma con il Ministero della Salute per l'utilizzo dei seguenti fondi statali:

- 37.885.974,84 euro per attribuzione alla regione di risorse della delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98, di modifica della delibera CIPE n. 4/2008;
- 45.861.902,22 euro per attribuzione alla regione di risorse della delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97.

L'Accordo è costituito da n. 29 interventi.

La proposta è stata trasmessa dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze in data 28 dicembre 2010 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 euro 53.179.901,93 a valere sulle sopracitate Delibere Cipe.

La variazione comunicata riguarda la quota di fondi statali che viene ridotta a euro 53.179.901,93. Alla luce di tale riduzione la Regione Umbria:

- conferma la programmazione regionale di n. 22 interventi ;

Sotto l'aspetto finanziario:

gli interventi n. 22 sono confermati nell'importo complessivo di euro 106.898.630,29 di cui euro 53.179.901,93 a carico dello Stato ed euro 2.798.942,21 quale 5% a carico della Regione;

In relazione a detta disponibilità la Regione ha definito l'elenco degli interventi da finanziare con dette risorse, tutti funzionali e funzionanti.

QUADRO FINANZIARIO

N.	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	FINANZ. STATALE	FINANZ. REGIONALE	FINANZ. AZIENDALE	TOTALE
1	Ex AUSL N. 1	Ospedale Città di Castello: antincendio, completamento struttura per libera prof. 2 stralcio, modifica strutturale ed impiantistica parte blocco elevatori (n.3), adeguamento strutturale ed impiantistico edificio ex chiesa lato nord, adeguamento sistema fognario e di scarico e sistemazione viabilità	929.060,18	48.897,90	0,00	977.958,08
3	Ex AUSL N. 1	Città di Castello sede DIP ex INAM: adeguamento strutturale, impiantistico e di prevenzione incendi	258.499,82	13.605,25	0,00	272.105,08
4	Ex AUSL N. 1	Alta Valle del Tevere e Alto Chiascio: adeguamento strutturale ed impiantistico di vari edifici sedi di Centri di Salute, Ambulatori e centri di erogazione servizi	204.820,00	10.780,00	0,00	215.600,00
6	Ex AUSL N. 2	Ospedale Territoriale Lago Trasimeno	8.826.504,88	1.402.243,99	17.983.361,53	28.212.110,40
7	Ex AUSL N. 2	RSA S. Margherita: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	836.000,00	44.000,00	646.457,00	1.526.457,00
8	Ex AUSL N. 2	RSA Seppilli: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	292.600,00	15.400,00	0,00	308.000,00
9	Ex AUSL N. 2	Varie attrezzature	697.400,00	36.705,26	0,00	734.105,26
12	Ex AUSL N. 3	Interventi di natura edilizia, impiantistica ed antincendio sede Distretto n. 3 e Unità di convivenza del DSM	220.000,00	11.578,95	0,00	231.578,95

13	Ex AUSL N. 3	Osp. Norcia: interventi di natura edilizia, impiantistica e di compartimentazione	220.000,00	11.578,95	0,00	231.578,95
14	Ex AUSL N. 3	Aggiornamento apparecchiature	1.034.000,00	54.421,05	0,00	1.088.421,05
15	Ex AUSL N. 3	Ospedale Cascia: interventi di natura edilizia	48.400,00	2.547,37	0,00	50.947,37
16	Ex AUSL N. 3	Ospedale e Hospice Spoleto: manutenzione straordinaria	347.600,00	18.294,74	0,00	365.894,74
17	Ex AUSL N. 3	Trevi: interventi di natura edilizia con rifacimento della pavimentazione e dei controsoffitti	88.000,00	4.631,58	0,00	92.631,58
18	Ex AUSL N. 3	Acquisto immobile Foligno da destinare a servizi sanitari	594.000,00	31.263,16	0,00	625.263,16
20	Ex AUSL N. 4	Digitalizzazioni immagini	921.140,00	48.481,05	0,00	969.621,05
21	Ex AUSL N. 4	Ospedale Narni Amelia	17.650.000,00	928.947,37	31.352.276,52	49.931.223,89
22	AZ. OSP. PG	Adeguamento antisismico	1.760.000,00	92.631,58	0,00	1.852.631,58
24	AZ. OSP. PG	Manutenzione coperture aggetti e facciate	704.000,00	37.052,63	0,00	741.052,63
25	AZ. OSP. TR	Ospedale S. Maria: Adeguamento antincendio CPI, elevatori, impianti elettrici	3.420.000,00	180.000,00	0,00	3.600.000,00
26	AZ. OSP. TR	Attrezzature varie	4.647.877,05	244.625,11	0,00	4.892.502,16
27	AZ. OSP. TR	Ristrutturazione e riqualificazione funzionale logistica dei servizi sanitari	7.980.000,00	420.000,00	0,00	8.400.000,00
29	REGIONE UMBRIA	Centro Genomica Funzionale: attrezzature	1.500.000,00	78.947,37	0,00	1.578.947,37
TOTALE			53.179.901,93	3.736.633,31	49.982.095,05	106.898.630,29

**Programma Pluriennale degli investimenti in edilizia Sanitaria
Ex art. 20 L.N. 67/88**

Intervento n. 1

Ex A.S.L. n. 1 CITTA' DI CASTELLO - OSP. CITTÀ DI CASTELLO: COMPLETAMENTO STRUTTURA PER LIBERA PROF. 2 STRALCIO, MODIFICA STRUTTURALE ED IMPIANTISTICA PARTE BLOCCO ELEVATORI (N. 3), ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO EDIFICIO EX CHIESA LATO NORD

Descrizione: ADEG. E MODIFICA DI N. 3 ASCENSORI, AMPL.TO STRUTTURA PER L.P., ADEG. STRUTTURALE ED IMP, EDIFICIO EX CHIESA LATO NORD, ADEG. SISTEMA FOGNARIO E DI SCARICO E SISTEMAZIONE VIABILITA'

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI MESSA A NORMA

Comune di Ubicazione: CITTA' DI CASTELLO

Stazione Appaltante: CITTA' DI CASTELLO

Sede Erogazione: OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO - VOCABOLO
CHIOCCOLO CITTA' DI CASTELLO - PG

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE STEFANO BERNICCHI

Costo Complessivo: 977.958,08

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 929.060,18

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 929.060,18

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 3

Ex A.S.L. n. 1 - CITTA' DI CASTELLO - C.CASTELLO SEDE DIP EX INAM: ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO

Descrizione: C.CASTELLO SEDE DIP EX INAM:ADEG. STRUTTURALE ED
IMPIANTISTICO

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTI

Comune di Ubicazione: CITTA' DI CASTELLO

Stazione Appaltante: CITTA' DI CASTELLO

Sede Erogazione: SEDE D.I.P. CITTA' DI CASTELLO

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE STEFANO BERNICCHI

Costo Complessivo: 272.105,08

Importo Finanziamenti Prgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 258.499,82

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 258.499,82

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte



Intervento n. 4

Ex A.S.L. n. 1- CITTA' DI CASTELLO - ALTA VALLE DEL TEVERE E ALTO CHIASCIO: ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO DI VARI EDIFICI SEDI DI CENTRI DI SALUTE, AMBULATORI E CENTRI DI EROGAZIONE SERVIZI

Descrizione: ADEGUAMENTO STRUTTURALE ED IMPIANTISTICO DI VARI EDIFICI SEDI DI CENTRI DI SALUTE, AMBULATORI E CENTRI DI EROGAZIONE SERVIZI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Comune di Ubicazione: CITTA' DI CASTELLO

Stazione Appaltante: CITTA' DI CASTELLO

Sede Erogazione: CITTA' DI CASTELLO

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE STEFANO BERNICCHI

Costo Complessivo: 215.600,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 204.820,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 204.820,00

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

Piano Finanziario della quota dell'intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 6

Ex A.S.L. n. 2 - PERUGIA - REALIZZAZIONE OSPEDALE TERRITORIALE LAGO TRASIMENO

Descrizione: REALIZZAZIONE OSPEDALE TERRITORIALE LAGO TRASIMENO

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: CASTIGLIONE DEL LAGO

Stazione Appaltante: PERUGIA

Sede Erogazione: COMUNE DI CASTIGLIONE DEL LAGO

Soggetto Responsabile: FABIO PAGLIACCIA

Costo Complessivo: 28.212.110,40

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 8.826.504,88

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 8.826.504,88

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -
RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 7

Ex A.S.L. n. 2 - PERUGIA - RSA S. MARGHERITA: ADEGUAMENTO IMPIANTI DPR 14.1.97

Descrizione: RSA S. MARGHERITA: ADEGUAMENTO IMPIANTI DPR 14.1.97
Codice Intervento:
Codice Cup:
Tipo: MANUTENZIONE
Categoria: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA PER DISABILI
Comune di Ubicazione: PERUGIA
Stazione Appaltante: PERUGIA
Sede Erogazione: RESIDENZA S.A. S.MARGHERITA - V.XIV SETTEMBRE, 79 - PG
Soggetto Responsabile: FABIO PAGLIACCIA
Costo Complessivo: 1.526.457,00
Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00
Tot. Importo a Carico dello Stato: 836.000,00
Posti Letto:
Superficie Lorda interessata(mq):
Finanziamento Statale
Codice Quota Intervento:
Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20
LEGGE 67 / 1988
Importo a carico dello stato: 836.000,00
Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -
RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007
Piano Finanziario della quota dell'Intervento
Anno Importo Fonte

Intervento n. 8

Ex A.S.L. n. 2 - PERUGIA - RSA SEPELLI: ADEGUAMENTO IMPIANTI D.P.R. 14.1.97

Descrizione: RSA SEPELLI: ADEGUAMENTO IMPIANTI D.P.R. 14.1.97

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI RSA PER DISABILI

Comune di Ubicazione: PERUGIA

Stazione Appaltante: PERUGIA

Sede Erogazione: RESIDENZA " SEPELLI" - VIA DELLA PALLOTTA - PG

Soggetto Responsabile: FABIO PAGLIACCIA

Costo Complessivo: 308.000,00

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 292.600,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20

LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 292.600,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -

RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 9

Ex A.S.L. n. 2 - PERUGIA - VARIE ATTREZZATURE

Descrizione: ACQUISTO DI GRANDI TECNOLOGIE ED ATTREZZATURE
VARIE

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: PERUGIA

Stazione Appaltante: PERUGIA

Sede Erogazione: PERUGIA

Soggetto Responsabile: FABIO PAGLIACCIA

Costo Complessivo: 734.105,26

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 697.400,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20

LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 697.400,00

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

RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 12

**Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO - INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA ED IMPIANTISTICA
SEDE DISTRETTO N. 3 E UNITÀ DI CONVIVENZA DEL DSM**

Descrizione: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA ED IMPIANTISTICA SEDE DISTRETTO
N. 3 E UNITÀ DI CONVIVENZA DEL DSM

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Comune di Ubicazione: FOLIGNO

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: FOLIGNO

Soggetto Responsabile: LUIGI AMBROGIONI

Costo Complessivo: 231.578,95

Importo Finanziamenti Progressivi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 220.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 220.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 13

**Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO - OSPEDALE NORCIA: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA,
IMPIANTISTICA E DI COMPARTIMENTAZIONE**

Descrizione: COMPLETAMENTO OPERE ANTINCENDIO SUPERFICIE COMPLESSIVA
MQ 3715

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: NORCIA

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: OSPEDALE CIVILE DI NORCIA - VIA LORETO N.3
SPOLETO - PG

Soggetto Responsabile: LUIGI AMBROGIONI

Costo Complessivo: 231.578,95

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 220.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 220.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 14

Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO – AGGIORNAMENTO APPARECCHIATURE

Descrizione: AGGIORNAMENTO APPARECCHIATURE TECNOLOGICHE

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: FOLIGNO

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: FOLIGNO

Soggetto Responsabile: MARIA LUISA MORINA

Costo Complessivo: 1.088.421,05

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.034.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 1.034.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 15

Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO - OSPEDALE CASCIA: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA

Descrizione: OSPEDALE CASCIA: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA (SUPERFICIE COMPLESSIVA MQ 3.192)

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: CASCIA

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: OSPEDALE S.RITA CASCIA - VIA LORETO N. 3 SPOLETO - PG

Soggetto Responsabile: LUIGI AMBROGIONI

Costo Complessivo: 50.947,37

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 48.400,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 48.400,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 16

Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO - OSPEDALE E HOSPICE SPOLETO: MANUTENZIONE STRAORDINARIA

Descrizione: INTERVENTI SU AREA DESTINATA A RIANIMAZIONE ED UTIC PER SPOGLIATOI CENTRALIZZATI, A STUDI MEDICI, AL SERVIZIO NEONATALE, TETTO E TETTI PIANI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: SPOLETO

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: FOLIGNO

Soggetto Responsabile: MARIA LUISA MORINA

Costo Complessivo: 365.894,74

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 347.600,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 347.600,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 17

Ex A.S.L. n. 3 - TREVİ: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA CON RIFACIMENTO DELLA PAVIMENTAZIONE E DEI CONTROSOFFITTI

Descrizione: TREVİ - UNITA' ORGANICA DI RIABILITAZIONE INTENSIVA NEUROMOTORIA: INTERVENTI DI NATURA EDILIZIA CON RIFACIMENTO DELLA PAVIMENTAZIONE E DEI CONTROSOFFITTI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: TREVİ

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: STABILIMENTO DI TREVİ - VIA DELL'OSPEDALE

FOLIGNO - PG

Soggetto Responsabile: LUIGI AMBROGIONI

Costo Complessivo: 92.631,58

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 88.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 88.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 18

**Ex A.S.L. n. 3 - FOLIGNO - ACQUISTO IMMOBILE FOLIGNO DA DESTINARE A
SERVIZI SANITARI**

Descrizione: ACQUISTO IMMOBILE FOLIGNO DA DESTINARE A SERVIZI SANITARI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI IMMOBILI

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI POLIAMBULATORI

Comune di Ubicazione: FOLIGNO

Stazione Appaltante: FOLIGNO

Sede Erogazione: FOLIGNO

Soggetto Responsabile: MARIA LUISA MORINA

Costo Complessivo: 625.263,16

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 594.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20

LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 594.000,00

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

RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2008

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 20

Ex A.S.L. n. 4 - TERNI - DIGITALIZZAZIONI IMMAGINI

Descrizione: DIGITALIZZAZIONI IMMAGINI RADIOLOGIA

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: ORVIETO

Stazione Appaltante: TERNI

Sede Erogazione: OSP. S.MARIA DELLA STELLA - LOC. CICONIA ORVIETO - TR

Soggetto Responsabile: SANDRO FRATINI

Costo Complessivo: 969.621,05

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 921.140,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 921.140,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 21

Ex A.S.L. n. 4 - TERNI - OSPEDALE NARNI AMELIA

Descrizione: REALIZZAZIONE OSPEDALE NARNI AMELIA

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: NARNI

Stazione Appaltante: TERNI

Sede Erogazione: COMUNE DI NARNI

Soggetto Responsabile: SANDRO FRATINI

Costo Complessivo: 49.931.223,89

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 17.650.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 17.650.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 98 DEL 18/12/2008 -
RIPARTO RISORSE FINANZIARIA 2007

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 22

100901 - POLICLINICO MONTELUCE – ADEGUAMENTO ANTISISMICO

Descrizione: RIFACIMENTO PANNELLI FACCIATE E SOSTITUZIONE INFISSI ESTERNI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI MESSA A NORMA

Comune di Ubicazione: PERUGIA

Stazione Appaltante: POLICLINICO MONTELUCE

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - S. ANDREA DELLE FRATTE
- PG

Soggetto Responsabile: MARCO ERCOLANELLI

Costo Complessivo: 1.852.631,58

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.760.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 1.760.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 24

100901 - POLICLINICO MONTELUCE – MANUTENZIONE COPERTURE AGGETTI E FACCIATE

Descrizione: MANUTENZIONE COPERTURE AGGETTI E FACCIATE

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: PERUGIA

Stazione Appaltante: POLICLINICO MONTELUCE

Sede Erogazione: AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - S. ANDREA DELLE FRATTE
- PG

Soggetto Responsabile: MARCO ERCOLANELLI

Costo Complessivo: 741.052,63

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 704.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 704.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 25

100902 - OSP. CIVILE S. MARIA - OSPEDALE S.MARIA: ADEGUAMENTO ANTINCENDIO CPI, ELEVATORI, IMPIANTI ELETTRICI

Descrizione: REALIZ. COMPARTIMENTAZIONI E SCALE ANTINC. CON MONTALETTIGHE, AD. IMPIANTI ELETTRICI DI FORZA MOTRICE, DISTRIBUZIONE, SICUREZZA E DIFFUSIONE SONORA ALLARMI, AD. ELEVATORI, AD. E REALIZ. IMPIANTI ESTINZ. INCENDI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: MANUTENZIONE

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI MESSA A NORMA

Comune di Ubicazione: TERNI

Stazione Appaltante: OSP. CIVILE S. MARIA

Sede Erogazione: OSP. CIVILE S. MARIA

Soggetto Responsabile: ANDREA CASCIARI

Costo Complessivo: 3.600.000,00

Importo Finanziamenti Pregoni: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.420.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 3.420.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 26

100902 - OSP. CIVILE S. MARIA – ATTREZZATURE VARIE

Descrizione: ACQUISTO DI SISTEMI ROBOTICI PER ALCUNE PROCEDURE CHIRURGICHE, T.A.C. E ATTREZZATURE VARIE

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Comune di Ubicazione: TERNI

Stazione Appaltante: OSP. CIVILE S. MARIA

Sede Erogazione: OSP. CIVILE S. MARIA

Soggetto Responsabile: ANDREA CASCIARI

Costo Complessivo: 4.892.502,16

Importo Finanziamenti Pgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 4.647.877,05

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 4.647.877,05

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 27

**100902 - OSP. CIVILE S. MARIA – RISTRUTTURAZIONE E RIQUALIFICAZIONE
FUNZIONALE LOGISTICA DEI SERVIZI SANITARI**

Descrizione: RISTRUTTURAZIONE E RIQUALIFICAZIONE FUNZIONALE LOGISTICA
DEI SERVIZI SANITARI

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Comune di Ubicazione: TERNI

Stazione Appaltante: OSP. CIVILE S. MARIA

Sede Erogazione: OSP. CIVILE S. MARIA

Soggetto Responsabile: ANDREA CASCIARI

Costo Complessivo: 8.400.000,00

Importo Finanziamenti Peggiori: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 7.980.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

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

Importo a carico dello stato: 7.980.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte

Intervento n. 29

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA – CENTRO GENOMICA FUNZIONALE:
ATTREZZATURE**

Descrizione: ACQUISTO DI ATTREZZATURE DI ULTIMA GENERAZIONE PER IL SEQUENZIAMENTO RAPIDO E ACQUISTO DEL SISTEMA DI GENOTIPIZZAZIONE AFFYMETRIX

Codice Intervento:

Codice Cup:

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: PROGETTO DI RILIEVO REGIONALE

Comune di Ubicazione: PERUGIA

Stazione Appaltante: 000999-FITTIZIA

Sede Erogazione: POLO UNICO S.MARIA DELLA MISERICORDIA

Soggetto Responsabile: ANDREA CRISANTI

Costo Complessivo: 1.578.947,36

Importo Finanziamenti Prgressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.500.000,00

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Finanziamento Statale

Codice Quota Intervento:

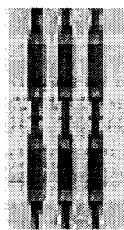
Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20
LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello stato: 1.500.000,00

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

Piano Finanziario della quota dell'Intervento

Anno Importo Fonte



Regione Umbria

Giunta Regionale

***DOCUMENTO PROGRAMMATICO PER
GLI
INVESTIMENTI IN EDILIZIA E
TECNOLOGIE SANITARIE***

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	4
0.a Identificazione dell'accordo	4
0.b Quadro finanziario.....	5
0.c Raccordo con il passato	5
0.d Solidità programmatoria complessiva.....	5
0.e Coerenza interna.....	6
0.f Coerenze esterne.....	6
0.g Quadro normativo.....	6
B1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	12
B1A LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	12
B1a 1 Quadro epidemiologico.....	12
B1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso.....	23
B1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extraregionale).....	26
B1a 6 Offerta ante operam.....	34
B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale	44
B1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	61
B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali	62
B1b 2 Descrizione della strategia.....	76
B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	89
B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA.....	89
B2a 1 Analisi dei problemi e priorità.....	89
B2a 2 La catena degli obiettivi	93
B2a 3 Interventi progettuali.....	107
B2a 4 Offerta post-operam.....	108
B2B COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	108
B2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità	108
B2b 2 Analisi dei rischi.....	109
B3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE.....	111
B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....	111
B3a1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013	111
B3a2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale	114
B3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI.....	116
B3b 1 Analisi delle condizioni	116
B3b 2 Sostenibilità economica e finanziaria	118
B3b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale.....	118
B3b 4 Sostenibilità di risorse umane	119
B3b 5 Sostenibilità ambientale	120
B4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI.....	121
B4A SISTEMA DEGLI INDICATORI.....	121
B4a 1 Indicatori di contesto.....	122
B4a 2 Indicatori di programma	124
B4a 3 Indicatori di efficacia ed efficienza.....	124
B4a 4 Definizione del Sistema di Indicatori.....	125
B4a 5 Fonti di verifica	126

<i>B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA</i>	126
B4b 1 Accettabilità sociale del programma.....	126
B4b 2 Valore aggiunto del programma.....	129
B4b 3 Health Technology Assessment	130
B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	131
<i>B5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA</i>	131
<i>B5B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA</i>	131
C. SCHEDE DI RIFERIMENTO	132
<i>ANALISI S.W.O.T.</i>	132
<i>OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI</i>	133
<i>SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE</i>	134
ELENCO INTERVENTI PROGRAMMA INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE REGIONE UMBRIA	152
APPENDICE.....	155

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

La Regione dell'Umbria a partire dall'avvio del programma straordinario degli investimenti ha posto in essere interventi di edilizia sanitaria e di potenziamento tecnologico, mirati alla riqualificazione e all'ammodernamento della rete ospedaliera e dei servizi socio-sanitari regionali, per un complessivo investimento di 438,9 mln di euro, di cui 313,7 mln a carico dello Stato (legge 67/88, d.lgs 254/2000, l. n. 135/90, l. n. 39/99, l.n. 448/98) e 125,2. Per una valutazione dello stato di attuazione dei citati interventi si rimanda all'appendice del presente documento programmatico.

In linea di continuità con gli obiettivi previsti dai precedenti accordi ma tenendo conto delle variazioni registrate nel quadro epidemiologico e demografico, gli interventi previsti nel presente documento programmatico perseguono in modo appropriato e complementare la finalità di riqualificare e razionalizzare la rete dei servizi sanitari regionali, in una logica di gradualità della cura, di solievo alla cronicità e di conseguimento di maggiori livelli di sicurezza.

0.a Identificazione dell'accordo

Con D.G.R. n. 1972/2009 la Regione dell'Umbria ha approvato il Programma Pluriennale Regionale degli Investimenti per la realizzazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie e per l'acquisizione di tecnologie per gli anni 2010-2012. Con D.G.R. n. 1974/2009, la Giunta Regionale ha adottato il presente Documento Programmatico Regionale per gli Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, relativo ai finanziamenti programmati delle L.F. 2007 e 2008, per valore complessivo di euro 88.155.660,00 di cui

euro 83.747.877,06 a carico dello Stato (delibera CIPE 18.12.2008, 97 e 98).

0.b Quadro finanziario

Il quadro finanziario del Programma è il seguente:

<i>ESERCIZIO FINANZIARIO</i>	<i>STATO</i>	<i>REGIONE</i>	<i>AZIENDE</i>	<i>TOTALE</i>
ANNO 2010	83.747.877,06	5.345.474,09	49.982.095,05	139.075.446,20

0.c Raccordo con il passato

Il Nuovo Piano Investimenti in edilizia sanitaria si colloca, rispetto al Piano precedente, in un'ottica di continuità, integrata dalle evidenze epidemiologiche e demografiche in atto. Si rimanda all'Appendice per una approfondita descrizione del precedente ciclo programmatico.

0.d Solidità programmatica complessiva

L'obiettivo generale del Sistema sanitario regionale umbro è quello di rispondere ai bisogni della popolazione attraverso un'offerta di prestazioni di elevata qualità.

In particolare il presente documento programmatico prevede:

- interventi finalizzati a rafforzare e qualificare lo standard raggiunto di dotazione di P.L. ospedalieri, inferiore al 4 per mille, e a favorire il trasferimento verso forme assistenziali a ciclo breve e specialistiche;
- il potenziamento, entro i citati standard di dotazione, dell'offerta dedicata alla post-acuzie e la riabilitazione nella rete degli ospedali di comunità;

- interventi finalizzati al completamento dei processi di accreditamento, con particolare riferimento alla messa a norma delle strutture pubbliche;
- l'adeguamento e il potenziamento della dotazione tecnologica;
- un intervento per il potenziamento del sistema informativo sanitario quale strumento di supporto ai sistemi operativi, per rafforzare i livelli di governance del SSR.

0.e Coerenza interna

Gli obiettivi del presente Programma sono conformi a quelli del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, del Patto per la salute 2010-2012 e del Piano Sanitario Regionale 2009-2011, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 298/2009, con particolare riferimento alla razionalizzazione della rete ospedaliera, al potenziamento dei servizi territoriali, all'ammodernamento tecnologico, alla messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa.

0.f Coerenze esterne

La strategia contenuta nel presente documento programmatico è pienamente coerente con le politiche di programmazione settoriale ed intersettoriale della regione. Per l'approfondimento di tale tematica si rimanda al paragrafo B3a1 e B3a2.

0.g Quadro normativo

Il quadro normativo di riferimento del presente Programma è il seguente:

Riferimenti normativi nazionali

- ✓ 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;
- ✓ D.M. 29 agosto 1989, n. 321;
- ✓ Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni;
- ✓ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, che dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/1988;
- ✓ Articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;
- ✓ Deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua le attribuzioni da trasferire al Ministero della Salute, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e successive modificazioni;

- ✓ Legge n. 492/93;
- ✓ D.P.R. n. 367/1994;
- ✓ D.Lgs. n. 626/1994 e successive modificazioni;
- ✓ Legge n. 662/1996;
- ✓ Delibera Cipe 21/03/1997;
- ✓ Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;
- ✓ Legge n. 127/1997;
- ✓ D.Lgs. n. 430/1997;
- ✓ Legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988, la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti, nonché la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005, n. 266, 27 dicembre 2006, n. 296 e 27 dicembre 2007, n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203 e 23 dicembre 2009 n. 191;
- ✓ D.Lgs. n. 112/1998;
- ✓ D.Lgs. n. 267/2000;
- ✓ D.Lgs. n. 165/2001 e successive modificazioni;
- ✓ Legge n. 405/2001;
- ✓ D.P.C.M. 29/11/2001 e successive integrazioni;
- ✓ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005;
- ✓ Legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006) - art. 1, commi 285, 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;
- ✓ Circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/16 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, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";
 - ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
 - ✓ D.P.R. n. 7 aprile 2006 di approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
 - ✓ D.Lgs. n. 163/2006 e successive modificazioni;
 - ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 5 ottobre 2006 (Patto sulla Salute);
 - ✓ Legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007);
 - ✓ Legge n. 244/2007 (legge finanziaria 2008);
 - ✓ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e 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;
 - ✓ D.Lgs. n. 81/2008.
 - ✓ Deliberazione CIPE n. 97/2008, pubblicata sulla G.U. n. 64, del 18 marzo 2009 (Finanziaria 2008), che assegna alla Regione Umbria la somma di euro 45.861.902,22, a valere sulle risorse del citato art. 20;
 - ✓ Deliberazione CIPE n. 98/2008, pubblicata sulla G.U. n. 63, del 17 marzo 2009 (Finanziaria 2007), che assegna alla Regione Umbria la somma di euro 37.885.974,84, a valere sulle risorse del citato art. 20;

- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute 2010-2012;

Riferimenti normativi regionali

- ✓ L.R. n. 3/98 “Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale”;
- ✓ L.R. n. 51/95 “Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali;
- ✓ D.G.R. n. 2016/90 “Piano pluriennale di investimenti sanitari ex art. 20 l. 67/88”;
- ✓ D.G.R. n. 6282/93 “Piano straordinario di interventi per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera. Rideterminazione delle prioritá”;
- ✓ D.G.R. n. 7466/93 “Piano straordinario di investimenti per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera (art.20 della legge finanziaria 1988). Rideterminazione della prioritá”;
- ✓ D.G.R. n. 7919/93 “Piano straordinario di interventi per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera. integrazione delibere n. 6282/93 e n. 7466/93”;
- ✓ D.G.R. n. 8778/94 “Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria. Ulteriori rideterminazione di prioritá”;
- ✓ D.G.R. n. 9914/94 “Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria rimodulazione prioritá”;
- ✓ D.G.R. n. 278/95 “Piano pluriennale investimenti in edilizia residenziale. Rimodulazione prioritá”;
- ✓ D.G.R. n. 5865/97 “Programma straordinario investimenti ex art. 20 l.67/88 e successive modifiche - avvio II^ fase”;
- ✓ D.G.R. n. 311/97 “Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale”;
- ✓ D.G.R. n. 749/98 “Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria - rimodulazione delle prioritá a seguito degli eventi sismici”;

- ✓ D.G.R. n. 1764/98 “Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria. Ulteriore rimodulazione delle prioritá a seguito degli eventi sismici;
- ✓ D.G.R. n. 1538/99 “Piano investimenti in edilizia sanitaria ex art.20l.67/88- ulteriori rideterminazione di prioritá’;
- ✓ D.G.R. n. 1610/99 “Accordo di programma con il ministero della sanita' per il settore degli investimenti sanitari. Approvazione”;
- ✓ D.G.R. n. 40/02 “Orientamento della Giunta Regionale in merito all'accordo di programma per la realizzazione dell'ospedale unico di Todi e Marsciano”;
- ✓ D.G.R. n. 390/02 “Accordo di programma per la realizzazione dell' ospedale unico Todi – Marsciano”;
- ✓ D.G.R. n. 1748/03 “L. n. 67/88 del cipe n. 65 del 2002. Programma realizzazione ospedale di territorio Todi Marsciano”;
- ✓ D.G.R. n. 2339/05 “Accordo di programma integrativo settore investimenti sanitari. Realizzazione nuovo ospedale territoriale Todi-Marsciano. Approvaz. progetto esecutivo. Richiesta ammissione finanziamento Min. Salute”;
- ✓ D.C.R. n. 298/09 “Piano sanitario regionale 2009-2011;
- ✓ D.G.R.n. 1972/09 “Programma Pluriennale regionale degli investimenti per la realizzazione e l’ammodernamento delle strutture sanitarie e per l’acquisizione di tecnologie. Anni 2010-2012”

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

Un primo elemento da richiamare è il prevalere di uno scenario epidemiologico in cui le **malattie croniche degenerative** sono e saranno il principale determinante dei danni alla salute per le nostre popolazioni. Già oggi l'analisi del carico globale di malattie indica come i più rilevanti problemi di morbosità derivino da: cardiopatia coronaria, ipertensione, patologie cerebrovascolari, tumori, diabete, artrite, osteoporosi, insufficienza polmonare, demenza, schizofrenia, depressione.

Per molte di queste patologie si assiste già oggi ad una posticipazione dell'età di insorgenza e ad una riduzione sia della disabilità residua che della sopravvivenza una volta che si siano determinate: strategie specifiche sono quindi adottabili e adottate e, pur tuttavia, migliorabili.

In Umbria cresce il carico di multimorbilità. Gli ultimi dati ISTAT indicano che circa il 49% degli anziani dichiara di presentare almeno 3 malattie croniche, per l'intera popolazione il dato è il 21%.

La speranza di vita alla nascita in Umbria è, secondo i dati ISTAT del 2004, di 78,7 anni per gli uomini e di 84,3 anni per le donne, in miglioramento rispetto ai dati del 1999 (+2,3 per i maschi e +0,3 per le femmine) e con valori superiori sia a quelli nazionali sia a quelli del Centro Italia. La speranza di vita libera da disabilità alla nascita è invece di 77 anni per gli uomini e di 77,8 per le donne. **In Umbria cresce negli anni la speranza di vita totale e quella libera da disabilità ma il rapporto tra le due resta invariato con**

un incremento degli anni totali di disabilità per il SSN in Umbria.

L'ingresso di extra-comunitari nella Regione a tassi molto rilevanti pone nuovi problemi per il sistema relativi alla necessità di colmare il divario tra offerta sanitaria e nuovi bisogni della popolazione immigrata.

La mortalità infantile in Umbria per 10.000 nati vivi è di 35,1 per i maschi e di 38,9 per le femmine.

I dati relativi alla mortalità per overdose indicano come negli ultimi anni in Umbria il tasso è rimasto costantemente elevato, con una particolare accentuazione negli ultimi anni. Si è avuto un picco di 5,0 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni nel 2000, leggere variazioni fino al 2005, un tasso di 5,3 nel 2006 (con un numero assoluto di 30 decessi) e 6,2 nel 2007 (n. 35 decessi; il tasso di mortalità in Italia è 1,5).

Il consumo di tabacco è la principale causa di morte prematura, in particolare tra gli uomini; tuttavia nella nostra regione negli ultimi 10 anni si è evidenziata tra gli uomini una diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità, passati da 90,6 per 100.000 abitanti nel 1994 a 80,2 nel 2004, mentre tra le femmine, pur rimanendo su livelli molto più bassi, si è avuto un aumento da 13 decessi per 100.000 abitanti nel 1994 a 15,7 nel 2004.

Nel triennio 2003 -2005, il numero medio annuo di casi di tumore, esclusi i carcinomi della pelle, in Umbria è stato di 2986 nei maschi e di 2302 nelle femmine.

Nei maschi il tumore più frequente è quello della prostata (140,1 per 100.000), seguito da quello del colon retto (107,9 per 100.000) e del polmone (86,7 per 100.000); tali sedi rappresentano la metà di tutti i tumori negli uomini. L'incidenza, infatti del tumore della prostata e

del colon retto è andata aumentando mentre quella del tumore al polmone ha subito un notevole decremento.

Nel sesso femminile la graduatoria della frequenza delle diverse sedi di neoplasia è rimasta pressoché invariata: rimane al primo posto la mammella (126,1 per 100.000) che rappresenta un terzo di tutti i tumori, seguita dal colon retto (66,2 per 100.000) e dallo stomaco (24,0 per 100.000). Nelle femmine è aumentata l'incidenza di tumore della mammella e di tumori alla tiroide mentre è diminuita notevolmente l'incidenza del tumore allo stomaco.

L'andamento del fenomeno infortuni sul lavoro degli ultimi anni, misurato attraverso il tasso di infortunio (rapporto fra il numero di infortuni e la popolazione lavorativa) dimostra una riduzione. Nell'industria e nei servizi la frequenza di infortuni ogni 1000 addetti INAIL è passata da 51,4 nel 2000 a 39,4 nel 2006, mentre nel settore agricolo la frequenza è passata da 36,8 a 30 infortuni ogni 1000 addetti ISTAT. La diminuzione del fenomeno infortunistico nel complesso non si accompagna ad una corrispondente riduzione degli infortuni di elevata gravità con evidente discordanza fra frequenza degli infortuni (in diminuzione) e la gravità (in aumento).

Nella tabella che segue viene illustrata la casistica degli ospedali umbri distinta tra ricoveri ordinari e day hospital raggruppata per sede anatomica usando la classificazione nota come MDC (Major Disease Classification).

Con riferimento all'anno 2008, il numero maggiore di ricoveri ordinari si rileva per le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, seguiti dalle malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, dell'apparato digerente e dalla gravidanza, parto e puerperio.

Per quanto riguarda, invece, i day hospital le malattie e i disturbi mieloproliferativi e le neoplasie scarsamente differenziate fanno rilevare il maggior numero di accessi, seguite dalle malattie

riconducibili all'apparato osteomuscolare ed al tessuto connettivo e dalle malattie e disturbi del sistema nervoso.

Tabella n. 1 Casistica degli ospedali umbri nel 2008 distribuita per MDC

MDC19	Descrizione MDC	Casistica totale con riabilitazione			
		n. casi ricoveri ordinari	% casi	accessi DH	% accessi DH
	Senza MDC	429	0,35	70	0,05
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	11.009	9,05	10.732	7,77
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.363	1,12	7.213	5,22
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	3.459	2,84	4.596	3,33
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	9.453	7,77	2.051	1,48
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	17.556	14,44	4.044	2,93
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	12.247	10,07	9.106	6,59

7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	5.198	4,28	2.948	2,13
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	15.654	12,87	13.265	9,60
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.756	2,27	9.385	6,79
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	2.401	1,97	6.237	4,51
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5.136	4,22	4.896	3,54
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.536	1,26	3.614	2,62
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	3.293	2,71	3.140	2,27
14	Gravidanza, parto, puerperio	11.614	9,55	3.638	2,63
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	8.866	7,29	61	0,04
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	1.327	1,09	5.903	4,27

17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2.247	1,85	39.610	28,66
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.700	1,40	663	0,48
19	Malattie e disturbi mentali	1.734	1,43	1.431	1,04
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	299	0,25	5	0,00
21	Traumatismi,avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.377	1,13	1.203	0,87
22	Ustioni	62	0,05	135	0,10
23	Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai Servizi Sanitari	597	0,49	3.119	2,26
24	Traumi multipli	175	0,14		0,00
25	Infezioni da HIV	97	0,08	1.133	0,82
	Totale	121.585	100,00	138.198	100,00

B1a 2 Quadro demografico

La popolazione residente in Umbria al 1° gennaio 2009 è di 894.222 abitanti; il 52% della popolazione umbra è di sesso femminile con un rapporto medio di mascolinità di 93,2 maschi ogni 100 femmine.

La quota di popolazione con più di 65 anni è aumentata di 4 punti percentuali dal 1991 al 2009, passando dal 19% al 23%; l'invecchiamento costante nel tempo della popolazione è dovuto prevalentemente alla componente dei grandi anziani, ovvero dei soggetti con più di 75 anni.

La struttura della piramide delle età evidenzia il peso consistente della componente femminile nelle classi più anziane; sopra i 75 anni di età ci sono il 8,6% degli uomini a fronte di un 13,2% per le donne. La speranza di vita alla nascita in Umbria è infatti, secondo i dati ISTAT del 2004, di 78,7 anni per gli uomini e di 84,3 anni per le donne, in miglioramento rispetto ai dati del 1999 e con valori superiori sia a quelli nazionali sia a quelli del Centro Italia.

Per descrivere ulteriormente la struttura della popolazione, ed in particolare il fenomeno del costante invecchiamento, possono essere utilizzati alcuni indici quali l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza.

L'indice di vecchiaia, che è passato da un valore di 142,4% nel 1991 ad un valore pari a circa il 180,0% nel 2009, mostra una leggera flessione rispetto al 2001 (186,3%), con una tendenza quindi ad una stabilizzazione del fenomeno dell'invecchiamento nella popolazione umbra.

L'indice di dipendenza totale, che è soprattutto di rilevanza economica e sociale, è in continuo aumento dal 1991, soprattutto nella sua componente senile; nel 2009 ci sono 56 persone cosiddette dipendenti ogni 100 persone nella fascia di età considerata attiva.

La popolazione umbra è in costante crescita; dal 2000 al 2009 è passata da 840.482 a 894.222 abitanti, con un incremento di 53.740

unità pari al 6,4%; tale crescita è dovuta al fatto che il flusso migratorio più che compensa il saldo naturale negativo.

Il saldo naturale, pur restando negativo, tende a crescere per un costante seppur lieve aumento del tasso di natalità ed una sostanziale stabilità del tasso di mortalità; nel 2009 in Umbria, secondo i dati ISTAT, sono nati 8.316 bambini, molti dei quali sono stranieri; il tasso di natalità è passato da 8,1 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2000 a 9,3 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2008, con un andamento sovrapponibile a quello italiano e del Centro Italia, anche se con valori sempre lievemente inferiori. Parallelamente, il tasso di fecondità è progressivamente aumentato.

Il tasso di mortalità mostra, nel complesso del periodo considerato, una tendenza alla stabilità con valori nel 2000 di 10,8 e nel 2008 di 11,5 morti ogni 1.000 abitanti; i valori umbri restano tuttavia più elevati rispetto sia a quelli medi nazionali sia a quelli del Centro Italia ma in linea con le aspettative per una popolazione più anziana.

Le tabelle seguenti mostrano la distribuzione per classi d'età della popolazione umbra e i principali indicatori citati.

Tabella n. 2 Distribuzione per classi di età

AZ. DI RES.ZA	MASC. 0-13	FEM. 0-13	TOT.	MASCHI 14-64	FEM. 14-64	TOTALE	MAS. >=65	FEM. >=65	TOT.	TOTALE GEN.LE
Città di Castello	8.303	8.035	16.338	43.929	43.465	87.394	12.986	17.800	30.786	134.518
Perugia	23.716	22.114	45.830	119.577	122.289	241.866	34.340	46.105	80.445	368.141
Foligno	9.735	9.051	18.786	52.261	51.673	103.934	16.268	22.409	38.677	161.397
Terni	13.330	12.363	25.693	72.656	74.711	147.367	24.212	32.894	57.106	230.166
TOTALE	55.084	51.563	106.647	288.423	292.138	580.561	87.806	119.208	207.014	894.222

Tabella n. 3 Indicatori demografici

AZIENDA DI RESIDENZA	INDICE DI INVECCHIAMENTO (pop. >64 anni/tot. pop.)*100	INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. >64 anni/pop.15-64)*100	INDICE DI DIPENDENZA A GIOVANILE (pop. 0-14/pop. 15-64)*100	INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14+pop.>64)/pop15-64)*100	INDICE DI VECCHIAIA (pop. >64/pop. 0-14)*100
CITTÀ DI CASTELLO	22,89	35,71	20,31	56,01	175,83
PERUGIA	21,85	33,68	20,45	54,13	164,68
FOLIGNO	23,96	37,68	19,55	57,23	192,70
TERNI	24,81	39,24	18,92	58,16	207,42
TOTALE	23,15	36,11	19,88	55,99	181,66

B1a 3 Quadro socio-economico

Nel corso degli ultimi anni l'economia umbra è stata caratterizzata da un aumento del Prodotto interno lordo sostanzialmente in linea con la media nazionale; in particolare, nel periodo 2000-2008 il Pil complessivo dell'Umbria ha registrato una variazione media annua dello 0,7%, lievemente inferiore al dato nazionale (pari allo 0,9%).

In questo scenario, l'Umbria ha registrato diversi **fenomeni positivi**:

- un'**espansione demografica** che dal 2000 al 2009 ha significato un incremento della popolazione umbra di oltre 70.000 abitanti, pari all'8,5% (rispetto al 5,4% nazionale e all'8,2% del centro), in buona parte dovuta ai forti afflussi migratori, che fanno dell'Umbria una delle regioni a più elevata percentuale di popolazione straniera; l'Umbria infatti, con 86.000 stranieri residenti (il 9,6% del totale), è in testa a tutte le regioni italiane insieme all'Emilia Romagna, confermandosi una regione ad elevata capacità attrattiva;

- una **buona performance del mercato del lavoro**, dove - prima della crisi - si sono toccati livelli record di occupazione, con un drastico calo della disoccupazione (pari a fine 2008 al 4,8%) e un tasso di attività e di occupazione che hanno superato quelli del centro e si avvicinano in taluni casi anche a quelli del nord Italia e ai traguardi di Lisbona. In particolare nel periodo 2000-2008 l'occupazione regionale è aumentata di 45.000 unità con conseguente contrazione della disoccupazione di 6.000 unità e soprattutto con una ingente crescita delle forze di lavoro di 39.000, dovuta alla maggiore partecipazione delle forze di lavoro residenti e soprattutto all'afflusso di forze di lavoro immigrate;
- la **dinamica imprenditoriale** del decennio evidenzia per le imprese umbre un saldo positivo tra iscrizioni e cessazioni in tutti gli anni, anche se in riduzione. In particolare nel 2008 l'Umbria presenta un indice di sviluppo (+0,4%) superiore a quello nazionale che risulta invece negativo (pari al -0,4%).

Permangono tuttavia alcune **criticità**:

- un livello del Pil pro-capite che resta al di sotto di quello medio italiano (fatto 100 l'Italia, l'Umbria è circa 94) e di molto inferiore al corrispondente dato del Centro-Nord. Va altresì tenuto presente che esso è notoriamente da oltre venticinque anni inferiore al dato medio italiano (nel decennio a cavallo tra i '70 e gli '80 era invece superiore).
- una produttività del lavoro di circa dieci punti inferiore alla media nazionale, frutto soprattutto di una struttura produttiva con una bassa dimensione media delle imprese, molte delle quali lavorano in subfornitura e per questo spesso posizionate su segmenti a basso valore aggiunto della catena del valore;
- una permanente criticità, **anche se in miglioramento** rispetto al recente passato, sul fronte dell'occupazione giovanile, intellettuale e femminile;

- una bassa percentuale di Export rispetto al Pil, che in Umbria si attesta attorno al 16% rispetto al 23% nazionale, peraltro influenzato dal forte peso del settore metalli e quindi condizionato anche da fattori “esogeni” all’economia regionale;
- una scarsa capacità di generare processi di trasferimenti tecnologici e di presentare brevetti, nonostante la discreta propensione all’innovazione.

L’Umbria quindi prima dell’esplosione della crisi economica di fine 2008 è stata caratterizzata da un discreto livello di sviluppo, che però non si è espresso in termini di recupero rispetto all’Italia della capacità di generare reddito.

Su questa situazione buona ma non ottimale, in seguito all’esplosione della crisi e in coerenza col quadro nazionale, è sceso il **generale deterioramento di tutti gli indicatori**; in particolare:

- per l’andamento dell’**export** nei primi 9 mesi del 2009 si registra un calo pari al -28,4%, dovuto in gran parte alla riduzione nel settore dei metalli; al netto di questo settore, che in Umbria ha grande rilevanza ma che risente fortemente, come già detto, di componenti di natura “esogena”, il calo dell’export rispetto ai primi 9 mesi del 2009, è pari invece al -18,8%, un dato inferiore alla media italiana ma comunque non positivo;
- gli effetti della **crisi sull’occupazione** erano visibili già nell’ultimo trimestre del 2008; l’occupazione infatti ha iniziato a contrarsi e la disoccupazione a crescere e nel 2009 tali fenomeni sono continuati in maniera ancor più marcata tanto che se si confronta l’occupazione media del periodo ottobre 2008-settembre 2009 con quella dei 12 mesi precedenti emerge una flessione di 8.000 unità (-2,1%) che interessa principalmente l’occupazione autonoma. Ne è derivata una flessione del tasso di occupazione (63,6%) di 2,1 punti; tale

indicatore, tuttavia, continua ad essere intermedio tra quello del Centro (62,2%) e quello del Nord (66%).

La crisi ovviamente impatterà in misura notevole sul Pil del 2009, che si prevede possa scendere in termini reali di circa il 5%, quindi in misura lievemente superiore al dato nazionale. Il profilo di crescita dell'Umbria tornerebbe positivo a partire dal 2010, in misura superiore al dato nazionale, grazie ad una ripresa del valore aggiunto dei servizi e delle costruzioni, mentre per l'Industria il dato tornerebbe a superare quello nazionale a partire dal 2011.

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

Un importante fenomeno caratterizzante lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione dal dopoguerra in poi è rappresentato dalla transizione demografica che ha condotto l'Italia a divenire uno dei paesi a più elevato invecchiamento al mondo, quasi in assenza di ricambio generazionale.

D'altra parte, la transizione demografica, che può essere considerata un fenomeno epocale per tutte le popolazioni occidentali, è stata contemporaneamente causa ed effetto della profonda trasformazione epidemiologica e quindi della natura e dell'intensità del bisogno di cure, contraddistinta dall'aumento di soggetti anziani affetti da patologie croniche e disabilitanti.

A queste dinamiche di ordine demografico e sociale, si è risposto con la trasformazione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia o a interventi diagnostico-terapeutici di elevata specializzazione e complessità tecnologica, accompagnata dalla introduzione di sistemi di finanziamento che nel tempo hanno

incentivato la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti.

Il processo descritto è stata accompagnato dalla riduzione del numero dei posti letto, spesso ottenuta anche attraverso la chiusura o l'accorpamento dei piccoli ospedali.

A fronte della descritta evoluzione della domanda e dei mutamenti organizzativi già indotti permangono criticità nell'accesso relativamente all'attività nei confronti della post-acuzie e della riabilitazione e a settori dell'attività specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'offerta nei confronti degli effetti della cronicità il programma si basa sul completamento della rete degli ospedali di territorio che, consolidando lo standard di dotazione conseguito, qualifica l'offerta attraverso la previsione di dotazioni rilevanti nel campo della RSA a degenza breve, della post-acuzie e della riabilitazione.

Relativamente all'offerta di attività specialistica il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, prendendo spunto da quanto stabilito dal Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) adottato nel giugno 2006, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del marzo dello stesso anno, intende garantire i seguenti aspetti:

Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso.

Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie.

Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione.

Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva.

Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio.

Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

La unica vera leva a disposizione per migliorare l'offerta delle prestazioni garantendo tempi di attesa accettabili per tutti i cittadini, leva su cui la regione intende dirigere gli sforzi per superare le criticità esistenti, è quella della corretta gestione della domanda.

Il modello della prioritarizzazione (Approccio per Raggruppamenti di Assistenza Omogenei - RAO) per l'accesso alle prestazioni nel corso di vigenza del presente Piano dovrà essere gradualmente implementato in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, con la differenziazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare quelle che dai monitoraggi emergono come più critiche, in base ai livelli di priorità. Il Distretto deve avere un ruolo centrale nello sviluppo dei percorsi assistenziali e nella promozione ed introduzione dell'Approccio RAO.

I percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi devono garantire la presa in carico del paziente, realizzare l'integrazione tra i professionisti e livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Le strutture devono essere in grado di programmare e prenotare l'intero iter assistenziale e semplificare gli accessi dopo la prima visita con la prescrizione e prenotazione degli accertamenti

successivi e delle visite di controllo direttamente da parte della struttura sanitaria.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere pacchetti di prestazioni/percorsi nel rispetto dei seguenti criteri: efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida accreditate in materia.

L'obiettivo è quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella migliore sequenza spazio-temporale possibile.

B1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extraregionale)

Per una corretta interpretazione dell'analisi della mobilità Sanitaria Extraregionale relativa alla Regione Umbria, occorre tenere presente che, con un numero di abitanti inferiore al milione, è una Regione con una ridotta dimensione demografica. Questa particolare condizione potrebbe avere riflessi sulla mobilità, determinando una limitata capacità di ricezione da parte della rete di strutture di ricovero (influenza verso il contenimento della mobilità attiva) e l'impossibilità di disporre dei servizi di ricovero altamente specialistici con bacini di utenza ampi (sollecitazione delle tendenze verso la mobilità passiva).

La stessa dislocazione territoriale dell'Umbria, contigua a due Regioni con organizzazione sanitaria altamente sviluppata come il Lazio e la Toscana, è tale da condizionare la mobilità in uscita dei ricoveri in ragione del potere di attrazione che inevitabilmente esercitano alcune strutture di ricovero vicine di grande rinomanza e con amplissimo bacino di utenza.

Ciononostante, una prima analisi dell'andamento della mobilità extraregionale della Regione, effettuata considerando il complesso

delle prestazioni (Ricoveri, Medicina di base, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica, Cure Termali, Somministrazione diretta di farmaci, Trasporti con ambulanza ed elisoccorso), mostra un trend con saldo positivo (Figura 1), delineando i termini stabili di una tenuta ai fenomeni descritti, indice di autonomia equilibrio del sistema. Una analisi più dettagliata mette in evidenza che tale positività è determinata principalmente dai ricoveri (Figura 2), che mantengono nel tempo un saldo positivo, mentre il saldo della specialistica ambulatoriale (Figura 3) e della somministrazione diretta di farmaci (Figura 4) è negativo.

Figura n. 1 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Complesso delle prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 2002 - 2008

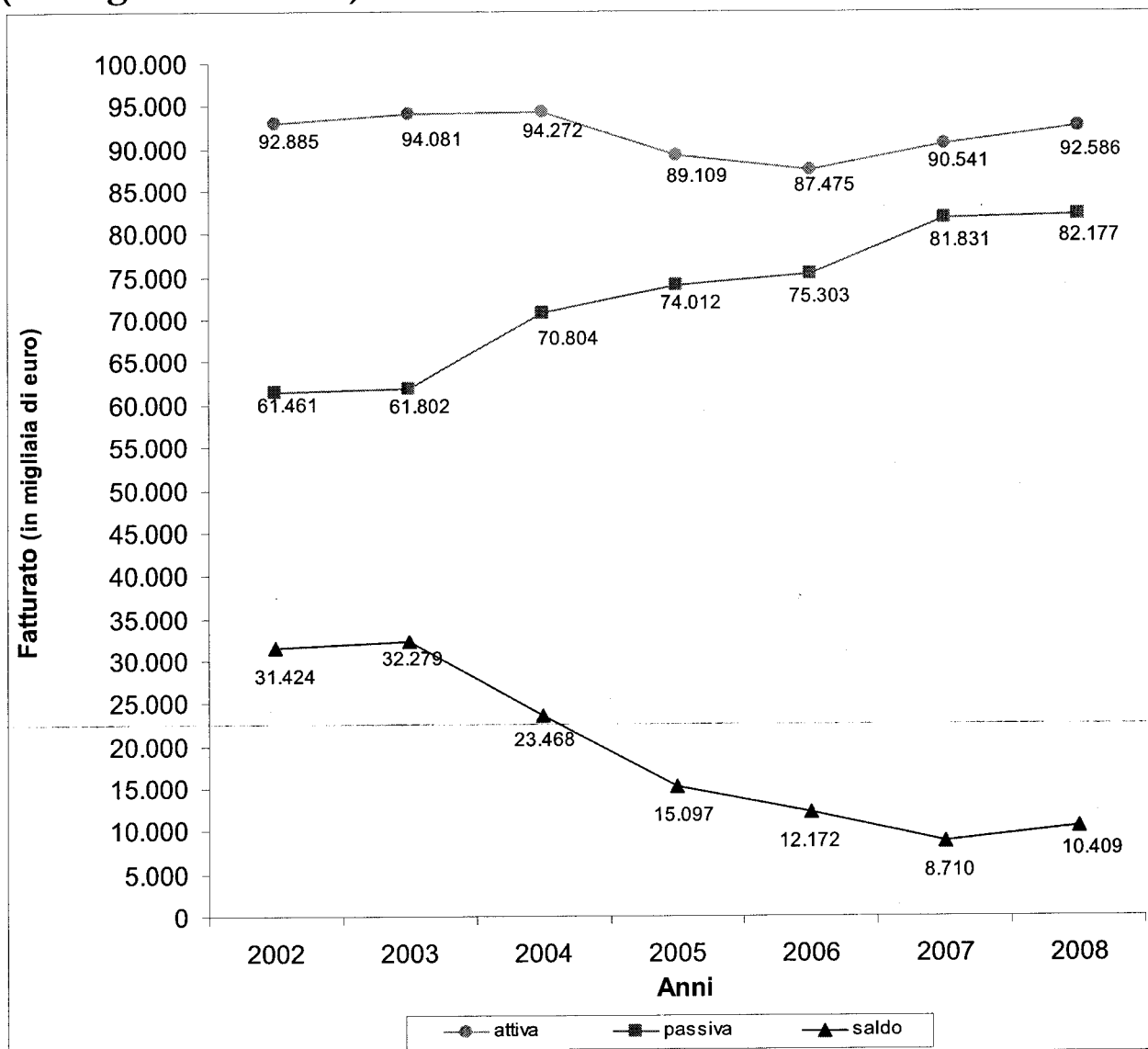


Figura n. 2- Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni in regime di ricovero - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 – 2008

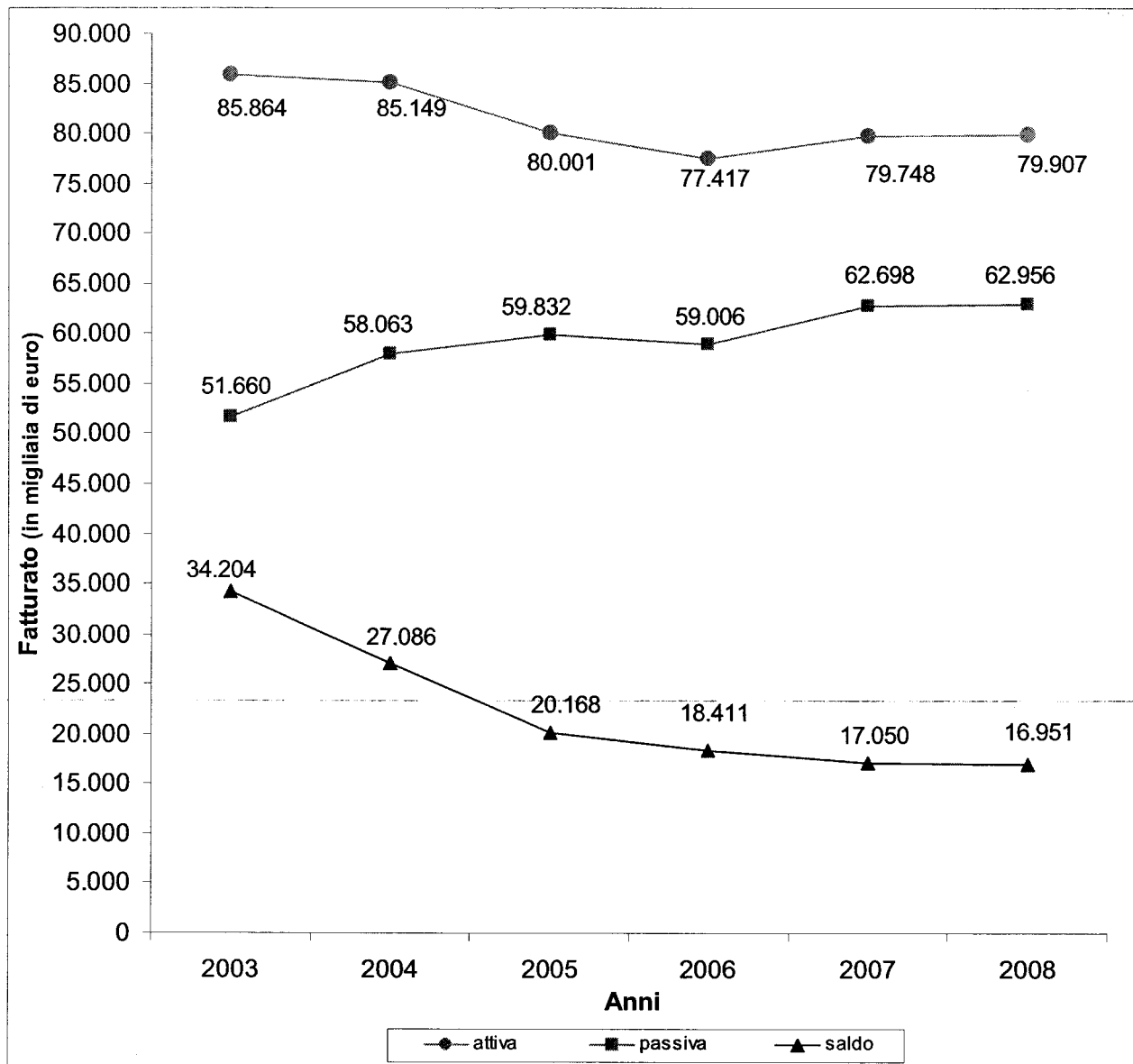


Figura n. 3- Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 – 2008

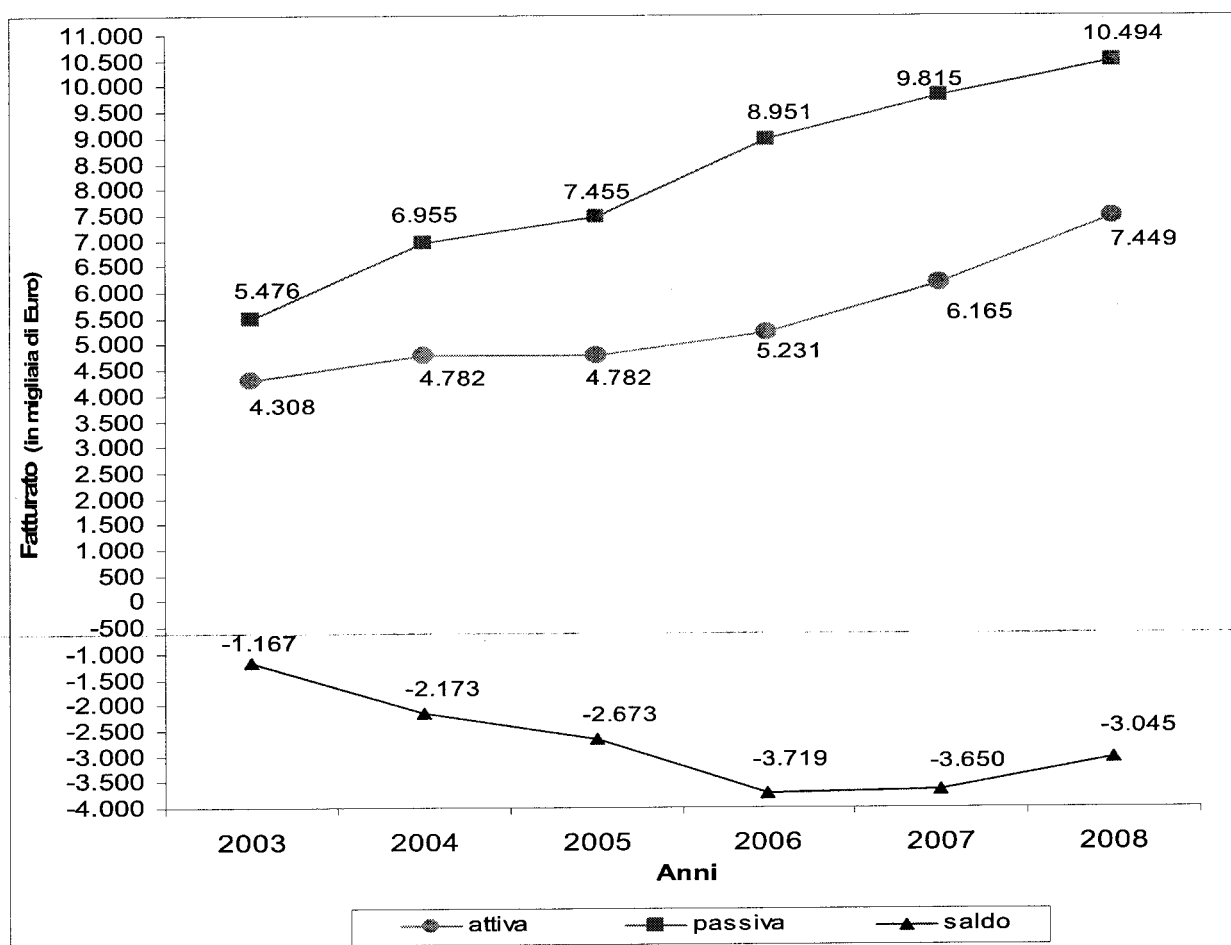
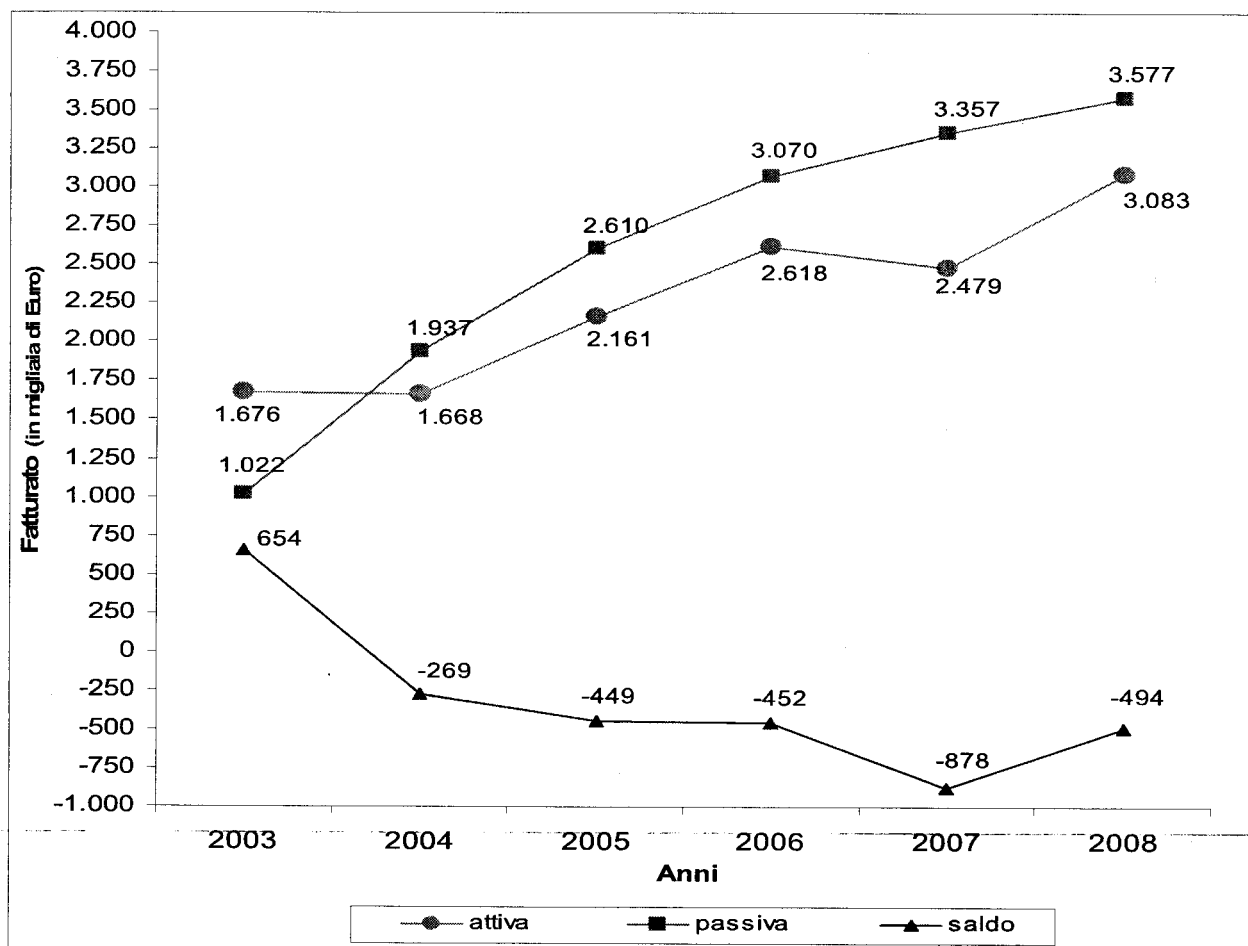


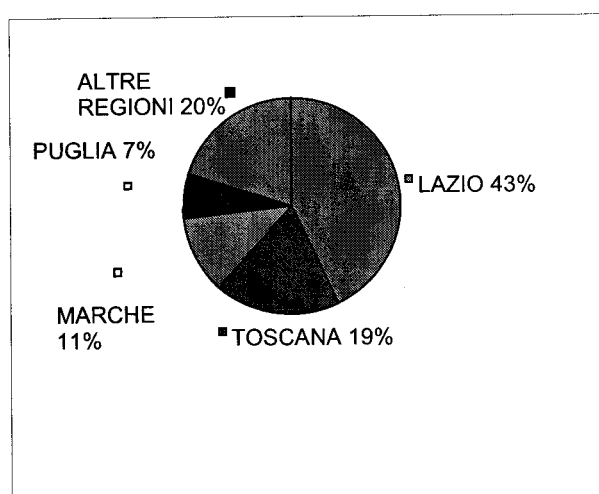
Figura n. 4- Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Somministrazione diretta di farmaci - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 – 2008



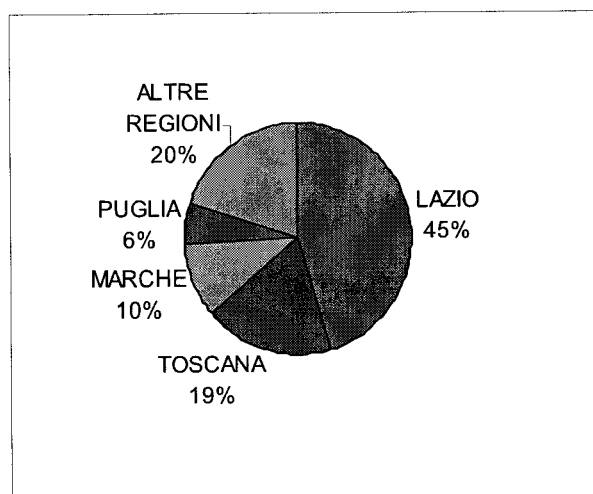
Il potere di attrazione della rete ospedaliera si esercita prevalentemente nei confronti delle Regioni confinanti, in particolare del Lazio, 45% della mobilità attiva complessiva, e la Toscana, con il 19% della mobilità attiva complessiva (Figura 5).

Figura n. 5 - Mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale attiva

anno 2007



anno 2008

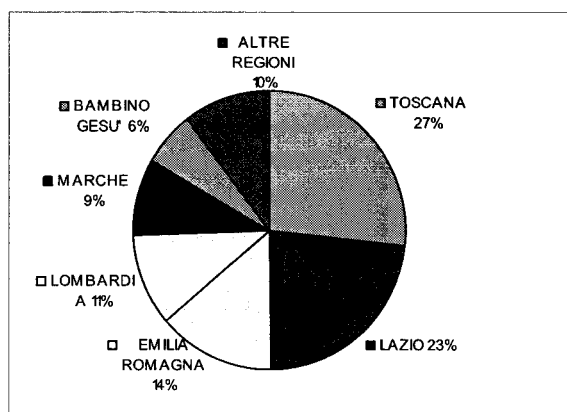


La mobilità ospedaliera passiva (Figura 6) si manifesta con dimensioni che possono essere considerate contenute. Un'alta percentuale di tale mobilità, inoltre, è fisiologica, in quanto si rivolge con assoluta prevalenza verso le Regioni contigue: decisive al riguardo, anche in questo caso, risultano le relazioni con le Regioni Toscana (29%) e Lazio (24%).

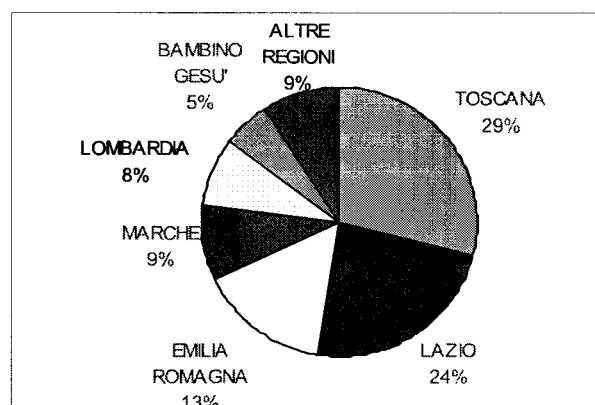
Un potere attrattivo molto importante nei confronti dei ricoveri in esodo è esercitato in maniera particolare dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (5%), motivato anche dell'accordo stipulato tra la regione e l'Ospedale suddetto, con lo scopo di rispondere ad una domanda a carattere pediatrico di alta specializzazione. Le prestazioni di alta specializzazione sono il motivo anche della mobilità passiva verso Lombardia ed Emilia Romagna.

Figura n. 6- Mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale passiva

anno 2007



Anno 2008



Mobilità Sanitaria Intraregionale

Per ciò che riguarda la mobilità ospedaliera intraregionale, si rileva un trend 2005-2008 sostanzialmente costante per tutte le Aziende erogatrici della Regione sia relativamente al totale dell'attività erogata che alla distribuzione per residenza dei pazienti.

Lo stesso andamento si può osservare anche per l'attività erogata in Regione dalle strutture private. Alcuni assestamenti fisiologici intervenuti nel corso degli anni sono dovuti sia alla specializzazione di singoli presidi che all'entrata in funzione dei nuovi ospedali.

La tabella seguente riporta la situazione dei volumi finanziari programmati per l'anno 2009.

Tabella n. 4 Mobilita' intraregionale 2009

Azienda di residenza

Aziende addebitanti	ASL 101	ASL 102	ASL 103	ASL 204	Totale	Saldo 2009
Azienda USL 101 Città di Castello		5.130.621,13	1.312.652,49	188.444,28	6.631.717,90	-13.864.138,13
Azienda USL 102 Perugia	717.574,36		1.720.638,65	2.986.891,27	5.425.104,28	-192.873.240,76
Azienda USL 103 Foligno	2.260.883,43	11.569.434,01		2.842.636,20	16.672.953,65	-6.472.890,50
Azienda USL 204 Terni	34.532,23	733.624,26	256.379,02		1.024.535,51	-110.194.669,21
Azienda Ospedaliera di Perugia	15.777.866,00	166.315.515,63	14.000.000,00	8.003.176,22	204.096.557,85	204.096.557,85
Azienda Ospedaliera di Terni	735.000,00	3.312.062,00	3.961.174,00	96.230.556,75	104.238.792,75	104.238.792,75
Case di Cura private	970.000	11.237.088	1.895.000	967.500	15.069.588,00	15.069.588,00
Totale	20.495.856,03	198.298.345,04	23.145.844,15	111.219.204,72	353.159.249,94	0,00

B1a 6 Offerta ante operam

Come anticipato la Regione Umbria ha, con il programma degli investimenti, avviato un processo di rimodulazione dell'offerta per gradualità di cure, basato sul riequilibrio tra l'attività ospedaliera e i servizi territoriali.

Nell'ottica della deospedalizzazione il numero dei posti letto è andato progressivamente riducendosi.

Nella Tabella n. 5 viene evidenziato come nel periodo 1997-2009 gli stabilimenti ospedalieri passano dai 23 iniziali (tutti per acuti) ai 19 attuali, di cui 15 dedicati agli acuti e 4 riconvertiti per la

riabilitazione, dei 19 totali 6 sono completamente nuovi e 5 ristrutturati.

Nel periodo 2003-2008 si è avuta una riduzione di circa 200 letti pari al 6% della dotazione iniziale. Nella tabella n. 6 sono riportati i posti letto delle aziende suddivisi tra quelli per acuti e quelli di riabilitazione e lungodegenza.

L' Umbria è una delle pochissime regioni ad avere raggiunto lo standard di dotazione di 3,5 posti letto per acuti per 1000 abitanti stabilito dal Ministero (Tabella n. 7).

La figura n. 12 mostra il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per la Regione Umbria dal 2006 al 2008, con il confronto con l'ultimo dato disponibile per l'Italia. Il dato umbro, già nel 2004 al di sotto della media nazionale, si attesta al di sotto dei 180 ricoveri per mille stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 23-3-2005 .

Le Tabelle n. 8 e 9 mostrano i dati di attività suddivisi per presidi ospedalieri. Sono stati riportati per gli anni 2006 – 2008 il numero di ricoveri, la degenza media, il tasso di utilizzo. I dati risultano relativamente stabili nel tempo. Anche la composizione della casistica dei primi 20 DRG non mostra sostanziali variazioni nel corso degli ultimi anni, sia nella degenza ordinaria che nel Day Hospital.

A parte (Tabella n. 10) sono riportati, con la stessa modalità di rappresentazione, i dati di attività relativi alla Riabilitazione, Lungodegenza e Servizi Psichiatrici.

Per la Riabilitazione si evince che la casistica in termini numerici è aumentata negli ultimi anni, sottolineando la forte richiesta di assistenza in tale ambito, richiesta che porta anche ad un elevato numero di residenti che si ricovera fuori regione, determinando un aumento della mobilità passiva.

Tabella n. 5 Stabilimenti ospedalieri ante-operam

AZIENDA	SITUAZIONE ANTE 1997		SITUAZIONE ANNO 1997	PRESIDI	SITUAZIONE ANNO 2009		
	STABILIMENTI	P.L.	P.L.		STABILIMENTI	DI CUI NUOVI	P.L.
ASL 1	3	611	452	2	3	2	398
ASL 2	6	614	446	1	5	1	280
ASL 3	8	867	679	2	5	1	519
ASL 4	3	322	308	2	4	1	347
AO.PG	2	1.105	950	1	1	1	786
AO TR	1	804	700	1	1	-	587
PRIVATI	-	226	180	-	-	-	265
TOTALE	23	4.549	3.715	9	19	6	3.182

Tabella n. 6 Posti Letto Umbria

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2006						
	acuti			riabilitazione/lungodeg.			totale
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	359	63	422	56	5	61	483
Azienda USL 102	227	63	290	33	2	35	325
Azienda USL 103	338	94	432	32	7	39	471
Azienda USL 204	252	57	309	20		20	329
Azienda Ospedaliera di Perugia	710	92	802	10	2	12	814
Azienda Ospedaliera di Terni	483	90	573		4	4	577
Case di cura private	196	33	229	32	-	32	261
Totale	2.565	492	3.057	183	20	203	3.260

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2007						
	acuti			riabilitazione/lungodeg.			totale
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	341	50	391	72	6	78	469
Azienda USL 102	220	63	283	33	2	35	318
Azienda USL 103	382	94	476	32	7	39	515
Azienda USL 204	248	63	311	20		20	331
Azienda Ospedaliera di Perugia	706	92	798	10	2	12	810
Azienda Ospedaliera di Terni	478	89	567		4	4	571
Case di cura private	199	33	232	32		32	264
Totale	2.574	484	3.058	199	21	220	3.278

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2008						
	acuti			riabilitazione/lungodeg.			totale
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	298	52	350	76	10	86	436
Azienda USL 102	218	57	275	32	2	34	309
Azienda USL 103	380	94	474	32	7	39	513
Azienda USL 204	250	79	329	20		20	349
Azienda Ospedaliera di Perugia	706	97	803	10	2	12	815
Azienda Ospedaliera di Terni	498	89	587		4	4	591
Case di cura private	199	33	232	32		32	264
Totale	2.549	501	3.050	202	25	227	3.277

Fonte: modelli HSP 12 inviati dalle aziende al NSIS

**Tabella n. 7 Dotazione Posti Letto X Mille
Abitanti**

2006

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2006	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.460	3,2	0,5	3,7
Azienda USL 102	354.015	3,6	0,2	3,9
Azienda USL 103	157.169	2,9	0,2	3,2
Azienda USL 204	225.234	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	867.878	3,6	0,2	3,8

2007

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2007	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.890	3,0	0,6	3,6
Azienda USL 102	357.008	3,6	0,2	3,8
Azienda USL 103	158.435	3,2	0,2	3,4
Azienda USL 204	225.634	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	872.967	3,5	0,3	3,8

2008

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2008	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	133.446	2,6	0,6	3,3
Azienda USL 102	362.915	3,5	0,2	3,7
Azienda USL 103	159.783	3,1	0,2	3,4
Azienda USL 204	228.306	4,0	0,1	4,1
Totale Umbria	884.450	3,4	0,3	3,7

Figura n. 7 Tasso di ospedalizzazione standardizzato

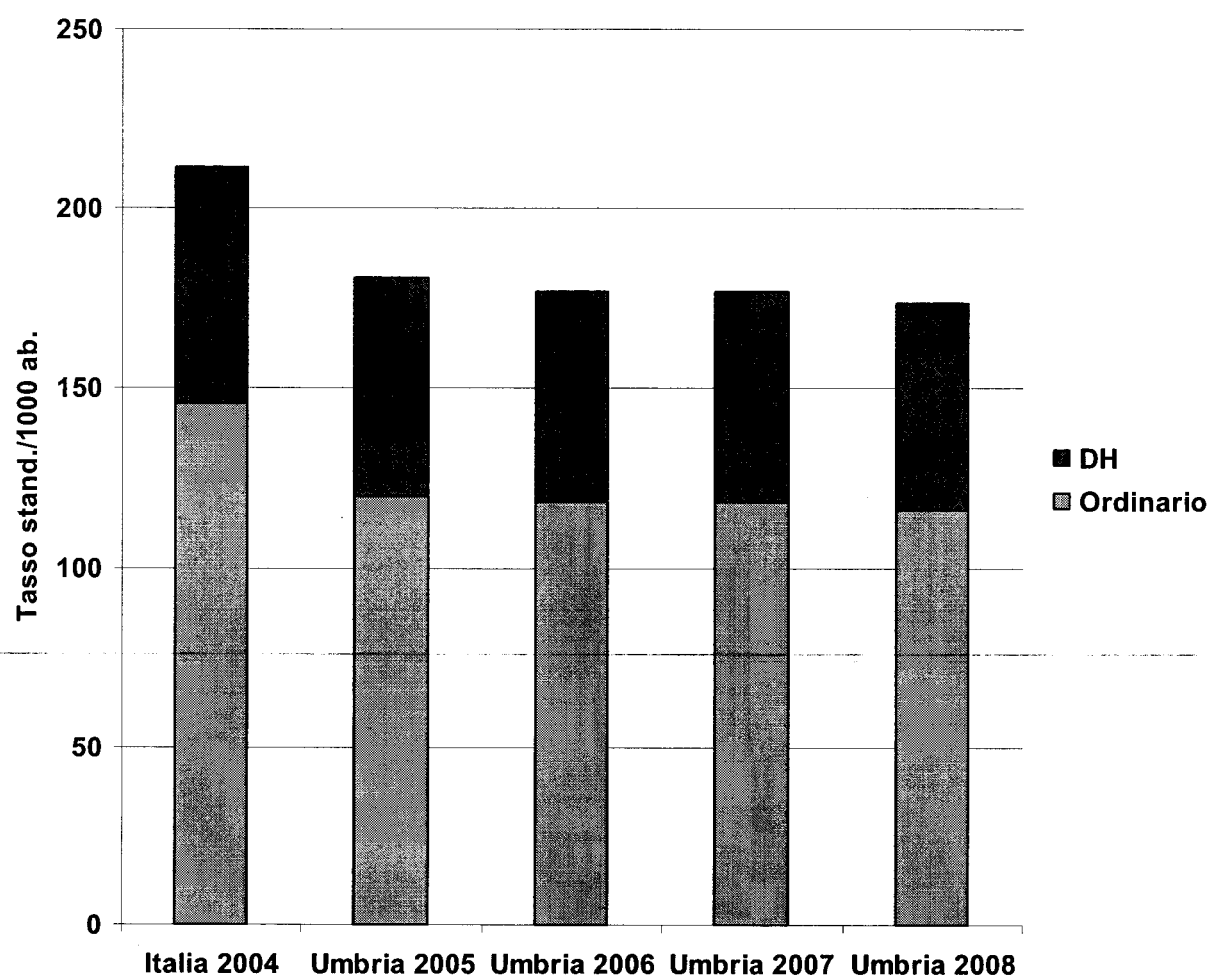


Tabella n. 8 Casi trattati in reparti per acuti

Presidio Osp.ro	2006			2007			2008		
	ordinari	dh	totale	ordinari	dh	totale	ordinari	dh	totale
Città di Castello	10.158	3.743	13.901	9.746	3.713	13.459	8.945	4.171	13.116
Gubbio	6.760	1.862	8.622	6.170	1.705	7.875	5.637	1.529	7.166
ASL 2 di Perugia	9.615	7.113	16.728	9.455	7.138	16.593	8.909	7.083	15.992
Foligno	9.680	5.407	15.087	10.251	5.856	16.107	10.553	5.510	16.063
Spoletto	5.899	2.997	8.896	5.993	2.844	8.837	5.889	2.722	8.611
Orvieto	5.039	2.526	7.565	5.312	2.413	7.725	5.393	3.080	8.473
Narni-Amelia	5.157	2.386	7.543	4.945	2.432	7.377	4.865	2.426	7.291
Az. osp. di Perugia	32.903	12.528	45.431	32.476	10.945	43.421	32.896	8.714	41.610
Az. osp. di Terni	19.914	11.535	31.449	21.360	12.350	33.710	21.688	13.985	35.673
Totale	105.125	50.097	155.222	105.708	49.396	155.104	104.775	49.220	153.995
Case di cura private	5.067	5.040	10.107	5.231	5.040	10.271	5.307	4.615	9.922
UMBRIA	110.192	55.137	165.329	110.939	54.436	165.375	110.082	53.835	163.917

Tabella n. 9 Indicatori di attivita'

Degenza ordinaria	2006		2007		2008		
	Presidio Ospedaliero	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Città di Castello		5,7	88,7	5,7	81,4	6,0	96,9
Gubbio		5,6	72,4	5,4	69,2	5,6	69,3
ASL 2 di Perugia		5,2	73,0	5,0	73,1	5,2	67,7
Foligno		6,2	79,5	6,4	85,0	6,4	85,0
Spoletto		5,1	86,0	5,0	81,1	5,0	79,1
Orvieto		8,4	87,2	7,7	84,8	7,3	81,0
Narni-Amelia		6,6	84,5	6,8	84,2	7,0	85,4
AZ. OSP. di Perugia		6,8	88,2	7,1	88,7	7,2	91,1
AZ. OSP. di Terni		7,1	83,3	7,2	89,1	7,2	90,6
Totale		6,4	83,5	6,5	84,6	6,6	86,1
Case di cura private		3,9	28,7	3,9	28,2	3,9	28,3

Tabella n. 10 Ricoveri Riabilitazione, Lungodegenza e Servizi Psichiatrici.

RIABILITAZIONE

Degenza ordinaria	2006			2007			2008		
Strutture di riabilitazione	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Riabilitazione Motoria - Umbertide	903	29,4	129,7	925	28,1	98,1	935	28,2	101,9
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	316	18,7	92,5	356	17,5	86,4	410	15,4	86,4
Neuroriabilitazione - Foligno							46	27,0	56,8
Neuroriabilitazione - Trevi	321	17,7	81,9	328	15,4	72,7	222	27,0	91,3
Riabilitazione Neuromotoria - Cascia	267	8,9	64,9	239	11,0	72,1	244	12,3	66,0
Riabilitazione - Domus Gratiae	162	39,5	87,6	175	36,0	86,4	192	33,6	88,4
Unità Spinale - Perugia	41	87,3	98,1	32	101,0	88,6	41	93,7	100,2
Totale	2.010	25,1	104,3	2.055	24,0	89,5	2.090	25,5	
Case di cura private	573	12,5	61,4	696	12,7	75,4	582	13,2	65,6

Day hospital	2006			2007			2008		
Strutture di riabilitazione	D.H. totali	Accessi totali	Numero medio accessi	D.H. totali	Accessi totali	Numero medio accessi	D.H. totali	Accessi totali	N. medio accessi
Riabilitazione Motoria - Umbertide	81	2.309	28,5	75	1.632	21,8	11	263	23,9
Riabilitazione Cardiologica - Gualdo				178	1.746	9,8	7	78	11,1
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	161	2.332	14,5	155	2.408	15,5	157	2.588	16,5
Neuroriabilitazione - Trevi	344	3.340	9,7	403	3.822	9,5	409	3.537	8,6
Unità Spinale	30	38	1,3	37	61	1,6	47	79	1,7
Riabilitazione - AO Terni	112	3.180	28,4	125	3.123	25,0	115	3.009	26,2
Totale	728	11.199	15,4	973	12.792	13,1	746	9.554	12,8

LUNGODEGENZA	2006			2007			2008		
Strutture di lungodegenza	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Castiglione del Lago	45	15,8	64,9	16	15,4	33,8	30	14,3	117,3
Città della Pieve	66	24,1	87,1	96	21,3	112,2	78	21,9	91,2
Assisi	94	17,1	196,3	75	17,4	119,5	94	15,7	135,0
Todi	46	20,9	87,9	48	20,5	89,8	62	17,6	99,5
Totale	251	19,4	100,8	235	19,5	96,6	264	17,8	106,4

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Degenza ordinaria	2006			2007			2008		
	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Perugia	461	14,2	74,8	471	15,1	81,1	512	13,5	78,8
Foligno	151	16,0	82,6	173	16,5	97,9	170	16,9	98,2
Terni	257	7,0	81,8	261	6,6	79,2	266	7,5	90,5
Totale	869	12	77,6	905	12,9	84,3	948	12,4	84,8

Day hospital	2006		2007		2008	
	D.H. totali	Accessi medi	D.H. totali	Accessi medi	D.H. totali	Accessi medi
Perugia	70	3,4	100	3,9	93	4,2
Terni	45	1,5	44	1,4	35	1,4
Totale	115	2,7	144	3,1	128	3,4

Per quanto riguarda, invece, la situazione relativa alle attrezzature tecnologiche, si rimanda agli indicatori di cui alla Tabella riportata in calce al presente documento "Analisi dell'offerta attuale e prevista di tecnologie" e si specifica di seguito il numero di quelle più rilevanti:

- n. 13 T.A.C.;
- n. 8 R.M.N.;
- n. 2 Acceleratori lineari;
- n. 2 Gamma camera;
- n. 2 P.E.T..

B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

Il PSR 2009-2011 confermando l'assetto della macro organizzazione del SSR, concentra il suo intervento su una incisiva azione di messa in rete delle risorse, evitando le duplicazioni e valorizzando le vocazioni di ogni struttura e articolazione del sistema. In particolare il Piano prevede il potenziamento delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo di un sistema di cure

intermedie da parte dei distretti territoriali e la messa in rete delle strutture ospedaliere, con l'obiettivo di supportare elevati livelli di continuità assistenziale mediante percorsi strutturati del paziente.

Il sistema delle Cure Primarie rappresenta l'ambito più adeguato a gestire appropriatamente e a costi sostenibili i problemi connessi alla cronicità e all'erogazione dell'assistenza "a lungo termine", per intrinseche caratteristiche organizzative, gestionali e clinico-assistenziali centrate sulla presa in carico del paziente in base a un progetto assistenziale globale sulla persona nel suo contesto di vita, flessibile, perché i bisogni sanitari di questi soggetti sono continuamente mutevoli nel tempo. Tale modello può identificarsi in quello che l'OMS definisce "The Chronic Care Model", efficace nel migliorare gli esiti clinici, i processi di cura e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. La rete distrettuale è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione, in grado di garantire l'approccio multidisciplinare e pluripartecipativo indispensabile per affrontare in modo efficace le criticità connesse alla condizione di anziano fragile.

In tale contesto già da diversi anni, su tutto il territorio nazionale, anche se con distribuzione disomogenea e con massima incidenza nelle regioni del Centro-Italia, si sono sviluppate esperienze, realizzate con alleanze strategiche tra medici di famiglia, medici dei distretti sanitari e infermieri professionali, innovative e sostanzialmente atipiche, perché collocate tra il domicilio del paziente e l'ospedale. Sono strutture intermedie che, nate spesso come frutto di sperimentazioni più che di logiche epidemiologiche o programmatiche intese in senso classico, rispondono a bisogni emergenti di natura assistenziale e sociosanitaria provenienti dall'area della cronicità: dare in loco risposte coerenti ai bisogni particolari di una popolazione a forte prevalenza senile spesso lontana dai centri urbani e dalle aziende ospedaliere, superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi; valorizzare le risorse professionali e strutturali già presenti nel territorio; integrare l'intervento sociale con quello sanitario; limitare il disagio che il

trasferimento lontano dalla propria residenza comporta; trovare il soddisfacimento e quindi il consenso della popolazione e delle autonomie locali che devono sentire "protetto" il proprio stato di comunità periferica; trovare modalità erogative con rapporto costo-beneficio soddisfacente.

Il ruolo del distretto

Il Distretto Socio-Sanitario è una struttura complessa definita, con Legge regionale n. 3/98 (Ordinamento del sistema sanitario regionale), come "l'articolazione organizzativa della unità sanitaria locale per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse delle USL e degli Enti locali".

Con Legge regionale sono affidati al Distretto i seguenti compiti:

- Gestire e coordinare i servizi ubicati nel territorio di competenza;
- Organizzare l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi;
- Assicurare un efficace orientamento e controllo della domanda sociosanitaria e promuovere la continuità terapeutica;
- Fungere da centro regolatore per le prestazioni erogate dalle proprie Unità Operative.

Con Dlg. 229/99, il Distretto Sanitario, concepito con la Lg. 833/78, trova una sua più precisa e concreta definizione, che lo equipara, per importanza strategica ed autonomia funzionale alla struttura ospedaliera.

Il PSR 1999-2001 sviluppa e valorizza ulteriormente ruolo e funzioni del Distretto che diventa il perno della gestione dell'assistenza territoriale in quanto luogo di governo della domanda e di conoscenza dei bisogni, garante dell'integrazione

socio-sanitaria, luogo di gestione delle cure primarie e di coordinamento con l'assistenza ospedaliera.

Il PSR 2003-2005 si propone di consolidare i macrolivelli organizzativi e assistenziali raggiunti; introduce innovazioni nei modelli gestionali ed in particolare promuove il "governo clinico" nei Distretti e nei Dipartimenti come innovazione strategica per aggiungere più qualità al sistema e integrare i percorsi assistenziali nel territorio e in ospedale.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda USL.

Il Distretto assicura :

- le attività ed i servizi per la tutela della salute mentale;
- le attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- le attività e servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, comprensivi dei servizi consultoriali;
- le attività di cure primarie, comprensive dell'attività specialistica ambulatoriale;
- le attività di riabilitazione territoriale;
- le attività socio-sanitarie e socio assistenziali;
- le attività ed i servizi per le patologie da HIV
- le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale (assistenza domiciliare – hospice)

Organizzazione e funzioni

Le funzioni che rientrano nella mission del Distretto comprendono sia attività tipicamente gestionali e di erogazione dei servizi, sia attività di programmazione strategica.

Il Distretto socio-sanitario quindi, nel corso del tempo, si è connotato sostanzialmente come sistema con funzioni sia di produzione che di committenza.

- Funzione di produzione

- di cure primarie, nelle sue varie sfaccettature e diversità di filiera anche specialistica, che si realizza fundamentalmente all'interno di unità territoriali subdistrettuali, quali i Centri di Salute.
- di cure intermedie, che si realizza fundamentalmente attraverso strutture di assistenza semiresidenziale (Centri Diurni) e residenziale (Residenze Protette, Residenze Sanitarie Assistenziali, Ospedali di Distretto / Hospice).

I Centri di Salute rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che attraversano il sistema primario, facilitando una prassi comunicativa e di integrazione fra tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico dei cittadini.

I Nuclei di assistenza primaria di Medicina generale e di Pediatria di Libera scelta, al pari di altri gruppi operativi, sono componenti fondamentali di questo sistema e partecipano al miglior allineamento possibile tra domanda ed offerta garantita, oltre che dai Centri di Salute, dai Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze) e dagli altri servizi distrettuali (quali i servizi di riabilitazione e per l'età evolutiva).

- Funzione di committenza di servizi/prestazioni.

La funzione di committenza è posta in capo all'alta Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) affiancata, a tal fine, dai Direttori di Distretto e del Dipartimento di Prevenzione e dai Direttori di Presidio.

Alle Direzioni di Distretto, ai Direttori di Presidio e del Dipartimento di Prevenzione compete l'organizzazione della produzione sulla base delle risorse assegnate.

Il Distretto, con le sue funzioni di produzione e di committenza, può riuscire a mantenere un equilibrio, anche finanziario, solo se:

- l'offerta (soprattutto quella relativa alle prestazioni specialistiche) è subordinata alla domanda;
- la domanda viene a sua volta governata;
- Il pieno sviluppo della funzione di committenza necessita di due condizioni fondamentali;
- la partecipazione al governo del Distretto dei Medici di famiglia, attraverso processi di "clinical governance";
- la rivalutazione del ruolo dei comuni, nei processi di pianificazione strategica, di integrazione socio-sanitaria e di promozione della partecipazione dei cittadini.

Pianificazione

Il Direttore di Distretto, così come previsto dal D.Lgs. n. 229/99 e dagli articoli 25 degli AACCN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, composto dai Responsabili dei Servizi distrettuali, dai Direttori dei Dipartimenti territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei Servizi stessi.

Sono membri di diritto di tale Ufficio rappresentanti dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e degli specialisti

ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto (art. 3-sexies – D.Lgs 229/99).

Il Direttore di Distretto si avvale inoltre di un Responsabile per le Attività Amministrative, di un Responsabile del Servizio Infermieristico e di un Responsabile del Servizio Sociale distrettuali.

Strumento programmatico del Distretto è il Programma delle Attività Territoriali (*P.A.T.*).

“Il P.A.T. è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Il P.A.T., basato sulla intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- prevede la localizzazione dei servizi afferenti al Distretto;
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità Sanitaria Locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dal Direttore del Distretto; è approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale” (D.Lgs. n. 229/99 – art. 3 quater “Distretto”).

Distretto e Dipartimenti funzionali: ruoli e funzioni

I Dipartimenti funzionali sono strutture organizzative complesse che assicurano:

- la produzione di prestazioni e servizi assistenziali centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica;
- l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse eventualmente assegnate in sede di negoziazione budgetaria.

I Dipartimenti transmurali assumono, per la parte di attività territoriale, una valenza funzionale in quanto le funzioni di gestione sono in capo al Distretto”.

I Dipartimenti sono “finalizzati ad assicurare il coordinamento e l'omogeneizzazione di attività analoghe nell'intero territorio aziendale e sono organizzati con particolare riferimento alle attività dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze”.

Il Dipartimento assolve quindi ad una forte azione di coordinamento delle attività e delle prestazioni tra le unità operative nelle varie realtà territoriali al fine di rendere omogenee le procedure organizzative ed assistenziali e consentire un confronto permanente del personale operante nei diversi territori.

I Dipartimenti territoriali hanno il compito di formulare proposte sulla programmazione sanitaria aziendale relativamente ai rispettivi settori di intervento e di coordinare, sul piano tecnico-scientifico, l'azione degli operatori mediante la predisposizione di indirizzi operativi, di standard di attività, di criteri valutativi e di interpretazioni applicative uniformi di norme tecniche.

Il Distretto svolge la funzione di:

- programmazione delle attività e dei servizi territoriali, di concerto con i Direttori dei Dipartimenti territoriali;
- negoziazione, con l'Alta Direzione, e per il territorio di competenza, del budget (obiettivi e risorse) e delle

attività ad esso connesse, avvalendosi dei Direttori di Dipartimento;

- gestione, di concerto con i Direttori di Dipartimento, delle risorse assegnate ai Dipartimenti stessi;
- verifica delle attività erogate e degli obiettivi della programmazione dipartimentale;
- coordinamento e raccordo interdipartimentale, con i servizi distrettuali e la Medicina di Base.

Il Distretto concorre inoltre con l'Alta Direzione alla valutazione dei Direttori dei Dipartimenti territoriali.

Distretto e Servizi sociali aziendali

Il Servizio Sociale Aziendale è l'articolazione organizzativa dell'Azienda USL, con competenze trasversali a tutte le strutture e servizi, deputata a garantire le seguenti funzioni:

- proporre alla Direzione aziendale azioni progettuali ed indirizzi operativi per l'integrazione socio-sanitaria;
- supportare la Direzione aziendale ed i Distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli d'intesa nel campo dell'integrazione socio-sanitaria;
- coordinare, sul piano tecnico, le attività relative alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché alle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, mediante la predisposizione di indirizzi operativi, standard di attività, criteri di valutazione e di interpretazione applicativa uniforme di norme nelle materie di

competenza, in applicazione degli Atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionale;

- programmare, in collaborazione con lo staff e con le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale.

A livello di organizzazione aziendale, l'integrazione socio-sanitaria è garantita:

- *dal punto di vista gestionale, dal Distretto* quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;
- *dal punto di vista funzionale, dal Servizio Sociale Aziendale* quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL deputata al coordinamento tecnico.

Il Servizio Sociale Aziendale ed i Distretti operano in stretta collaborazione in tutte le aree oggetto di integrazione socio-sanitaria, condividendo linee di indirizzo, strategie, azioni, strumenti e percorsi operativi rispetto ai quali le UU.OO. Servizi Sociali distrettuali rappresentano l'elemento di connessione e di garanzia.

La qualificazione delle cure domiciliari

Il peso crescente della disabilità, dell'invecchiamento della popolazione e della non autosufficienza, a fronte della riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e la trasformazione degli

ospedali in strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità, impone il trasferimento a domicilio di competenze specialistiche tipiche della degenza ospedaliera.

Il modello adottato in una prima fase è stato quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), definito come un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia), rese a domicilio e a termine. (PSN 1991-1995 e seguenti)

Attualmente, con l'uso sempre più diffuso del termine di "Cure domiciliari", si tende al superamento di un'accezione riduttiva e artificiosa dell'ADI, che implica una preselezione dei pazienti all'interno di un numero più consistente di assistiti a domicilio e a prendere atto che rendicontare l'assistenza domiciliare solo in termine di ADI significa disconoscere le numerose altre prestazioni erogate a domicilio, che non necessitano di una integrazione e di uno stretto coordinamento tra le figure professionali.

Le Cure domiciliari infatti non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili a domicilio, rappresentate anche dalle prestazioni erogate dai servizi materno infantile, psichiatrico e per le tossicodipendenze e con tale termine si vuol distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Le Cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone di tutte le età non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Dal punto di vista operativo è l'insieme dei metodi operativi e dei modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia, servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria ai più bisognosi di cure sanitarie e a garantire la continuità

terapeutica ed il coordinamento tra i diversi produttori di prestazioni sociali e sanitarie.

Gli obiettivi principali delle Cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Il progetto delle reti cliniche

Una promettente risposta alle sfide, che la specializzazione e la ricerca di un equilibrio tra centralizzazione e decentramento pongono all'ospedale, è rappresentata dall'organizzazione in rete.

Una rete può essere definita come un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continuative di vario tipo. La concettualizzazione della rete è fondata sulla specializzazione: se ciascun nodo della rete si concentra sulle attività nelle quali è più abile, si migliorano sensibilmente sia la qualità del prodotto, sia i costi di produzione. Pertanto, una rete si caratterizza per la specializzazione del ruolo di ciascuno dei nodi che la compongono e per la messa in comune di alcuni servizi che si possono sensibilmente avvantaggiare delle economie di scala.

Il senso della rete è produrre sinergie tali da realizzare un risultato superiore alla semplice somma delle parti: in una rete efficace tutti guadagnano dall'essere inseriti nella rete ed è la capacità di saper

individuare il proprio ruolo e di esercitarlo in modo coerente a consentire il successo della rete.

Le reti cliniche sono gruppi di professionisti od organizzazioni sanitarie, legati fra loro, che lavorano in maniera coordinata e non sono costretti da legami istituzionali, con l'obiettivo di fornire prestazioni di alta qualità e clinicamente appropriate ed efficaci. L'assenza di legami formali fra le parti del sistema reticolare sposta l'attenzione dalle organizzazioni ai pazienti.

Le reti cliniche possono essere specifiche per patologia (ad esempio, tumori), per specialità (ad esempio, chirurgia vascolare) o per funzione (ad esempio medicina dell'emergenza). Le reti cliniche supportate dalla "information technology" offrono l'opportunità di integrare più strettamente l'assistenza ospedaliera e l'assistenza primaria. Il cuore delle reti cliniche è costituito dalla condivisione di percorsi assistenziali coordinati ed integrati.

Generalmente per percorso clinico si intende una sequenza di trattamenti medici da fornire in presenza di specifiche patologie; il percorso assistenziale, invece, è un percorso clinico inserito in un insieme di relazioni organizzative ed, eventualmente, istituzionali, ovvero l'insieme delle azioni, delle relazioni e delle transazioni che possono garantire al cittadino la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni ed un approccio personalizzato.

Un percorso assistenziale che risponda ai caratteri della multiprofessionalità e che garantisca l'integrazione e la continuità dell'assistenza deve comporsi dei seguenti elementi:

- la definizione esplicita degli obiettivi assistenziali attesi;
- l'insieme delle azioni necessarie, ordinate temporalmente;
- l'individuazione dei professionisti da coinvolgere ed i loro rispettivi ruoli e contributi;
- i criteri e le misure per la valutazione della sicurezza, dell'appropriatezza e della efficacia del trattamento.

Quindi, la rete clinica deve garantire un'organizzazione dell'assistenza disegnata intorno al paziente e prevenire la frammentazione e la dispersione che spesso caratterizzano l'attuale organizzazione dei servizi sanitari.

Il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza devono riguardare, perciò, sia la fase intra-ospedaliera del trattamento, sia, dove necessaria, quella extra-ospedaliera; le reti cliniche, conseguentemente, devono articolarsi sia all'interno, sia all'esterno dell'ospedale.

Il valore aggiunto delle reti cliniche è che si focalizzano sui problemi clinici e creano un'organizzazione organica e flessibile, che è in grado di rispondere bene ai cambiamenti ambientali.

Le reti possono essere organizzate secondo tre direttrici:

1) Rete ad integrazione verticale (hub and spoke)

Le reti ad integrazione verticale sono insiemi coordinati di strutture sanitarie che operano in differenti livelli assistenziali con l'obiettivo di pianificare il percorso assistenziale del paziente ed assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni previste dal suddetto percorso nell'ambito delle strutture che fanno parte della stessa rete; la rete integrata verticalmente ha due obiettivi prioritari: fornire delle economie di scala che derivano dalla condivisione di servizi ed assicurare la continuità assistenziale, poiché tutti i nodi della rete condividono linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici. La traduzione organizzativa del modello di rete sanitaria ad integrazione verticale è il cosiddetto sistema "hub and spoke", che prevede la concentrazione della assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (hub), supportati da una rete di servizi (spoke) cui compete il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Il concetto che sta alla base di questo modello è che i legami all'interno della stessa specialità in diversi ospedali sono più importanti dei legami fra differenti specialità all'interno dello stesso ospedale. Il modello implica una gerarchia ed è, quindi, adatto a prestazioni di assistenza altamente specialistica. Le unità periferiche (spoke) partecipano alla gestione globale del paziente, garantendone il primo trattamento, l'eventuale invio all'hub e la ripresa in carico per il follow-up. La condivisione fra hub e spoke di protocolli assistenziali uniformi garantisce che il percorso assistenziale sia erogato in modo unitario e integrato, anche se le prestazioni sono erogate da strutture differenti.

Il principio teorico di riferimento cui ispirarsi è rappresentato dal governo del percorso clinico (in particolare la selezione e l'invio dei pazienti), esso deve prevedere protocolli a garanzia dell'appropriatezza d'intesa tra hub e unità periferiche (spoke); il paziente, dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up (l'osservazione).

Si dovranno individuare:

- i criteri di ammissione dei pazienti e le priorità di accesso;
- i tempi e le liste di attesa differenziate per gli hub e spoke;
- i criteri di dimissione e re-invio allo spoke;
- le modalità di gestione integrata della documentazione relativa al paziente.

Il modello hub and spoke in Umbria va sviluppato in particolare nelle seguenti aree di alta complessità che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie coinvolte:

- Emergenza/urgenza
- Patologia cardiovascolare

- Patologia neurocervicovascolare
- Patologia traumatica
- Oncologia

Tali reti ad integrazione verticale si avvalgono naturalmente delle strutture di alta specialità delle Aziende Ospedaliere, cioè di quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza e sono, per loro natura, fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

2) Rete ad integrazione orizzontale

Le reti ad integrazione orizzontale sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative.

Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o area di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini della nostra regione lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

La rete ad integrazione orizzontale è quindi la rete:

- dell'offerta di vocazione storica di ogni U.O. Le U.O. si sono strutturate autonomamente seguendo una linea vocazionale spesso legata a professionisti specifici o ad offerte di particolare qualità dei servizi, queste realtà andranno riconosciute, connotate specificamente e inserite nell'offerta dei servizi di rete.

- dell'offerta di servizi non ridondanti. La configurazione dei servizi in rete orizzontale regionale deve essere ispirata a criteri di compatibilità con le evidenze epidemiologiche, va quindi rigettato ogni tentativo di ipotizzare spazi teorici di attrazione verso bacini extraregionali che giustifichino offerte ipertrofiche .
- dei servizi di standard qualitativi predefiniti. I requisiti di ogni nodo della rete debbono essere condivisi ed ispirarsi alle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali relativamente alla dotazione tecnologica, di personale e di volumi di attività compatibili con una offerta qualitativamente elevata
- dell'equità di accesso a cure appropriate. La rete dei servizi ad integrazione orizzontale deve garantire ad ogni cittadino di poter trovare risposte ai suoi bisogni di cure ospedaliere all'interno della Regione, i nodi della rete devono , quindi anche tenere conto della distribuzione geografica della rete evitando concentrazioni o duplicazioni in ambiti territoriali ristretti.

In sintesi tale modello valorizza le singole realtà tecnico-professionali e assicura un maggior livello di equità di accesso a prestazioni appropriate.

Questo modello andrà applicato nelle seguenti aree:

- Rete delle cure materno/infantili
- Rete delle cure chirurgiche

3) Rete dei centri di riferimento clinico-assistenziale

Il modello con presenza di uno o più Centri di Riferimento clinico-assistenziale è strutturato per l'erogazione di particolari prestazioni il cui percorso-clinico assistenziale può esaurirsi in un unico presidio indipendentemente dalla tipologia di ospedale.

Si definisce quindi un sistema di centri che, per l'expertise professionale di alto livello e di alta qualificazione, sviluppato nel tempo in un rapporto sinergico tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Perugia, costituisce riferimento per patologie ad impatto epidemiologico basso e quindi trattabili in un numero ridotto di centri che esauriscono al loro interno il percorso diagnostico terapeutico.

Si prevede quindi una ristrutturazione dei Centri di Riferimento Regionali (CRR) in base ai seguenti criteri:

Analisi epidemiologica del bisogno sanitario da soddisfare;

Documentazione delle attività svolte;

Conformità agli standard regionali, nazionali ed internazionali.

I centri di riferimento saranno quindi il nodo regionale di una più vasta rete nazionale e a questa si rapporteranno nel rispetto, comunque, della programmazione regionale

B1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

Come anticipato dall'analisi della situazione demografica ed epidemiologica, i fenomeni caratterizzanti lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione umbra sono da tempo rappresentati dall'invecchiamento e dalla connessa diffusione delle malattie cronico-degenerative.

B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali

Il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) e il Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) consentono di descrivere la frequenza dei tumori maligni in Umbria grazie ai dati di incidenza e di mortalità.

Nel triennio 2003 -2005, il numero medio annuo di casi, esclusi i carcinomi della pelle, in Umbria è stato di 2986 nei maschi e di 2302 nelle femmine.

Nei maschi il tumore più frequente è quello della prostata, seguito da quello del colon retto e del polmone; tali sedi rappresentano la metà di tutti i tumori negli uomini. L'incidenza, infatti del tumore della prostata e del colon retto è andata aumentando mentre quella del tumore al polmone ha subito un notevole decremento.

Nel sesso femminile la graduatoria della frequenza delle diverse sedi di neoplasia è rimasta pressoché invariata: rimane al primo posto la mammella, che rappresenta un terzo di tutti i tumori, seguita dal colon retto e dallo stomaco. Nelle femmine è aumentata l'incidenza di tumore della mammella e di tumori alla tiroide mentre è diminuita notevolmente l'incidenza del tumore allo stomaco.

**Fig. 8 – Tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005
(Fonte RTUP)**

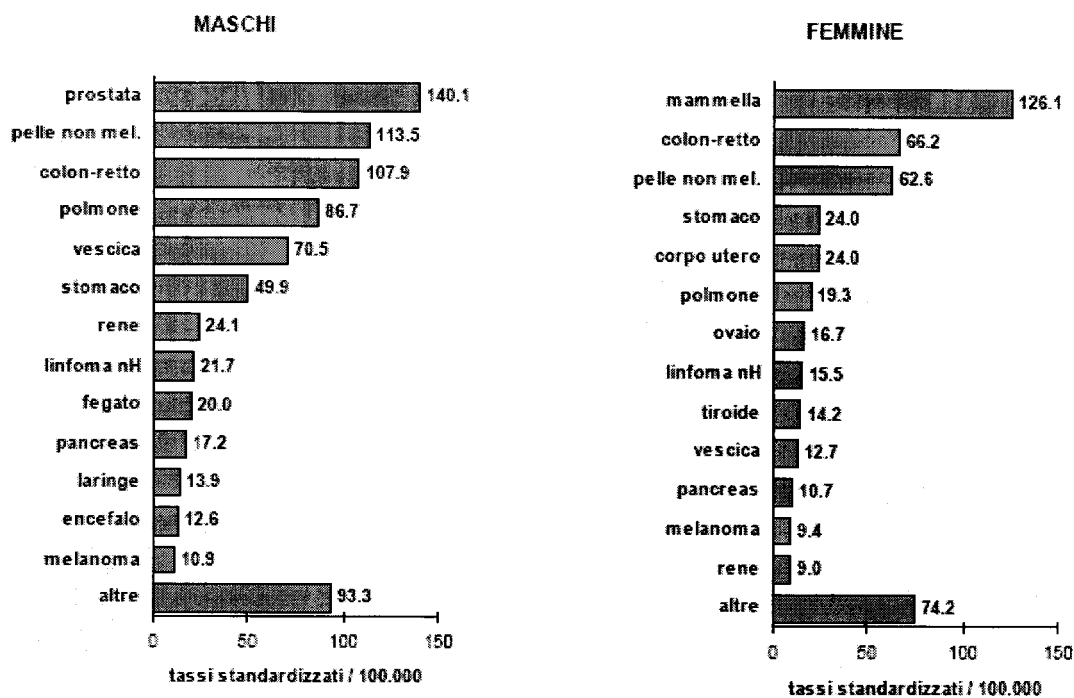
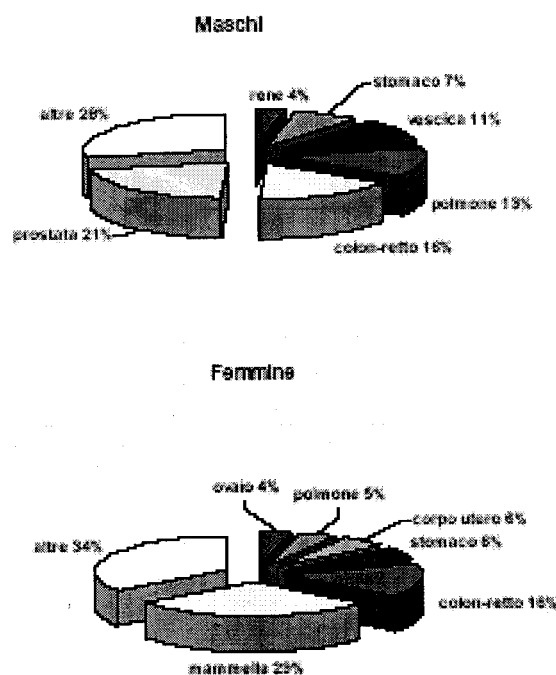


Fig. 9 - Distribuzione percentuale dei tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005 (escluso i carcinomi della pelle, C44, ICD-10) (Fonte RTUP)



La disabilità in Umbria

In merito alla disabilità, i dati più recenti e affidabili in nostro possesso, concernenti l'Italia e l'Umbria, provengono dall' "Indagine Multiscopo sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 2004-2005" realizzata dall'ISTAT. Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di

autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e di livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.

Nell'ambito dell'indagine viene assunta questa definizione:

è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

Per confinamento si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali

attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

È infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL (Activities of Daily Living – Attività della Vita Quotidiana) costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione. La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che la stima derivante dall'indagine si riferisce alle persone che vivono in famiglia - le unità finali di campionamento sono infatti le famiglie - e non tiene conto quindi degli individui residenti permanentemente in istituzioni. Tra questi ultimi sono senz'altro presenti quote non trascurabili di disabili presumibilmente con elevati livelli di gravità (basti pensare alle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti). Tuttavia, poiché in Italia i disabili vivono molto frequentemente in famiglia, l'effetto in termini di sottostima della consistenza del fenomeno risulta abbastanza contenuto.

L'indagine comunque, pur tenendo conto dei limiti degli strumenti utilizzati e della complessità ed eterogeneità del fenomeno, rappresenta la principale fonte statistica a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche socio-demografiche, degli stili di vita e dello stato di salute delle persone disabili.

Accanto al fenomeno della disabilità, l'indagine rileva anche alcuni specifici tipi di invalidità: invalidità di tipo motorio, insufficienza

mentale, cecità, sordomutismo e sordità. Si tratta di dimensioni non perfettamente sovrapponibili alle corrispondenti tipologie di disabilità, e ciò sia per il differente approccio concettuale sottostante i due fenomeni, sia per le differenze negli strumenti adottati. Rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi. L'invalidità, invece, è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza. Il fenomeno quindi è rilevato, a differenza di quanto avviene per la disabilità, anche per i bambini fino a 6 anni. Inoltre gli strumenti adottati per la rilevazione non sono confrontabili: la disabilità deriva infatti da una sintesi di quesiti, l'invalidità è rilevata invece in termini di presenza e assenza della specifica menomazione dichiarata dagli intervistati. In altri termini può accadere che una persona presenti un'invalidità motoria per mancanza o anchilosi di un arto, ma ricorrendo al supporto di una protesi o di altro apparecchio, risulti non dipendente al punto da presentare una disabilità motoria. Al contrario, una persona che non presenta menomazioni negli arti ma, ad esempio, a causa dell'avanzata età, non riesce a muovere qualche passo senza ricorrere all'aiuto di altre persone, presenta una disabilità motoria pur non dichiarandosi invalido motorio.

Per un dimensionamento del fenomeno è stato rilevato il numero di disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione (Tabella 11) e di disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione (Tabella 12) per l'Umbria e per l'Italia.

TABELLA 11 – Disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

Compresenza di disabilità	Frequenza		% Popolazione	
	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Confinamento	23.854	1.141.538	2,8	2,0
Difficoltà nel movimento	18.465	1.240.460	2,2	2,1
Difficoltà nelle funzioni	35.114	1.669.523	4,1	2,9
Difficoltà della comunicazione	13.163	576.796	1,5	1,0
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

TABELLA 12 – Disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

Compresenza di disabilità	Frequenza		% Popolazione	
	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Una sola disabilità	20.279	1.235.247	2,4	2,1
Due disabilità	14.433	819.307	1,7	1,4
Tre disabilità	11.179	464.817	1,3	0,8
Quattro disabilità	1.866	90.001	0,2	0,2
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

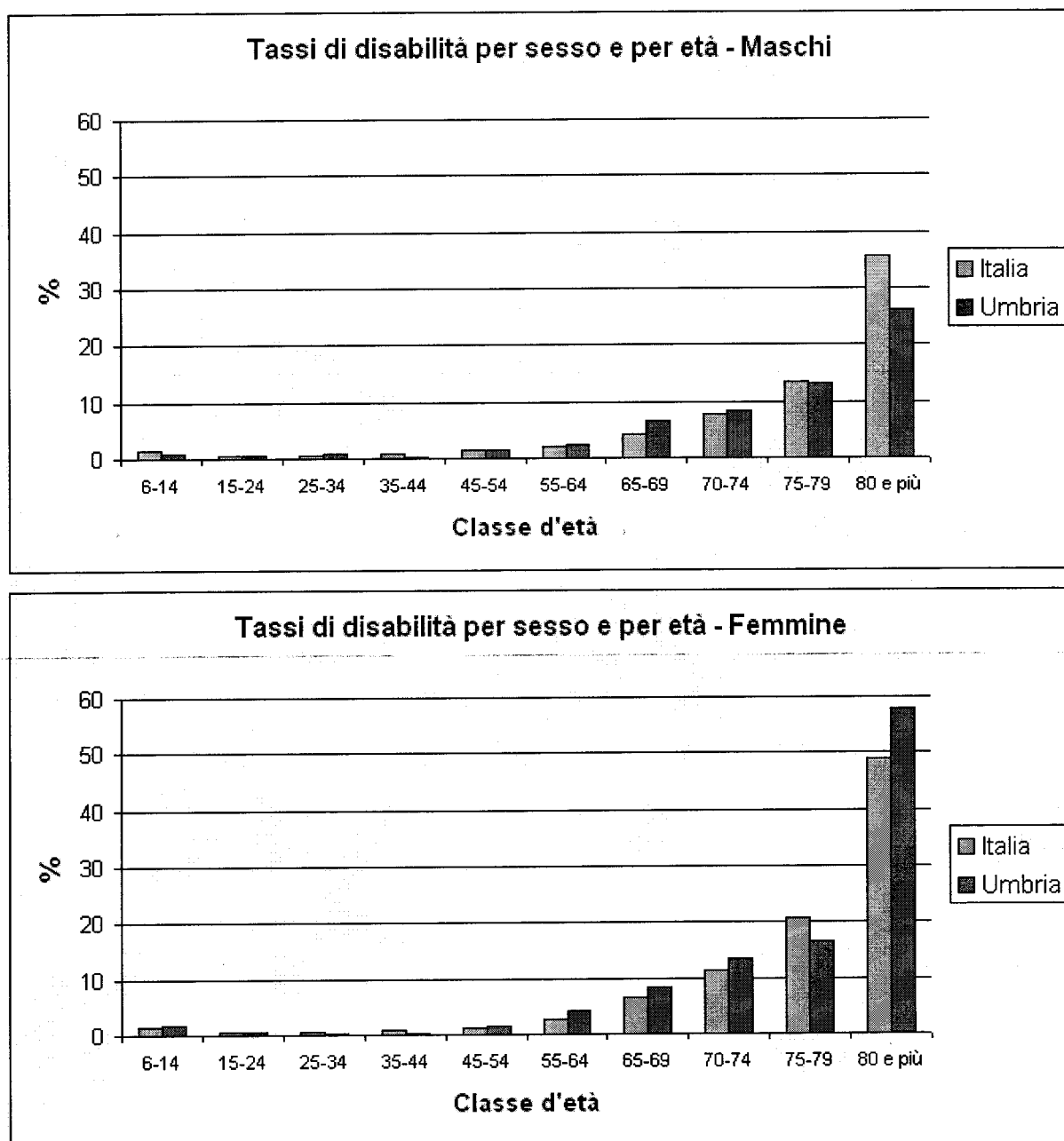
Sono stati stimati inoltre i tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone (Tabella 13 - Figura 10). L'incidenza della disabilità in Umbria sembra in larga parte ascrivibile alle donne anziane.

TABELLA 13 – Tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

Classi d'età	Maschi		Femmine	
	Umbria	Italia	Umbria	Italia
6-14	0,8	1,6	1,7	1,6
15-24	0,5	0,6	0,7	0,6
25-34	0,9	0,7	0,4	0,6
35-44	0,4	1	0,3	0,9
45-54	1,4	1,4	1,4	1,3
55-64	2,4	2,2	4,2	2,7
65-69	6,5	4,3	8,4	6,5
70-74	8,5	7,7	13,4	11,4
75-79	13,2	13,4	16,6	20,8
80 e più	26,0	35,8	57,8	48,9

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

FIGURA 10 - Tassi di disabilità per sesso e classe d'età, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.



Sono stati stimati inoltre i tassi di invalidità per cento persone (Tabella 14 - Figura 11). Se confrontiamo l'Umbria con l'Italia notiamo una presenza di invalidità sempre superiore alla media

nazionale indipendentemente dalla tipologia di invalidità considerata. Se facciamo il confronto con altre regioni per tipo di invalidità emergono i seguenti risultati:

- per invalidità motoria risultano colpiti il 3,51 per cento degli umbri e siamo secondi solo al Veneto;
- per insufficienza mentale siamo al 1,29 per cento superati solo da Calabria, Basilicata e Provincia di Bolzano;
- per malattia mentale siamo terzi con 1,3 per cento;
- per sordità siamo primi con il 3,25 per cento.

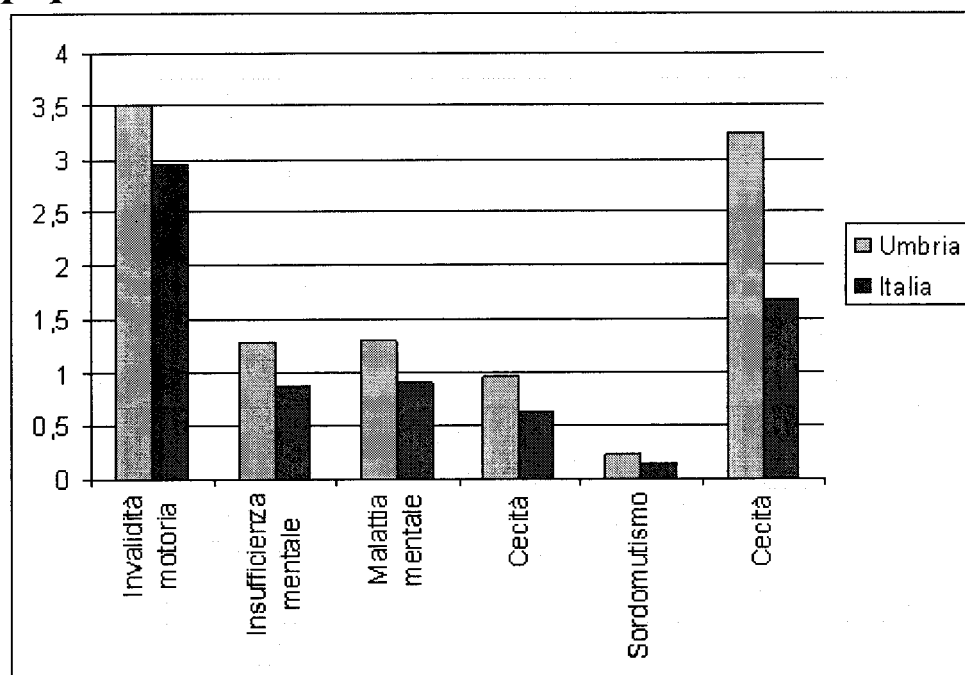
Va detto che le osservazioni derivano da un contesto epidemiologico in cui la variabilità territoriale è ampia e difficilmente interpretabile.

TABELLA 14– Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

Invalidità	% Popolazione	
	Umbria	Italia
Invalidità motoria	3,51	2,96
Insufficienza mentale	1,29	0,87
Malattia mentale	1,3	0,9
Cecità	0,95	0,62
Sordomutismo	0,23	0,14
Cecità	3,25	1,67

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

FIGURA 11 - Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.



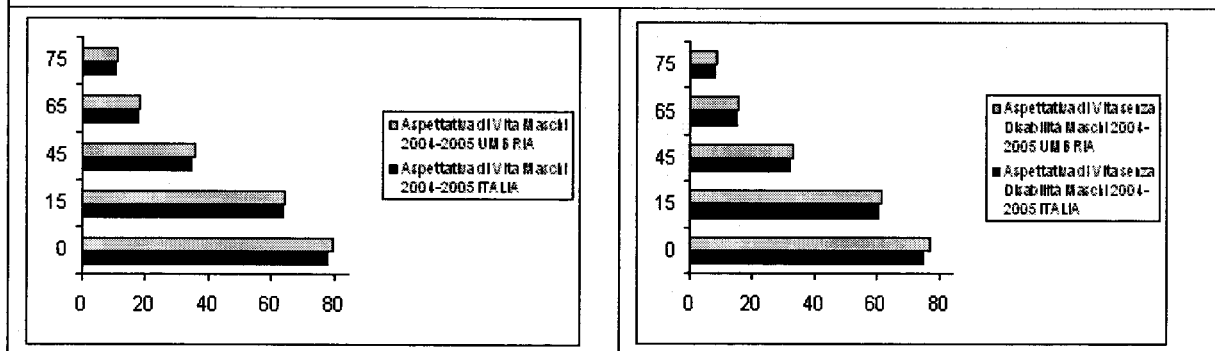
Inoltre è stata stimata la speranza di vita totale e senza disabilità in anni (Tabella 15 – Figura 12). In termini assoluti l'Umbria presenta, in confronto con l'Italia una aspettativa di vita totale e libera da disabilità più elevate sia per i maschi che per le femmine, tuttavia la percentuale di vita attesa senza disabilità sul totale presenta in Umbria percentuali inferiori per la popolazione femminile (conseguenza della maggiore disabilità stimata per le femmine nelle varie classi di età). Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un' incremento per i maschi e per le femmine della speranza di vita libera da disabilità. La speranza di vita libera da disabilità viene stimata usando due informazioni: la frazione di popolazione sopravvivenza a ciascuna età, calcolata con i tassi di nascita e di morte e la prevalenza di disabilità a ciascuna età.

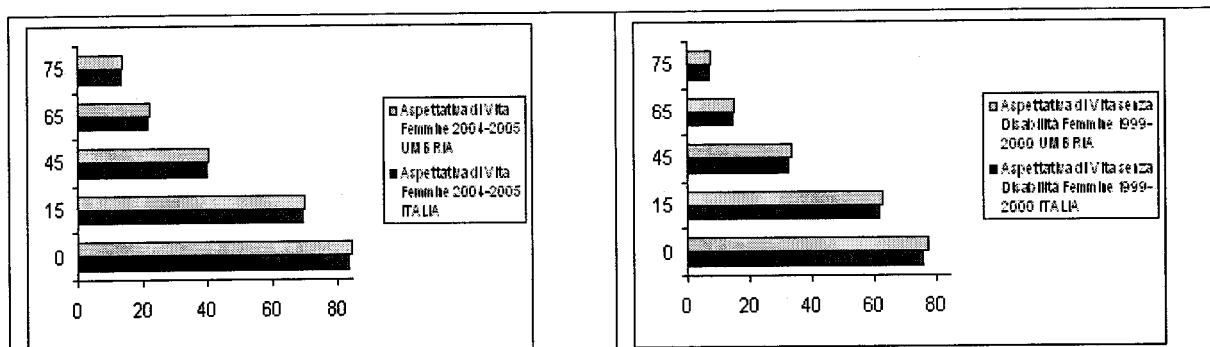
TABELLA 15 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

Età	Classe di età	Aspettativa di vita totale		Aspettativa di vita senza disabilità		% Aspettativa di vita senza disabilità/Aspettativa di vita totale	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia							
0	0-14	77,9	83,7	74,8	77,9	96,0%	93,1%
15	15-24	63,4	69,1	60,5	63,5	95,4%	91,9%
45	45-64	34,7	39,7	32,2	34,3	92,8%	86,4%
65	65-74	17,4	21,4	14,9	16,1	85,6%	75,2%
75	75	10,6	13,3	8,1	8,3	76,4%	62,4%
Umbria							
0	0-14	79,7	84,3	77,0	77,8	96,6%	92,3%
15	15-24	64,2	69,7	61,6	63,4	96,0%	91,0%
45	45-64	35,4	40,4	32,9	34,1	92,9%	84,4%
65	65-74	18,1	22,1	15,7	16,0	86,7%	72,4%
75	75	10,9	13,8	8,8	8,3	80,7%	60,1%

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 - 2005

FIGURA 12 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni) , confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.





Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un incremento significativo dell'aspettativa di vita senza disabilità, obiettivo lontano stando alle stime 2004 ed inferiore al dato nazionale (Tabella 16).

TABELLA 16 – Incrementi speranza di vita senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria. Anni 1999-2000 vs. 2004-2005.

Età	Classe di Età	Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Umbria		Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Italia	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	0-14	2,3	0,5	2,0	1,9
15	15-24	1,3	0,4	1,8	1,7
45	45-64	1,2	0,3	1,8	1,6
65	65-74	1,1	0,6	1,4	1,4
75	75	0,9	0,8	1,1	1,2

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

Nella Tabella 17 si riportano infine i rapporti percentuali tra anni vissuti in disabilità e anni totali, sia per la popolazione italiana che per quella umbra, confrontati per gli anni 1999-2000 e 2004-2005, che rappresentano un indicatore molto importante ai fini della valutazione dell'incidenza sulla programmazione sanitaria. Ovviamente la percentuale di anni attesi vissuti in disabilità cresce con l'età raggiungendo valori più elevati nel caso delle donne anziane a causa della loro maggiore longevità. In pratica la proporzione tra anni vissuti in disabilità e anni in totale è rimasta invariata mentre sarebbe stato preferibile che gli anni vissuti in disabilità non fossero aumentati in valore assoluto.

**TABELLA 17 – Rapporto speranza di vita con
disabilità/speranza di vita totale (percentuale), confronto Italia
e Umbria. Anni 1999-2000 vs. 2004-2005**

Età	Classe di Età	Umbria				Italia			
		1999-2000		2004-2005		1999-2000		2004-2005	
		Maschi	Fem.	Maschi	Fem.	Maschi	Fem.	Maschi	Fem.
0	0-14	3,0	6,7	3,4	7,6	4,2	7,4	4,0	6,9
15	15-24	3,7	8,0	4,1	9,1	4,7	8,7	4,6	8,1
45	45-64	6,8	14,0	7,2	15,5	8,2	14,8	7,2	13,6
65	65-74	13,3	25,7	13,4	27,5	16,7	27,2	14,4	24,8
75	75	21,7	40,3	19,5	40,3	27,8	42,3	23,6	37,6

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

In Umbria la disabilità è una priorità più che altrove:

- in termini assoluti il numero di disabili da assistere rispetto alla popolazione è il più alto del paese;
- in termini di tassi per età si verifica comunque un eccesso rispetto ad altre regioni centrosettentrionali;
- la disabilità appare essere in parte una causa ed in parte una conseguenza della disuguaglianza delle opportunità.

B1b 2 Descrizione della strategia

Lo sviluppo delle potenzialità professionali, scientifiche e tecnologiche a disposizione del Servizio Sanitario ha avuto come effetto che molte patologie che richiedevano anche lunghe ospedalizzazioni, oggi siano trattate con degenze giornaliere od addirittura ambulatoriamente mentre l'innalzamento della vita media ha determinato l'aumento delle patologie cronicodegenerative in soggetti anziani che hanno bisogno di assistenza, ma non di ospedalizzazione.

Questo ha determinato, da un lato, l'eccesso di offerta di posti letto di assistenza ospedaliera di base, e dall'altro la crescita di domanda di alta specializzazione e di alte tecnologie per il trattamento di patologie una volta difficilmente curabili e per i trapianti. Pertanto la necessità di un servizio sanitario non è più quello di portare l'assistenza ospedaliera a tutti i livelli territoriali, come negli anni '60, ma di garantire che tutti i cittadini possano accedere al livello di assistenza più "appropriata" per la propria patologia.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN anno 2003-05) ha posto, tra gli obiettivi, il ripensamento della rete ospedaliera e ne ha demandato alle Regioni l'ideazione e la realizzazione all'interno della loro autonomia programmatica. Crescendo il bisogno di servizi socio-sanitari per l'assistenza delle patologie croniche le quali richiedono

molto spesso non solo interventi sanitari, ma anche servizi per la gestione della non-autosufficienza, nasce la necessità di curare il paziente a domicilio e di realizzare forme di ospedalizzazione domiciliare. Queste funzioni assistenziali, se non opportunamente attivate sul territorio, vengono necessariamente ed impropriamente espletate dagli ospedali per acuti. Per questo il PSN ipotizza la possibilità di una riconversione della rete ospedaliera minore, che risulta esuberante sia come posti letto che ricoveri, verso il soddisfacimento dei bisogni più attuali della collettività, con l'obiettivo di potenziare i servizi di Riabilitazione e Lungodegenza per i pazienti anziani e di Hospice per i terminali, ed istituire Ospedali di Comunità e Residenze Sanitarie Assistite.

L'assistenza ospedaliera è ancora il nucleo centrale degli interventi sanitari, ed in essa si concentrano le risorse professionali e tecnologiche più specialistiche e costose, ma è incominciato un processo di "deospedalizzazione" e la Regione Umbria, già con la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 311/97, in linea con le direttive nazionali, ha definito gli indirizzi della riorganizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo di promuovere la massima integrazione tra l'ospedale e i servizi territoriali al fine di migliorare l'efficienza e più in generale la qualità del sistema e delle prestazioni erogate. Il documento prendeva atto a) di una ridondanza di presidi ospedalieri, per altro sostanzialmente non integrati con l'attività territoriale in modo da garantire una continuità assistenziale e che producevano un tasso di ospedalizzazione troppo elevato; b) della necessità di riorganizzare la rete ospedaliera di base, potenziando il territorio e c) della necessità della rottura dell'unicità del modello ospedaliero tradizionale degli ospedali "tutti uguali".

In questo contesto la programmazione regionale successiva, in particolare il PSR 2003-2005, confermato dal PSR 2009-2011, ha previsto, tra le varie misure, il seguente assetto del livello ospedaliero:

- una diversificazione delle macrofunzioni degli ospedali (emergenza, territorio, alta specialità e centri di riferimento regionale per le malattie rare, funzione didattico formativa nelle

sedi universitarie, riabilitazione) che possono tra di loro combinarsi fino a dare luogo alle tre tipologie di ospedale:

- a. l'ospedale di alta specialità, in cui sono compresenti anche le funzioni di ospedale di emergenza, di ospedale di territorio ecc e che nella rete regionale umbra si concretizza negli ospedali di Perugia e di Terni;
- b. l'ospedale di emergenza che svolge anche funzioni di ospedale di territorio con concretizzazioni a Città di Castello, Gubbio (poi Branca), Foligno, Spoleto ed Orvieto;
- c. l'ospedale di territorio che svolge le seguenti funzioni:
 - i. *Pronto soccorso territoriale con efficiente collegamento con gli ospedali dell'emergenza urgenza*
 - ii. *Chirurgia programmata*
 - iii. *Medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie*
 - iv. *Gestione di un modulo di RSA a degenza breve*
 - v. *Forte dotazione di attività specialistiche ambulatoriali e strumentali*
 - vi. *Integrazioni assistenziali tra reparti medici e mmg.*

Tali scelte organizzative, supportate da una forte integrazione tra programmazione sanitaria e programma degli investimenti, hanno comportato:

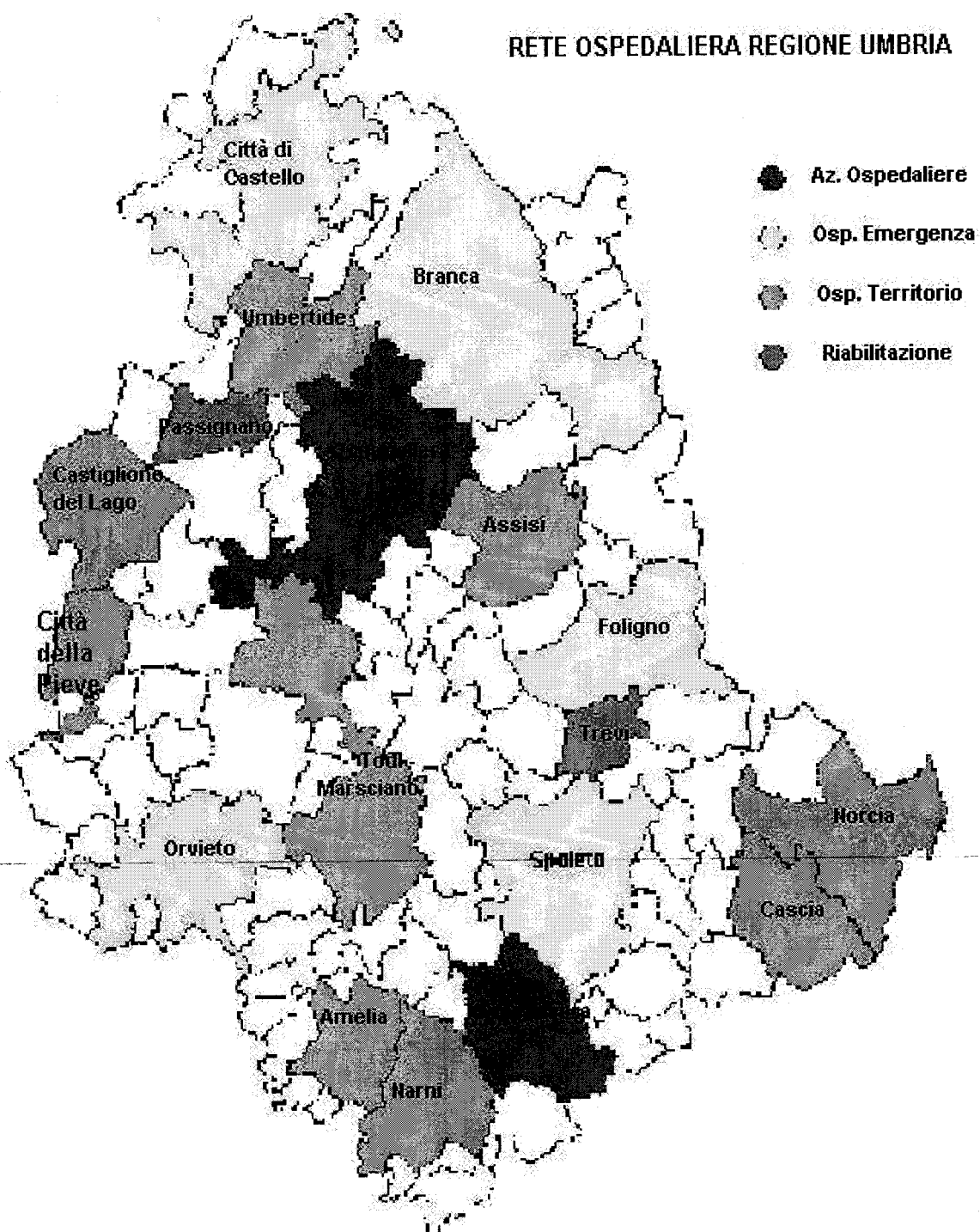
- La realizzazione del Polo unico ospedaliero-universitario dell'Azienda ospedaliera di Perugia, unificando l'attività strutturata su due stabilimenti e la realizzazione del DEU-Blocco operatorio presso L'Azienda Ospedaliera di Terni;
- Il rinnovamento quasi completo della rete degli ospedali dell'emergenza, attraverso la realizzazione dei nuovi ospedali di Città di castello e di Branca, derivante dall'accorpamento dei presidi di Gubbio e di Gualdo Tadino, di Foligno, di Orvieto e la ristrutturazione dell'Ospedale di Spoleto;
- La riorganizzazione della rete degli ospedali di territorio attraverso la riconversione di alcuni piccoli ospedali,

inserendoli e valorizzandoli all'interno di un'offerta sanitaria su base aziendale (strutture riabilitative, ospedali di comunità, centri di salute) o attraverso la previsione di un loro l' accorpamento che ha permesso di dare dignità di presidio di territorio a strutture che inevitabilmente avrebbero, in caso contrario, intrapreso la via del declino esponendo i cittadini a gravi rischi e gli operatori ad una frustrante deprofessionalizzazione.

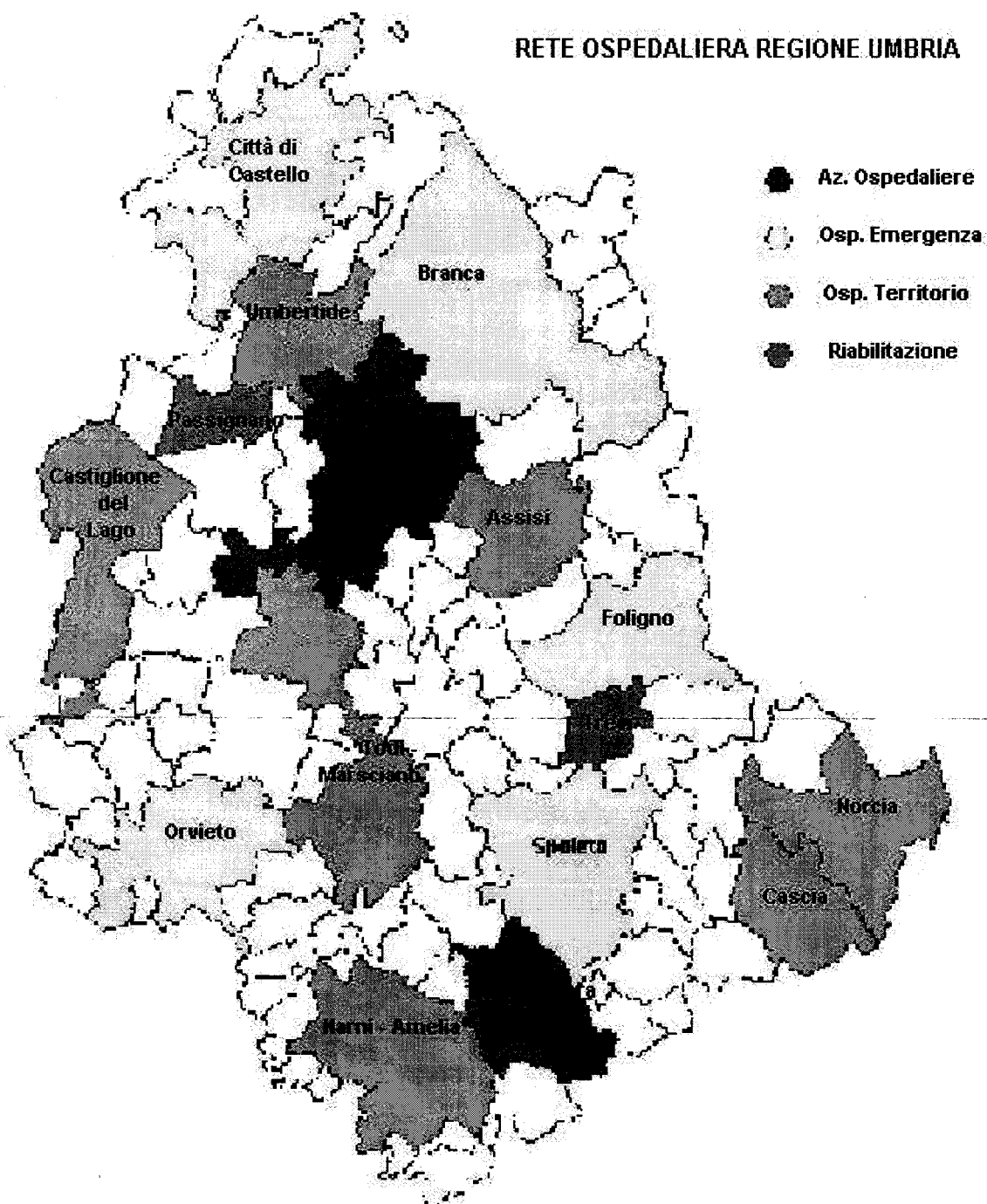
Esempi evidenti di tale ultima impostazione sono l'ospedale di Todi - Marsciano, in via di completamento, a cui si aggiungeranno Castiglione del Lago - Città della Pieve e Narni- Amelia, per i quali è stata ultimata la progettazione preliminare e che sono oggetto del presente documento programmatico.

Nella figura seguente è evidenziata la localizzazione degli stabilimenti ospedalieri attualmente attivi

RETE OSPEDALIERA REGIONE UMBRIA



Nella figura seguente viene indicata la localizzazione dei due nuovi ospedali di territorio da realizzare .



Il sistema informativo come strumento di integrazione e di supporto alla rete ospedaliera e alle reti cliniche

La Regione Umbria insieme alle sue Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere ha investito negli ultimi anni risorse consistenti nel settore delle tecnologie informatiche. Alcuni degli obiettivi di informatizzazione di base e di omogeneizzazione dei sistemi sono stati raggiunti, Si sono realizzati investimenti infrastrutturali, sono stati avviati processi di integrazione dei sistemi sul territorio regionale. In particolare la regione Umbria ha realizzato il **Sistema Informativo Sanitario Integrato, "SIIS Umbria"** articolato in sotto sistemi quali l'anagrafe unica degli assistibili, il sistema unico di prenotazione "CUP Umbria", e la piattaforma ERP-SAP unica per tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali. Nell'ultimo anno è stata avviata la revisione della Rete di comunicazione al fine di rendere l'infrastruttura di scambio dati aderente agli standard del sistema pubblico di connettività (SPC).

Attraverso il SIIS la Regione Umbria può oggi contare su un sistema informativo omogeneo, almeno per molti aspetti amministrativi e gestionali, che consente, una conduzione coerente di molti processi e attività gestionali a livello locale ed una conseguente tempestività e uniformità nella raccolta dati a livello regionale per le attività di monitoraggio e controllo del SSR. Sempre nuovi ambiti di attività assistenziale sono oggetto di rilevazioni puntuali (riferite cioè alla singola prestazione). Ogni anno vengono istituiti nuovi flussi di governo sia a livello regionale che nazionale. La crescente necessità di ottenere informazioni specifiche su tutte aree di attività sanitaria con la conseguente attenzione alla qualità e alla tempestività dei dati, ha reso la raccolta dati a supporto delle attività di valutazione e governo, molto complessa e onerosa sia per la Regione che per le Aziende sanitarie. La Regione Umbria, consapevole dell'indispensabile supporto del SIIS, proseguirà nel processo di informatizzazione integrata su scala regionale, che è di alta qualità, in modo da garantire il supporto

informatico all'intero processo assistenziale e la simultanea disponibilità e tempestività delle informazioni per le attività di monitoraggio e controllo.

L'obiettivo strategico nel quale si concentrano i prossimi investimenti è lo sviluppo del sistema informativo sanitario integrato (SIIS) negli ambiti più strettamente clinici.

Il SIIS Umbria ad oggi è principalmente una piattaforma integrata di sistemi gestionali e amministrativi quali l'anagrafe, il Sistema di prenotazione Cup, la piattaforma economico-finanziaria SAP. Condizione di base è stata la realizzazione della piattaforma infrastrutturale che garantisce le regole, i dizionari, i linguaggi comuni: (anagrafe degli assistiti, anagrafe strutture, anagrafe degli operatori, nomenclatori delle prestazioni, dizionari di codifica ecc.)

Oggi stiamo lavorando allo sviluppo di nuove aree progettuali di integrazione dei sistemi informativi aziendali, legate ai processi assistenziali quali i sistemi diagnostici (laboratori, radiologie, anatomie patologiche) e clinici (sistemi per la gestione del reparto, automazione della prescrizione farmaceutica, cartella clinica oncologica).

Il progetto porterà alla realizzazione di sistemi informativi clinici fortemente integrati sul territorio regionale qualificanti per il modello assistenziale delle reti cliniche.

Le dimensioni contenute dell'Umbria consentono infatti di connettere in rete servizi omogenei attraverso un sistema informatico regionale unico.

Nel previsto modello di Rete Verticale il SIIS rappresenta l'infrastruttura che permette la condivisione delle informazioni cliniche del paziente tra i servizi periferici di primo contatto ed i centri di riferimento, lungo tutto il percorso di cura. In questo modello il sistema informativo unico garantisce in primo luogo la sicurezza e la migliore qualità delle cure attraverso la tracciatura del processo assistenziale e la condivisione di informazioni tra i professionisti.

Nel modello di Rete Orizzontale invece, il sistema informativo garantisce la cooperazione, la condivisione delle conoscenze e la specializzazione dei vari nodi della rete: esso consente di unificare "virtualmente" servizi omogenei come parti di un'unica organizzazione.

Il modello delle reti, paradigma fondante del Piano Sanitario dell'Umbria, viene realizzato quindi attraverso il supporto infrastrutturale del Sistema informativo sanitario integrato che ne diventa lo strumento strategico di attuazione.

La progettualità della Regione Umbria, condivisa con le proprie Aziende sanitarie ed ospedaliere si articola operativamente in più aree di lavoro con il macro obiettivo comune di integrare, su scala regionale, i sistemi informativi clinici della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

L'area progettuale che si affronta in questo documento è quella più strettamente connessa alla rete ospedaliera; naturalmente essa ha forti integrazioni con i servizi territoriali, in particolare nel progetto di repository regionale dei referti che può considerarsi l'infrastruttura di base per la realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico del cittadino.

Sistema informativo integrato della rete ospedaliera regionale

Il Sistema informativo ospedaliero di ciascuno degli ospedali umbri si presenta ad oggi con un buon livello di informatizzazione almeno nelle principali aree quali i sistemi diagnostici di radiologia e laboratorio, i sistemi di gestione dei ricoveri, il dipartimento di emergenza urgenza, la gestione delle sale operatorie ecc.

Ciascuna Azienda sanitaria ha intrapreso negli anni un proprio percorso di informatizzazione teso a soddisfare le esigenze di diversi settori e dipartimenti. La situazione attuale perciò mostra diversi stadi di avanzamento e realizzazioni disomogenee che non sempre consentono una semplice integrazione dei diversi sistemi, sia all'interno del singolo ospedale che tra servizi analoghi dislocati su diversi territori.

Il progetto di Sistema informativo integrato della rete ospedaliera ha quindi come principale obiettivo quello di uniformare i diversi modelli di sistema informativo ospedaliero, fin qui implementati, garantendo la salvaguardia degli investimenti più consistenti.

Adeguamento strutturale ed impiantistico

La Regione Umbria ha sempre posto particolare attenzione alla sicurezza, completando la messa a norma degli ospedali con particolare riferimento alla prevenzione incendi e alla vulnerabilità sismica, alla luce delle nuove normative legislative.

Con riferimento all'Aziende ospedaliere di Perugia e Terni e alle Aziende Sanitarie dell'Umbria intende proseguire all'adeguamento impiantistico e funzionale delle strutture sanitarie in applicazione alle norme di sicurezza cogenti ed in particolare con riferimento ai seguenti dispositivi normativi:

1. D.P.R. 14/01/1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*
2. D.M. 380/01 *“Testo Unico per l'edilizia”*
3. D.M.18/09/2002 *“Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private”*
4. D.M.11/01/2010 *“Norme relative all'esercizio in servizio pubblico destinati al trasporto di persone”.*

L'obiettivo primario è quello di procedere alle opere previste per l'ottenimento del Certificato di Prevenzione Incendi (C.P.I.) con particolare riferimento alle strutture ospedaliere di Perugia e Terni.

L'Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia risulta, infatti, rispondente alla normativa di prevenzione incendi per quelle parti edificate ex-novo, mentre, non lo è per quanto riguarda la vecchia struttura ospedaliera. Ciò, oggi, non permette il rilascio del C.P.I., che come noto, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 577/82 può essere rilasciato dal Comando VV.F. competente solo a seguito del completo adeguamento e relativo collaudo dell'intero plesso ospedaliero.

L'Ospedale S.Maria di Terni è stato invece oggetto di interventi di ammodernamento e realizzazioni di nuovi padiglioni che hanno interessato solo una piccola parte della struttura ospedaliera. Il complesso necessita di tutta una serie di interventi che variano dalla necessità di sostituzione di vecchi ascensori e montalettighe, opere di compartimentazione antincendio e adeguamento impiantistici.

Il Centro di Genomica Funzionale

L'Italia in generale e la Regione Umbria in particolare sono in grave ritardo rispetto ai paesi del mondo industrializzato nel processo di trasferimento delle conoscenze generate dal sequenziamento del genoma umano e degli organismi patogeni in nuove tecnologie indirizzate al miglioramento della salute umana. Il Centro di Genomica Funzionale sarà in grado di fornire alla comunità della Regione Umbria una capacità diagnostica senza precedenti a supporto del trattamento dei tumori, della cura con cellule staminali e nei trapianti di organo. Le conoscenze generate dal Centro di Genomica forniranno inoltre alle industrie, locali, e nazionali le opportunità derivanti dall'utilizzazione del sequenziamento genomico ultra rapido e dell'analisi informatica nel campo della diagnosi clinica e nella ricerca industriale. La creazione del Centro di Genomica Funzionale risponde all'esigenza di creare strutture di eccellenza in grado di elaborare i dati generati dalla genomica e di trasferirli sotto forma di conoscenza e prodotti alla comunità per migliorare la salute e la competitività scientifica. L'Italia in questo

campo è in grave ritardo sia per mancanza di competenze scientifiche specifiche sia per una carenza dell'iniziativa politica nazionale in questo settore. Attraverso la progettazione, l'implementazione ed il potenziamento di un nuovo Centro di Genomica si intende contribuire attivamente al miglioramento dell'offerta sanitaria nel campo della diagnosi e terapie di avanguardia ed allo stesso tempo incrementare la competitività del nostro sistema territoriale. Questa infrastruttura all'avanguardia dovrà migliorare le capacità diagnostiche ed il tasso d'innovazione della Regione Umbria, sia in termini costo/beneficio delle procedure di diagnosi, sia in termini di produttività scientifica sia in termini di intensificazione dei processi di ricerca applicata, anche in collaborazione con aziende locali. Sicuramente la presenza del Centro può rappresentare, un volano per il successo di ogni strategia innovativa in quanto capace di formare il capitale umano necessario ad innescare processi innovativi ed a migliorare la frontiera della conoscenza anche grazie alla capacità di attrarre talenti provenienti da altri contesti scientifici. Ad oggi, strutture e tecnologie necessarie per la realizzazione del centro di genomica sono realtà non ancora presenti nel territorio che verrebbero quindi introdotte a seguito della realizzazione del Centro.

Il Centro di Genomica nasce con l'intento di fornire alla comunità nuovi strumenti per la diagnosi e terapia e diventare allo stesso tempo la struttura di riferimento nella ricerca di base ed applicata, oltre ad ambire ad essere un centro didattico di eccellenza attraverso l'attivazione di opportuni corsi di dottorato e attraverso la realizzazione di percorsi specifici di alta formazione, quali master di primo e di secondo livello. Il centro fornirà al servizio sanitario della regione Umbria un formidabile strumento per aggiornare continuamente l'offerta di saggi molecolari che scaturiscono dal progresso delle conoscenze nel campo della genomica e genetica e che trovano applicazione nella diagnosi di tumori e malattie genetiche nello studio della compatibilità genica nei trapianti di tessuti e cellule staminali e nell'indirizzare la terapia genica e

rigenerativa. Il laboratorio di Diagnosi Molecolare fornirà alla Facoltà di Medicina dell'Università di Perugia e più in generale al Servizio Sanitario della Regione Umbria, un potente strumento investigativo per facilitare la diagnosi clinica ed il trattamento di un grande numero di patologie tumorali, degenerative e genetiche. La possibilità di sequenziare e tipizzare in modo tempestivo l'intero genoma di singoli pazienti avrà un impatto senza precedenti sulla capacità operativa e decisionale nella medicina clinica e preventiva traducendosi in benefici tangibili per i pazienti in termini di riduzione dei tempi per la diagnosi e quindi per il trattamento appropriato. Ad esempio il centro di Medicina Preventiva e diagnosi prenatale sarà in grado, grazie al Laboratorio di Diagnosi Molecolare, di identificare prontamente nelle famiglie e nei feti il rischio reale per tutte le malattie genetiche conosciute incluse quelle più rare. Similmente il Centro Trapianti potrà realizzare complesse analisi di compatibilità donatore paziente in modo tempestivo ed accurato. Il laboratorio di Citologia e Patologia Clinica avrà la possibilità di caratterizzare a livello molecolare lesioni degenerative e neoplastiche mentre il laboratorio di Microbiologia Clinica potrà prontamente identificare geni di resistenza ai farmaci in tutti i microorganismi patogeni conosciuti.

Per realizzare questo obiettivo è stata concepita una struttura articolata in diversi laboratori integrati:

- 1) un Laboratorio di Sequenziamento ultramassivo del DNA;
- 2) un Laboratorio di Tipizzazione Genetica;
- 3) un Laboratorio di Bioinformatica;
- 4) un Servizio di Diagnosi Molecolare.

Accessori e strumentali all'attività del centro saranno i laboratori di biologia molecolare, dedicati alla preparazione dei campioni per il sequenziamento (*pre-processing*), e i laboratori di biologia cellulare e di microscopia indispensabili sia nelle fasi di validazione dei risultati del sequenziamento sia nelle fasi di *pre-processing* per la preparazione di campioni cellulari specifici.

Ammodernamento tecnologico

La Regione Umbria ha sempre considerato prioritario potenziare e qualificare l'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l'acquisizione di nuove tecnologie di alta specializzazione, pertanto il Programma Investimenti 2010-2012 prevede in tutte le aziende sanitarie il potenziamento delle attrezzature esistenti, finanziato anche con fondi propri regionali. La D.G.R. n. 1972/2009 di approvazione del più ampio "Programma Pluriennale regionale degli investimenti per la realizzazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie e per l'acquisizione di tecnologie. Anni 2010-2012", infatti, prevede il finanziamento di interventi di ammodernamento tecnologico sia con i fondi di cui al presente Documento Programmatico per euro 17.676.377,05, sia con fondi propri regionali di cui alla L.R. n. 7/04 per euro 7.268.521,75.

B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

B2a 1 Analisi dei problemi e priorità

Si possono individuare cinque tipi di problematiche principali che motivano la strategia adottata con la programmazione regionale degli investimenti:

- 1) la necessità di dimensionare gli stabilimenti ospedalieri rispetto alla domanda di attività per acuti descritta e agli standard di qualità attesi;
- 2) la rapida evoluzione della tecnologia;
- 3) l'evoluzione della normativa per la sicurezza in riferimento all'impiantistica;
- 4) l'eterogeneità del grado di completamento dei sistemi informatici delle strutture

La prima problematica comporta sia duplicazioni di servizi su territori limitrofi o addirittura sullo stesso territorio, con conseguenti maggiori impegni di risorse, sia una scarsa omogeneità delle procedure e della qualità della risposta alle stesse patologie afferenti l'assistenza ospedaliera di base, in differenti stabilimenti ospedalieri.

E' stata quindi individuata, quale priorità, già prevista dal P.S.R. 2003-2005, la realizzazione dei nuovi ospedali di territorio che accorperanno gli esistenti nosocomi di:

- a. Castiglione del Lago e Città della Pieve;
- b. Narni ed Amelia.

Il P.S.R. 2003-2005 prevedeva anche l'accorpamento degli ospedali di Todi e Marsciano nel nuovo Presidio Ospedaliero unico territoriale della Media Valle del Tevere, intervento già realizzato in Località Pantalla del Comune di Todi.

La seconda riguarda i progressi della tecnologia, si ritiene indispensabile finanziare interventi di rinnovo e potenziamento delle attrezzature in quanto la tipologia delle tecnologie utilizzate risulta determinante per migliorare l'efficienza delle strutture in termini di tempestività e puntualità delle diagnosi e di adeguatezza della terapia da proporre ai singoli casi trattati.

Per superare le carenze di cui al terzo punto, la Regione ha programmato il completamento della messa a norma delle strutture sanitarie, con priorità all'adeguamento dell'impiantistica alla nuova normativa di prevenzione incendi (D.M. 12/09/2002) e dare pieno compimento all'attuazione di tutte quelle misure legate alla sicurezza dei paziente e degli operatori. Tali misure, di fatto, riguardano gran parte delle strutture ospedaliere esistenti che non sono state oggetto di intervento nel programma ospedaliero di cui alla L. 67/88 art. 20. L'attuazione delle misure di adeguamento antincendio consente altresì la realizzazione di interventi previsti già in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di cui al D.P.R. 14/01/1997. Le opere previste riguardano

infatti interventi oltre che di natura puramente edilizie, di opere legate alla funzionalità degli ascensori e montacarichi, degli impianti elettrici e degli impianti gas medicinali.

Per quanto riguarda il sistema informativo integrato, l'analisi dell'attuale stato di attuazione dei sistemi informativi degli ospedali umbri mostra una elevata eterogeneità e notevoli differenze nel grado di completamento dei sistemi informatici a volte anche all'interno di una medesima struttura ospedaliera. Si è ritenuto pertanto prioritario l'investimento nell'informatizzazione dei reparti con l'obiettivo di portare ad una razionalizzazione dei sistemi in uso almeno sulle funzioni fondamentali di gestione del paziente, di ausilio alla prescrizione, di order entry, di gestione liste di attesa e di gestione della documentazione clinica.

Contemporaneamente si è ritenuto strategico procedere alla integrazione su scala regionale dei sistemi diagnostici e alla realizzazione di un repository dei referti individuando in esso il prerequisito strutturale a supporto delle reti cliniche.

Infine, l'implementazione del Centro di Genomica Funzionale dell'Ateneo avrà un impatto senza precedenti sulla competitività della Regione Umbria a livello Nazionale ed Internazionale nel campo della Biologia, della Farmacologia, della Medicina, delle scienze Agrarie e della Veterinaria, valorizzando allo stesso tempo competenze di Ingegneria, Fisica e Matematica. Gli operatori sanitari e le industrie operanti nella regione Umbria avranno a disposizione un polo tecnologico avanzato, unico nel suo genere, su cui fare leva per traslare conoscenze scientifiche in nuovi prodotti e processi. Inoltre, il centro potrà attrarre sul territorio umbro importanti realtà imprenditoriali esterne che potranno giovare delle competenze presenti e dei servizi offerti. La realizzazione del Centro di Genomica Funzionale amplierà significativamente l'offerta saggi diagnostici di avanguardia in diversi settori della medicina (oncologia, microbiologia, terapia generativa e trapianti di organo) e genererà nuove competenze tecnico scientifiche innescando un

circuito virtuoso che coinvolgerà molteplici ambiti disciplinari. I medici delle strutture sanitarie della Regione Umbria ed i ricercatori dell'Università di Perugia avranno a disposizione una struttura che fornirà sostegno tecnologico e scientifico di eccellenza ma soprattutto permetterà loro di progettare e proporre attività innovative e competitive. Una delle ricadute attese nel campo della salute è un miglioramento della terapia e diminuzione dei tempi di attesa per i pazienti affetti da gravi malattie neoplastiche, infettive e degenerative. Mentre più in generale la realizzazione del Centro di Genomica aumenterà la competitività del sistema universitario ed industriale della Regione Umbria con una ricaduta positiva sul tasso di successo, a livello nazionale ed europeo, dei progetti di ricerca presentati, con un conseguente incremento della capacità di reperire finanziamenti per l'innovazione. Le attività e le competenze del Centro di Genomica Funzionale favoriranno in modo sinergico il binomio Ricerca-Sviluppo, intendendo la ricerca come il mezzo per offrire aumento delle conoscenze e lo sviluppo come prima condizione per un reale trasferimento tecnologico e valorizzazione dei risultati della ricerca.

I vantaggi attesi per il comparto produttivo possono essere identificati in termini di:

- 1) produttività e riduzione dei costi di diagnosi e ricerca attraverso l'accesso ad una struttura di assoluta eccellenza;
- 2) creazione di valore aggiunto correlato alle attività di trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca.

Inoltre, la combinazione sequenziamento massivo, tipizzazione genica e l'integrazione con una piattaforma di calcolo per la gestione e l'analisi dei dati prodotti offre la possibilità di creare un centro di servizio altamente specializzato che potrà essere utilizzato da enti pubblici (nel campo della diagnosi, medicina forense e tipizzazione genetica della popolazione) e privati (nel settore farmacologico ed agroalimentare). Lo sfruttamento della tecnologia in un mercato in ambito locale e/o nazionale e di conseguenza delle relative aree di applicazione e sfruttamento, permetterà di reperire risorse per

l'autofinanziamento dei costi della struttura ed assicurare la sostenibilità del suo funzionamento per il futuro.

B2a 2 La catena degli obiettivi

Obiettivi generali:

- Attivazione dei nuovi ospedali di territorio di Narni – Amelia e del Lago Trasimeno per le seguenti finalità:
 - aumento della qualità dell'assistenza ospedaliera;
 - diversificazione della risposta ospedaliera in base ai bisogni di salute della “acute care” e della “long term care”;
 - aumento della appropriatezza nell'offerta e nell'utilizzazione della rete ospedaliera.
- Adeguamento tecnologico degli ospedali con l'acquisto delle strumentazioni necessarie e sufficienti per rispondere in modo adeguato e puntuale alle esigenze della collettività riguardo alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura delle malattie e perseguire l'obiettivo della riduzione delle liste di attesa;
- Aumento della sicurezza in osservanza della normativa vigente;
- Aggiornamento dei sistemi informativi ospedalieri.

Obiettivi specifici:

- Attivare e qualificare un numero di posti letto sufficienti a far fronte ad un tasso di ospedalizzazione pari al 160 per mille, distinto in 130 per mille nella degenza ordinaria (con una durata media della degenza pari a 6 giorni e un tasso di utilizzazione dei

posti letto pari a 80) e 30 per mille nel dh, tenendo altresì conto di una mobilità passiva pari al 30% della casistica generata dal territorio di riferimento;

- Garantire tempestivi trasferimenti alla rete dell'emergenza per i bisogni della acute care;
- Qualificare i percorsi assistenziali integrati per la long term sui versanti della sicurezza per i fruitori, efficacia dei trattamenti, appropriatezza delle risposte, equità nell'accesso alle prestazioni efficaci, efficienza nell'uso delle risorse, coinvolgimento dei cittadini nelle strategie e nelle scelte volte a difenderne la salute;
- Fornire risposte assistenziali integrate con il territorio per i bisogni della long term care;
- Potenziare l'assistenza specialistica e la diagnostica strumentale e di laboratorio
- Garantire l'esercizio della libera professione;
- Adeguare gli impianti per dotare le strutture sanitarie delle tecnologie atte alla prevenzione incendi;
- Progettare e realizzare organismi in grado di aumentare la resistenza delle strutture in previsione di attacchi sismici di intensità elevata;
- Uniformare i sistemi informativi ospedalieri su tutto il territorio regionale al fine di garantire l'integrazione degli stessi come supporto alle reti cliniche e la standardizzazione dei processi e dei dati prodotti per le attività di monitoraggio e controllo del sistema sanitario regionale.

Obiettivi operativi:

Nella tabella sono elencati gli interventi oggetto degli obiettivi di cui sopra:

Tabella n. 18 Interventi programmati

AZ.	MESSA A NORMA	POTENZ.TO TECN.CO	COMP.TO RETE OSP.RA	ACQUISTO IMM.LI	RISTR.ONE
ASL 1	Ospedale Città di Castello				
	Ospedale di Umbertide				Ospedale di Umbertide
	Centri di Salute Alta Valle del Tevere e Alto Chiascio				
	Città di Castello sede DIP				
ASL 2	RSA S. Margherita	Acquisto Attrezzature	Ospedale del Lago Trasimeno		
	RSA Seppilli				
ASL 3	Ospedale Spoleto	Acquisto Attrezzature		Foligno per servizi sanitari	Ospedale Cascia
	Ospedale Cascia				Hospice e Ospedale di Spoleto
	Ospedale Norcia				
	Distretto Foligno e unità di convivenza del DSM				Trevi
ASL 4	Struttura residenziale per anziani Le Grazie	Digitalizzazione immagini	Ospedale Narni Amelia		
AZ. OSP. PERUGI A	Adeguamento antisismico				Manutenzion e coperture aggetti e facciate
	Adeguamento antincendio reparti ospedalieri vecchia struttura				
AZ. OSP. TERNI	Adeguamento antincendio, elevatori e impianti elettrici	Acquisto Attrezzature			Ristrutturazio ne e riqualificazion e funzionale logistica dei servizi sanitari

In particolare, gli interventi sono relativi a:

ASL n° 1

- Ospedale di Città di Castello, Umbertide e DIP di Città di Castello

Gli interventi previsti mirano, in particolare, al potenziamento e/o adeguamento degli ascensori, oltre che al completamento di opere mirate al rispetto delle misure di prevenzione incendi per quelle parti che non sono state oggetto di intervento nell'ambito del programma ospedaliero di cui alla L. 67/880 art. 20. Per quanto riguarda l'Ospedale di Umbertide è prevista la realizzazione del 2° e del 3° stralcio dei lavori di ristrutturazione del reparto di medicina e chirurgia.

- Centri di salute, ambulatori

Si intende intervenire in quelle edifici e quelle aree che necessitano di opere di adeguamento impiantistico e funzionale in virtù della loro destinazione d'uso. In particolare si rendono necessarie opere di straordinaria manutenzione sia nell'involucro edilizio (balconi, facciate ecc...) sia per l'adeguamento degli impianti termici ed elettrici oltre che per l'osservanza delle norme di prevenzione incendi ove applicabili.

ASL n° 2

- RSA Seppilli e S. Margherita

Trattasi di due strutture destinate a residenza sanitaria rispettivamente di 80 e 53 posti letto per cui si rende necessario provvedere all'adeguamento funzionale ed impiantistico. Nel caso della RSA S. Margherita va realizzata una ristrutturazione globale del plesso sanitario.

ASL n° 3

Sono previsti interventi di natura edilizia, impiantistica e di compartimentazione per l'adeguamento alle norme antincendio con riferimento all'Ospedale di Spoleto, di Cascia e di Norcia e al Distretto n. 3, alla sede del Servizio Disturbi dello Sviluppo e alla sede dell'Unità di Convivenza del Dipartimento di Salute Mentale. Sono previsti, inoltre, interventi di manutenzione straordinaria c/o l'Unità Organica di Riabilitazione Intensiva Neuromotoria di Trevi, l'Ospedale di Spoleto, di Cascia e l'Hospice "La torre sul colle" di Spoleto.

E' previsto anche l'acquisto di un immobile in Foligno reso necessario a seguito dell'avvio di un progetto di riqualificazione urbanistica che prevede anche l'abbattimento di alcune porzioni immobiliari del vecchio Ospedale S Giovanni Battista e la demolizione del fabbricato ex O.M.N.I. che accolgono Poliambulatori sanitari ed alcuni servizi di riabilitazione motoria. L'azienda u.s.l. n. 3 dovrà, pertanto, lasciare i locali attualmente utilizzati a titolo gratuito e trasferire le attività sanitarie altrove e volendo mantenere le attività sanitarie in una zona centrale della città, in quanto più quotidianamente legate alle esigenze dei cittadini, ha deciso di acquistare un immobile nel centro storico di Foligno da destinare a tal fine.

La Regione Umbria si impegna ad assicurare, nell'ambito della programmazione complessiva degli investimenti, l'effettivo utilizzo della struttura in questione.

ASL n° 4

Sono previsti interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico per l'osservanza delle norme antincendio ai fini dell'acquisizione del Certificato Prevenzione Incendi del Centro Geriatrico Assistenziale per disabili Le Grazie di Terni e acquisto di attrezzature per la digitalizzazione immagini della radiologia.

Azienda Ospedaliera di Perugia

- Ospedale S. Maria della Misericordia

Si intende proseguire negli interventi di adeguamento alla norma di prevenzione incendi, di cui al D.M. 18/09/2002, per i reparti del vecchio blocco ospedaliero. In particolare, si rende necessario provvedere alle opere di adeguamento dei blocchi ascensori, degli impianti gas-medicinali, degli impianti di climatizzazione ed elettrici posti all'interno dei reparti ospedalieri del vecchio Ospedale Silvestrini la cui realizzazione risale ormai a vari decenni or sono.

Azienda Ospedaliera di Terni

- Ospedale S. Maria

L'ospedale necessita di tutta una serie di interventi di seguito riportati con sintetica descrizione:

- manutenzione straordinaria e ristrutturazione di alcuni servizi quali:
 - a) ampliamento terapia intensiva;
 - b) sistemazione delle unità operative chirurgiche;
 - c) complesso operatorio day surgery;
 - d) complesso operatorio cardiocirurgia;
 - e) U.T.I.C.;
 - f) pediatria e T.I.N.;
 - g) neurologia, neurochirurgia stroke unit;
 - h) riabilitazione-unità alta intensità;
 - i) nuova degenza per detenuti;
 - j) ampliamento e ristrutturazione servizio dialisi;
 - k) senologia;
 - l) sistemazione ed adeguamento dei laboratori del servizio farmacia;

- sostituzione dei montalettighe e/o adeguamento di parte degli ascensori esistenti;
 - realizzazione della banca del sangue cordonale;
 - adeguamento alle norme sul superamento delle barriere architettoniche nelle aree comuni interne ed esterne;
 - adeguamento alle norme di prevenzione incendi per i reparti ospedalieri con interventi previsti in:
 - a) *resistenza al fuoco delle strutture e sistemi di compartimentazione;*
 - b) *opere di adeguamento degli impianti elettrici;*
 - c) *opere di adeguamento degli impianti gas medicinali;*
 - d) *opere di adeguamento degli impianti di protezione attiva antincendi;*
 - e) *opere di ristrutturazione e adeguamento di rivestimenti, pavimenti ecc...*
- Il progetto relativo al sistema informativo si articola nelle seguenti aree di intervento:

- Sistema gestionale di reparto e cartella clinica ospedaliera unica (Funzioni: gestione ADT, supporto alla prescrizione, order entry, gestione liste operatorie, gestione documentazione clinica);
- Sistema informativo regionale dei laboratori analisi;
- Sistema informativo della rete oncologica: cartella oncologica, screening, anatomia patologica;
- Integrazione dei dipartimenti di diagnostica per immagini e Repository regionale dei referti del cittadino

Il progetto relativo alla realizzazione del Centro di Genomica Funzionale, rappresenterà una risorsa preziosa per la realizzazione di saggi diagnostici molecolari in diversi settori della medicina ed offrire un contributo chiave alla tipizzazione genetica di tutta la popolazione della nazione, progetto che rappresenta una priorità nell'agenda politica italiana ed Europea.

Il Centro di Genomica Funzionale intende focalizzare la propria attività muovendosi lungo cinque direttrici fondamentali:

- **Scienze della vita:** Identificazione delle basi molecolari e genetiche di malattie metaboliche, degenerative ed ereditarie; studio delle basi molecolari della virulenza e resistenza ai farmaci di virus, batteri e parassiti; identificazione di nuovi marcatori per la diagnosi di malattia; tipizzazione genetica della popolazione umana.
- **Diagnosi Clinica:** Creazione di un servizio di diagnostica molecolare che ha l'obiettivo di diventare uno dei laboratori di riferimento in Italia per la diagnosi delle malattie genetiche, per tipizzazione e sequenziamento genico di tumori e per l'analisi di compatibilità genica donatore-paziente nei trapianti.
- **Agro-alimentare:** Caratterizzazione e tipizzazione di batteri e lieviti utilizzati nei processi alimentari; sequenziamento del genoma di piante ed animali di interesse agro-alimentare; identificazioni molecolari per la tracciabilità dei prodotti alimentari.
- **Ambiente:** nuove metodiche di indagine e di valutazione di campioni ambientali, ad esempio per la rilevazione di OGM.
- **Bioetica:** discussione critica sulle principali teorie etiche impegnate nel dibattito bioetico e le impostazioni da loro date alle questioni morali sollevate dal progresso biomedico, evidenziando i principi etico-normativi che ad esse si ispirano e insieme le opzioni antropologiche rispettivamente sottese.

Il Centro di Genomica Funzionale, pertanto, permetterà di affrontare le sfide scientifiche e tecnologiche del prossimo decennio nel campo della ricerca e del trasferimento tecnologico alle imprese, senza perdere di vista le implicazioni etiche che la ricerca in esso condotta inevitabilmente genererà. Inoltre, il Centro di Genomica Funzionale si propone al mercato della ricerca come partner per gli enti pubblici e privati, soprattutto PMI. Il Centro di Genomica Funzionale, inoltre, intende proporsi quale ente di riferimento per il sequenziamento del DNA e lo stoccaggio dei campioni biologici per il Ministero della Giustizia e per il Ministero dell'Interno,

nell'ambito dello svolgimento delle azioni prescritte dal rispetto del Trattato di PRUM.

La realizzazione e la messa a regime delle attività del Centro di Genomica Funzionale dovrebbe concludersi in un quinquennio. Le fasi che caratterizzeranno la nascita del centro possono essere sinteticamente ricondotte a quattro momenti principali:

I fase: progettazione, fattibilità e avvio lavori. Entro il mese di Dicembre 2009 dovrebbe concludersi la fase di progettazione esecutiva della struttura al fine di poter procedere alla predisposizione dell'avvio dei lavori entro il mese di dicembre.

II fase: infrastrutturazione. I primi due anni di attività saranno dedicati all'infrastrutturazione del Centro di Genomica Funzionale attraverso la realizzazione della struttura muraria, dell'allestimento con i supporti tecnologici ed il reclutamento del personale. Il rispetto di tempi molto serrati è fondamentale per la competitività del Centro di Genomica Funzionale, la cui natura è proprio quella di essere un centro innovativo e all'avanguardia. Il processo di infrastrutturazione deve concludersi entro il 2011.

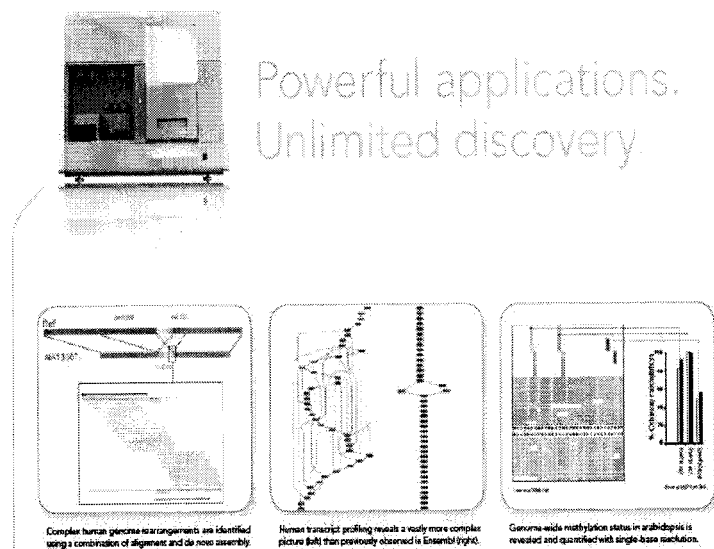
III fase: start up. Il terzo anno di attività sarà focalizzato sull'avvio del Centro di Genomica Funzionale, sulla promozione delle proprie attività e sull'attivazione di collaborazioni con i centri nazionali ed internazionali già attivi in questo settore. Inoltre, verranno presentati progetti a valere sui principali bandi europei.

IV fase: consolidamento. A partire dal quarto anno di attività il Centro di Genomica Funzionale inizierà a consolidare la propria posizione di mercato ed entrerà a regime il settore servizi.

Il finanziamento regionale è relativo all'acquisto di attrezzature, quelle principali sono le seguenti:

a) **Genome Analyzer II:** sequenziatore di ultima generazione della Ditta Illumina <http://www.illumina.com/> che è in grado di generare oltre 2 miliardi di basi di DNA, che rappresentano

ad es. i 2/3 della sequenza del genoma umano e 4x la sequenza del genoma della vite, in una singola corsa di 2 giorni e mezzo. Lo strumento può analizzare una serie di campioni diversi, quali genomi interi



(ri-sequenziamento,

genotipizzazione, sequenziamento de novo di genomi batterici, ChIP-seq, stato di metilazione del genoma), trascrittomi (analisi del profilo d'espressione genica, sequenziamento) e piccoli RNA. L'amplificazione degli acidi nucleici si avvale di una reazione di PCR ponte (bridge PCR) in cui la generazione di copie dei frammenti interessati avviene su una superficie solida contenente già adsorbiti i primers necessari alla reazione stessa. Tale strumento permette di abbattere notevolmente i costi della singola corsa anche i frammenti analizzati sono di piccole dimensioni rispetto al sistema dei sequenziamento della Ditta 454.

Applicazioni	Caratteristiche tecniche
<ul style="list-style-type: none"> • Re-sequencing e de novo assembly di interi genomi microbici e BAC • Profili di espressione • Identificazione di piccoli 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevato rendimento: 2G di sequenza per corsa • Fino ad 8 campioni simultaneamente • Nessun problema con

RNA	omopolimeri <ul style="list-style-type: none"> • Elevata accuratezza • Costi contenuti • Software bioinformatica altamente specializzato
-----	---

b) Affymetrix Genechip® per analisi di varie specie quali uomo ed altri primati, topo ratto, cane, zebrafish, batteri e piante (www.affymetrix.com/products/arrays/index.affx). La Tecnologia Affymetrix sfrutta i principi di fotolitografia per ottenere la sintesi chimica in situ di brevi sequenze nucleotidiche (oligomeri DNA) su base solida, per la produzione di GeneChip oligonucleotide Array. Questa tecnica consente la precisa costruzione di matrici ordinate di altissima densità e permette di rilevare e misurare migliaia di sequenze diverse fino a contemporaneamente 47000 geni umani. L'utilizzo della tecnologia di microarray permette un'analisi comparativa dell'espressione genica globale. Applicando questa tecnologia a materiale biologico o patologico, con fenotipi ben distinti, è possibile ottenere informazioni sull'espressione, sia qualitativa che quantitativa, relativa a geni candidati o prodotti genici coinvolti in processi biologici o patologici. In combinazione con sofisticati strumenti statistici è possibile identificare le sottili differenze o cambiamenti relativi a questi processi che contribuiscono allo sviluppo delle differenze fenotipiche. La combinazione tra microarray e la tecnologia di laser capture dissection (LCM), permette di studiare l'espressione genica di popolazioni cellulari di altissima omogeneità, pur derivate da tessuti eterogenei. A sua volta è possibile identificare i marcatori genici utili alla diagnosi precoce di varie patologie. In futuro la tecnologia dei microarray sarà sempre più utilizzata nello sviluppo di farmaci, per vagliare la loro efficienza, tossicità ed effetti collaterali, e

quindi anche come una validissima alternativa all'utilizzo di animali da laboratorio.

Si illustrano di seguito le caratteristiche dei nuovi ospedali:

OSPEDALE NARNI – AMELIA – posti letto 150

- superficie complessiva	mq	23.161
- area di diagnosi e cura:	mq	1.454
- area di degenza:	mq	5.000
- blocco operatorio e blocco parto	mq	1.098
- servizi generali	mq	13.878
- attività extra standard	mq	757
- rsa	mq	974

I 150 posti letto sono così ripartiti:

- medicina 32;
- chirurgia 38;
- materno infantile 16;
- riabilitazione 30;
- day hospital e day surgery 14;
- RSA 20.

Sono inoltre previsti n. 10 posti letto tecnici per l'attività di dialisi ambulatoriale.

Il nuovo presidio ospedaliero sarà ubicato in un'area del Comune di Narni, a monte della Strada Statale 205, nella zona compresa tra la cava di San Pellegrino e l'abitato di Fornole.

Si tratta di una porzione di terreno, in gran parte occupato da un'ex cava ora dismessa, che con l'intervento proposto verrà recuperato e riqualificato ricostruendo in modo artificiale l'antico fronte della collina.

Il progetto prevede la realizzazione dell'ospedale in posizione sopraelevata rispetto alla SS205, ciò consentirà di ridurre notevolmente i disturbi causati dalla rumorosità e dalle polveri emesse dal traffico stradale

La soluzione progettuale è una evoluzione dell'ospedale a padiglioni, che invece di essere separati si incernierano in un edificio centrale che funge sia da raccoglitore delle funzioni generali, sia da smistatore delle funzioni ospedaliere. Tale impostazione è stata arricchita dalla possibilità di accedere all'esterno da ogni Polo Dipartimentale in modo indipendente per mezzo dei terrazzamenti esistenti.

Si realizzeranno due accessi dalla strada provinciale: ad est per i visitatori ed utenti esterni ed a ovest per la logistica, il personale e le emergenze.

I parcheggi sono stati organizzati attorno ai sopracitati due accessi:

- ad est un parcheggio multipiano visitatori che da la possibilità di ricucire il paesaggio rispetto al vuoto lasciato dall'attività estrattiva;
- ad ovest un parcheggio per il personale in prossimità dell'ingresso agli spogliatoi e un area carico/scarico delle merci.

Infine si segnala la previsione di un percorso "ad anello" percorribile dai mezzi anche articolati dei Vigili del Fuoco che circonda tutto il complesso ospedaliero.

OSPEDALE DEL LAGO TRASIMENO – posti letto 82

- superficie complessiva	mq	16.144
- area di diagnosi e cura:	mq	1.371
- area di degenza:	mq	3.520
- blocco operatorio e blocco parto	mq	1.655

- pronto soccorso	mq	835
- servizi generali	mq	1.550
- attività extra standard	mq	368
- connettivo e servizi vari	mq	6.845

Gli 82 posti letto sono così ripartiti:

- medicina 20;
- chirurgia 12;
- ostetricia 10;
- riabilitazione 10;
- day hospital e day surgery 22;
- post-acuzie 8;

Sono inoltre previsti n. 11 posti letto tecnici per l'attività di dialisi ambulatoriale e n. 4 posti letto di osservazione in pronto soccorso.

L'area individuata per il nuovo ospedale è ubicata nel Comune di Castiglione del Lago, lungo l'asse della S.S. 71-bis Umbro Casentinese, in una zona compresa tra la località Colonetta e la località Trincea.

Il progetto dell'ospedale è articolato in quattro corpi, uguali due a due, organizzati attorno ad un quinto volume centrale dove è ubicato l'accesso dei visitatori e dei pazienti esterni.

L'organizzazione planimetrica dell'intervento prevede l'allaccio alla S.P. 71 tramite una rotonda viaria dalla quale diparte un unico asse stradale che geometricamente intercetta il corpo centrale del manufatto edilizio, che prosegue con un anello viario tutt'attorno all'edificio.

Lungo la viabilità ad anello sono localizzati i parcheggi destinati ai visitatori e al personale.

Ammodernamento tecnologico

Oltre alle attrezzature che si prevede di finanziare con riferimento al Centro di Genomica Funzionale, gli interventi di ammodernamento tecnologico sono relativi a:

- sistema robotico per alcune procedure chirurgiche (urologia, cardiocirurgia, chirurgia generale, etc.);
- n. 2 T.A.C.;
- sistema di digitalizzazione immagini radiologiche;
- mammografo;
- mammotome;
- work station elaborazione esami TC;
- attrezzature varie: sistemi di monitoraggio cardiovascolare, unità mobile di rianimazione, ecografi, sistemi di anestesia completi di monitoraggio, sistema di defibrillazione con Pace maker, ecografo, videocolonscopi diagnostici, videogastroscoipo transnasali e standard di alta definizione, videogastriscopio operativo doppio canale, videoduodenoscopi operativi, sistema di videoenteroscopia, processore di econdoscopia, videoecoendoscopio radiale e settoriale, elettrocardiografo, ecocardiografi, sistemi di videoendoscopia digestiva, etc.

B2a 3 Interventi progettuali

Le schede tecniche degli interventi sono riportate in allegato ed oggetto di trasmissione al Ministero attraverso l'applicativo Osservatorio degli investimenti pubblici.

B2a 4 Offerta post-operam

Tabella n. 19 Situazione attesa stabilimenti ospedalieri

AZ.	ANTE 1997		ANNO 1997	ANNO 2009				POST OPERAM			
	STAB.TI	P.L.	P.L.	PRESIDI	STAB.TI	DI CUI NUOVI	P.L.	PRESIDI	STAB.	DI CUI NUOVI	P.L.
ASL 1	3	611	452	2	3	2	398	2	3	-	398
ASL 2	6	614	446	1	5	1	280	1	4	1	278
ASL 3	8	867	679	2	5	1	519	2	4	-	519
ASL 4	3	322	308	2	4	1	347	2	3	1	311
AO.PG	2	1.105	950	1	1	1	786	1	1	-	786
AO TR	1	804	700	1	1	-	587	1	1	-	587
PRIVATI	-	226	180	-	-	-	265	-	-	-	265
TOTALE	23	4.549	3.715	9	19	6	3.182	9	16	2	3.144

Per quanto riguarda l'offerta relativa alle attrezzature si rimanda al paragrafo B2a2.

B2B COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità

Le priorità individuate nel presente Programma contribuiscono, ciascuna, al raggiungimento dei principali obiettivi strategici, quali:

- massima integrazione tra ospedale e servizi territoriali;

- ammodernamento tecnologico inteso nell'accezione più ampia quale potenziamento del sistema informativo sanitario;
- messa a norma sia dal punto di vista della sicurezza, della prevenzione incendi e della vulnerabilità sismica.

La Regione Umbria ha adottato, con D.G.R. n. 1972 del 23/12/2009, il "Programma Pluriennale Regionale degli Investimenti per la realizzazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie e per l'acquisizione di tecnologie. Anni 2010-2012".

Da tale Programma si evince come la dimensione del fabbisogno per investimenti supera di molto la disponibilità delle risorse di cui all'art. 20 della l.n. 67/88, per cui si è reso necessario prevedere sia forme di finanziamento regionale che aziendale.

B2b 2 Analisi dei rischi

PUNTI DI FORZA di tale piano sono la coerenza con la programmazione in corso e la sua collocazione all'interno di un quadro programmatico certo e definito, il mantenere la coerenza con un programma avviato già dal 1990 di riorganizzazione dell'attività ospedaliera all'interno di accordi con le comunità locali. Altri aspetti rilevanti sono il sicuro miglioramento dell'efficienza, la conseguente riduzione del numero dei ricoveri per un miglior funzionamento dell'attività di filtro esercitata da Pronto Soccorso più efficienti da una parte e dall'altra grazie al miglioramento dell'assistenza territoriale (hospice) che permette di assistere un maggior numero di pazienti al proprio domicilio invece che in ospedale, garantendo non solo appropriatezza, ma anche una qualità migliore per i pazienti adulti e bambini in stadio terminale.

Aspetto cardine della programmazione è l'aspetto di potenziamento dei flussi informativi ed il collegamento in rete apportando un significativo contributo iniziale alla costruzione di un datawarehouse centrato sul paziente che rappresenterà il cardine per molti progetti della Regione Umbria. Tuttavia occorre un salto di

qualità nell'accessibilità di questi dati e nella loro integrazione. Lo stato dell'arte nel Sistema Sanitario Umbro dimostra che vi sono le basi per intraprendere un percorso innovativo nel breve-medio termine, costruendo su quanto ad oggi risulta disponibile.

PUNTI DI DEBOLEZZA sono da indicare nei vincoli strutturali che non permettono la piena realizzazione del modello di organizzazione sanitaria per intensità di cura. Per quanto riguarda l'introduzione di nuove tecnologie pone rilevanti problemi di ordine organizzativo; il passaggio dalle potenzialità al loro concreto sfruttamento richiede cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, nei comportamenti, ed in generale negli orientamenti delle persone.

L'introduzione di nuove tecnologie può comportare, laddove non si tratti di solo rinnovo, iniziale aumento dei costi per aumento di dotazione tecnologica di diagnostica pesante che richiederanno personale e spese per formazione di quest' ultimo.

OPPORTUNITA' organicità del riferimento del piano programmatico e interventi di riorganizzazione ospedaliera concertati con le comunità locali;

RISCHI sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale.

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

B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE

B3a1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

Gli elementi direttivi della programmazione strategica della Regione Umbria sono determinati attraverso un procedimento di concertazione a valenza interistituzionale ed intersettoriale con livelli di confronto con le forze sociali, che si realizza nell'ambito delle tappe di concreta definizione del Patto per lo sviluppo. Il Patto per lo sviluppo dell'Umbria è un accordo in cui le Parti contraenti si impegnano reciprocamente a conseguire gli obiettivi fissati attuando le misure stabilite, è la cornice strategica e unitaria di tutti gli atti di programmazione regionale, con particolare riferimento ai programmi a valere sui fondi comunitari e agli strumenti della programmazione negoziata. La sua rilevanza è determinata dall'essere un metodo di lavoro che, nel rispetto dell'autonomia delle parti contraenti, definisce la responsabilità di ognuna di esse nell'esercizio delle proprie funzioni e prerogative e rappresenta, quindi, un "salto di qualità" della concertazione che si sostanzia in una analisi condivisa dell'Umbria, nella individuazione dei punti di forza e di criticità esistenti, in indirizzi strategici che devono segnare le scelte e gli atti di programmazione, nella definizione di risorse, tempi e strumenti, ivi compresi quelli necessari a monitorare e verificare l'attuazione del Patto.

Nel Patto per lo sviluppo dell'Umbria seconda fase, sottoscritto il 21 dicembre 2006, le Parti contraenti hanno convenuto di individuare

un numero limitato di Progetti caratterizzanti, intesi come temi particolarmente rappresentativi degli obiettivi di sviluppo e qualificazione del sistema regionale, sui quali conseguentemente concentrare e organizzare attività e risorse da parte di ciascuna Parte contraente.

I Progetti sono stati definiti nel Dap (Documento annuale di programmazione) 2007-2009, approvato con deliberazione consiliare n. 125 del 20 marzo 2007.

Il Documento annuale di programmazione rappresenta lo strumento con cui, ai fini dell'attuazione e della verifica delle Azioni strategiche individuate nel Patto per lo sviluppo, si procede a definire priorità e tempistica degli interventi previsti e degli impegni assunti.

In particolare il Documento annuale di programmazione (Dap) 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 283 del 31 gennaio 2009, si caratterizza per una ulteriore focalizzazione sui Progetti caratterizzanti del Patto, di cui vengono illustrati i contenuti principali e le attività previste, ovviamente in un'ottica di legislatura, e sulle priorità per ciascuna politica, per l'anno 2009, valorizzandone ulteriormente la funzione politico-programmatica, pur all'interno della missione affidatagli dalla LR 13/2000, quale strumento fondamentale di raccordo tra la programmazione generale e la programmazione finanziaria e di bilancio.

Sotto questo profilo il programmatore regionale prevede la massima coerenza tra Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 e Programmazione strategica generale e settoriale, in particolare con le Priorità 2 "Promozione, valorizzazione e diffusione della ricerca e dell'innovazione per la competitività" e 4 "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale". Nel "Documento unitario di programmazione e coordinamento della politica di coesione" della Regione Umbria viene evidenziato come l'essenza delle politiche regionali di coesione – comunitarie e nazionali – consiste nel mettere in campo interventi specifici ed addizionali a favore delle aree meno progredite in modo da promuovere **processi di convergenza** di queste nei confronti delle

realità più avanzate, convergenza che deve realizzarsi sia in termini economici (incremento del Pil pro-capite) sia di inclusione sociale (riduzione dei tassi di disoccupazione ed incremento dei tassi di partecipazione al mercato del lavoro).

Inoltre si specifica che ciò debba avvenire **in coerenza con gli assi strategici** della programmazione regionale, che in Umbria vengono delineati, seppur a livello diverso, dal Patto per lo Sviluppo e specificati e aggiornati annualmente dal Documento annuale di programmazione (Dap), in modo da "incrociare" caratteri e priorità delle politiche europee con le peculiarità socio-economiche dell'Umbria e gli indirizzi strategici della Regione. E' altresì importante che i diversi programmi sopra richiamati, proprio in quanto facenti parte di un **disegno politico-programmatico unitario ed organico**, siano tra di loro "ben collegati", quindi complementari ed interconnessi, anche al fine di realizzare le opportune sinergie ed effetti di integrazione.

Il "Documento unitario di programmazione e coordinamento della politica di coesione" della Regione Umbria chiarisce anche come tale "collegamento" non può che provenire in primo luogo dalla stessa coerenza di ciascun Programma operativo con le linee strategiche della programmazione regionale, dimostrando quindi il "contributo" che ogni Programma realizza al perseguimento di tali linee, evitando al tempo stesso sovrapposizioni e/o contraddizioni nelle scelte e negli interventi.

Esiste, quindi, un evidente "aggancio" delle scelte caratterizzanti i Programmi comunitari con gli assi strategici individuati dal Patto per lo Sviluppo che sono:

- 1. Potenziamento dei fattori di sviluppo economico e di competitività*
- 2. Tutela e valorizzazione della risorsa Umbria*
- 3. Riqualificazione e sostenibilità del sistema di welfare, tutela del diritto alla salute e promozione dei diritti di cittadinanza*
- 4. Politiche attive del lavoro*

- | |
|---|
| <p><i>5. Sviluppo del sistema integrato di istruzione, formazione e ricerca</i></p> <p><i>6. Riforma della pubblica amministrazione</i></p> |
|---|

B3a2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale

Con la Riforma del Titolo V, la Regione Umbria, attraverso il rafforzamento della potestà legislativa, può svolgere in maniera più penetrante che in passato, le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione del Servizio Sanitario Regionale. In tale contesto, gli strumenti della programmazione sanitaria regionale, a partire dal PSR, nel pieno rispetto degli indirizzi del Piano Sanitario nazionale e della normativa di riferimento nazionale (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 s.m.i. e D.P.C.M. 29.11.2001), si inseriscono nel più ampio sistema di programmazione regionale e nel governo economico e sociale della Regione.

Con la Riforma del sistema amministrativo regionale e locale approvato con Legge Regionale 9 Luglio 2007, n. 23, la Regione ha introdotto un nuovo modello di governance che realizza una decisa semplificazione istituzionale attraverso la creazione degli Ambiti Territoriali Integrati (ATI) per la programmazione e gestione integrata di funzioni e servizi di livello sovracomunale, unificando in un unico soggetto le funzioni di più enti, consorzi, associazioni, conferenze e altri organismi composti dai Comuni.

Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, mantiene la natura di documento di programmazione strategica, a cui viene affidato il compito di individuare le scelte e le priorità fondamentali e di identificare le esigenze di innovazione della legislazione sanitaria regionale, rinviando alla programmazione attuativa la definizione di standard e di modelli operativi. La soluzione individuata consiste nell'assoggettare l'intero ciclo della programmazione strategica ed

attuativa sanitaria, alle procedure e ai tempi previsti per gli atti di programmazione generale della Regione, operando così una forte semplificazione.

Il Piano Sanitario Regionale mantiene cadenza triennale e, a fronte di una impostazione meno prescrittiva, trova annualmente nel Documento Annuale di Programmazione (DAP), tenuto conto dei risultati effettivamente raggiunti nell'anno precedente e delle eventuali variazioni di contesto economico sociale, nazionale e regionale, lo strumento per l'aggiornamento e le modificazioni dello stesso nonché per la definizione di dettaglio degli obiettivi.

Nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza regionale, la revisione annuale della programmazione sanitaria, con le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa, può utilizzare anche lo strumento del collegato alla legge finanziaria regionale, per intervenire su tematiche quali i livelli essenziali di assistenza, i criteri di accesso alle prestazioni e le regole di gestione del servizio sanitario.

Per garantire poi la coerenza della programmazione attuativa delle singole aziende sanitarie rispetto al mandato complessivo affidato al SSR, viene assegnato all'Agenzia Umbria Sanità (AUS) il coordinamento dei piani aziendali e il monitoraggio dell'effettiva attuazione.

Tale soluzione permette di dare al modello organizzativo un impianto a rete fin dalla fase della progettazione, garantendo, per il complesso regionale delle strutture, il raggiungimento dello standard di servizio prefissato e ottimizzando al tempo stesso l'organizzazione a livello aziendale. In pratica le dotazioni strutturali non vengono definite in astratto a priori, parcellizzate per singoli territori, ma dimensionate in sede di progettazione esecutiva.

B3B SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI

B3b 1 Analisi delle condizioni

Gli scenari di riferimento delle grandezze finanziarie della manovra di bilancio per il triennio 2009-2011, sono stati costruiti a partire dalle previsioni di entrata e spesa contenute nel bilancio pluriennale approvato con legge regionale n. 6 del 27 marzo 2008.

La manovra complessiva è impostata alla luce dello scenario di riferimento illustrato in precedenza, che tiene conto del rallentamento congiunturale in atto, e delle decisioni contenute nella manovra finanziaria del Governo nazionale. In estrema sintesi, gli indirizzi per la manovra finanziaria regionale del 2009, che vengono meglio dettagliati di seguito, sono:

- invarianza delle aliquote dei tributi propri regionali;
- ulteriore impulso all'efficienza dei processi di accertamento e recupero delle entrate tributarie di competenza regionale;

164

- accelerazione delle procedure di valorizzazione del patrimonio;
- avvio di un percorso di riduzione del ricorso al mercato rispetto agli anni precedenti;
- ulteriore contenimento del trend e razionalizzazione delle spese di funzionamento dell'ente;
- stabilizzazione delle spese per il personale;
- ulteriore razionalizzazione degli interventi regionali di settore, con una più efficiente allocazione in favore di quelli non finanziabili con risorse di provenienza comunitaria e nazionale;
- spesa sanitaria secondo la riprogrammazione delle risorse definita dalla legge.

Vi sono, tuttavia, alcune variabili esogene che non possono essere gestite direttamente e che riguardano:

- misure di politica economica, che possono far variare considerevolmente le priorità su cui una comunità decide di puntare;
- aspetti economici e finanziari sia nazionali che regionali che locali possono mettere in discussione la disponibilità di risorse;
- disponibilità di risorse amministrative e gestionali legate a congiunture politico amministrative o gestionali possono bloccare o ritardare i lavori;
- aspetti socio/culturali: la concezione del ruolo del “vecchio” ospedale nella comunità potrebbe rafforzarsi ove non fossero sufficienti le risorse per attivare risposte territoriali congrue con i problemi di salute della long term care;
- tecnologia (ambiente e contesto idoneo al trasferimento di una specifica tecnologia): cambiamenti tecnologici (abbastanza tumultuosi sono ad esempio quelli nel settore della chirurgia con lo slittamento verso la chirurgia ambulatoriale di attività fino a qualche anno fa svolte in degenza ordinaria!) possono nel medio periodo rendere inutile una progettazione, effetto che si verifica abbastanza spesso nelle progettazioni edilizie per al cui messa in pratica occorrono talora alcuni decenni.

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità. La metodologia usata ha previsto il coinvolgimento delle Aziende sanitarie con le quali sono state analiticamente effettuate verifiche sulla:

- sostenibilità economico-finanziaria
- sostenibilità amministrativa e gestionale
- sostenibilità delle risorse umane
- sostenibilità ambientale

La sostenibilità di ogni singolo intervento è stata ricomposta con una logica di complementarietà su scala regionale per dare conto dell'effettiva e complessiva sostenibilità del Programma.

B3b 2 Sostenibilità economica e finanziaria

La verifica della sostenibilità economico-finanziaria di tale Programma degli investimenti, pari ad euro 139.075.446,20 si è basata sulla ricerca di relazioni di congruenza tra i bilanci pluriennali di previsione presentati dalle Aziende e gli interventi inseriti nel Programma.

La sostenibilità economico-finanziaria del Programma è stata rapportata ai bilanci pluriennali delle Aziende in termini di copertura finanziaria necessaria alla realizzazione degli interventi e di spese generate dagli interventi stessi in corso di esercizio; ciò nella consapevolezza che le Aziende sanitarie hanno residue capacità di finanziamento per investimenti in conto capitale.

Quando la copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi, oltre alla quota statale e regionale, ha richiesto fondi propri delle Aziende, tali fondi sono stati qualificati esclusivamente come derivanti da mutui, alienazioni, quote di ammortamento o donazioni di terzi. Per quanto riguarda la stipula di mutui, è stata accertata la capacità effettiva di indebitamento di tutte le aziende, in particolare di quelle che cofinanziano gli interventi.

Per la valutazione dei costi inerenti le opere di cui alla presente proposta progettuale, si è fatto riferimento ad interventi aventi caratteristiche assimilabili a quelle in oggetto.

B3b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata in relazione alle procedure tecnico-amministrative necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni per la "cantierabilità" degli interventi.

La sostenibilità gestionale del Programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono :

- l'ammodernamento tecnologico (nuova acquisizione);
- l'implementazione dell'offerta sanitaria.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla fortemente con le politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

B3b 4 Sostenibilità di risorse umane

La sostenibilità del Programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/sostituzioni/turn-over accompagnata da percorsi formativi per (ri)qualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a mantenere stabile la spesa complessiva per le risorse umane.

Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione quali-quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

Per quanto riguarda la realizzazione dei due nuovi ospedali, lo spostamento delle risorse umane dagli ospedali dismessi o riconvertiti alle nuove sedi, non comporta particolari problemi organizzativi, vista l'esiguità delle distanze.

B3b 5 Sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi di questo Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo Programma possono essere riassunti nel modo seguente:

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni alle Aziende sanitarie affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa (metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa), elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto (metodo del massimo ribasso);
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione;
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

B4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

B4A SISTEMA DEGLI INDICATORI

Le risorse che la collettività pone nelle mani del soggetto pubblico per la salute devono creare “valore”, ossia devono essere adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l’accesso e l’equità a tutti i cittadini umbri.

La Regione Umbria ha fissato tra gli obiettivi di programmazione sanitaria la messa a punto sistematica di un efficace sistema di valutazione della performance delle strutture sanitarie finalizzato ad obiettivi di salute, di efficienza nell’erogazione dei servizi, di sostenibilità finanziaria e di equità nell’accesso agli stessi.

Con delibera n. 1220 del 22/09/2008 la Direzione Generale Sanità e Servizi Sociali ha aderito al GREPS Gruppo di Ricerca su Povertà ed Equità afferente al Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell’Università di Perugia, con sede presso la Facoltà di Economia dell’Università di Perugia (sede di Terni), che ha assunto l’incarico di produrre report periodici sulla performance delle strutture ospedaliere della Regione ed evidenze sistematiche sulle disuguaglianze e iniquità nell’accesso ai servizi sia sanitari che socio-sanitari, a livello provinciale e regionale.

Successivamente, con D.G.R. n. 1838/2008, la Regione Umbria ha approvato un Protocollo di Intesa con la Regione Toscana per l’adozione, tenuto conto delle proprie specificità, del sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario Toscano, progettato e sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa. Tale sistema di valutazione della performance, costituisce uno strumento di governo del sistema sanitario regionale mediante il quale gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e che consente di integrare il governo della spesa con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino.

Il Sistema di Valutazione della Performance consente di misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. Mediante il processo di valutazione della performance si è inteso quindi avviare quello di valorizzazione delle "best practices" delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso potessero avere la continua opportunità di apprendere e crescere.

La presentazione dei dati sempre in *benchmarking* tra le realtà aziendali dell'Umbria facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Il sistema di *reporting* multidimensionale dei risultati diventa, quindi, strumento di valutazione ed indirizzo strategico. I circa 130 indicatori monitorati e rappresentati in 50 indicatori di sintesi, suddivisi nelle sei dimensioni della valutazione (salute della popolazione, strategie regionali, qualità e appropriatezza socio sanitaria, efficienza operativa ed equilibrio economico finanziario, soddisfazione e valutazione dei cittadini, soddisfazione e valutazione dei dipendenti) e presentati in un target a bersaglio sono già oggi essenziali per orientare le azioni del sistema sanitario umbro.

B4a 1 Indicatori di contesto

Indicatori di risultato

Ogni azienda dovrà monitorare le performance dei Pronto Soccorso di propria competenza monitorando i seguenti aspetti:

1) il tempo di permanenza nel Pronto Soccorso, per i cittadini non indirizzati al ricovero o all'osservazione breve, non dovrà superare le 4 ore a decorrere dalla accoglienza/accettazione amministrativa;

- 2) entro un'ora a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa i cittadini classificati come codici verdi, devono essere valutati da un medico della struttura stessa;
- 3) i termini temporali di cui ai punti precedenti sono superabili solo in condizioni di iperafflusso - quantitativo oggettivamente quantificabile in un eccesso pari al 30% del valore medio giornaliero dell'anno precedente e/o per complessità della casistica, oggettivamente quantificabile con un numero e tipologia degli interventi / procedure effettuati significativamente superiore alla media degli interventi / procedure nello stesso codice gravità;
- 4) gli allontanamenti spontanei non dovranno superare il 5 % delle presentazioni in Pronto Soccorso;
- 5) nelle indagini di soddisfazione degli utenti la percentuale di insoddisfatti delle prestazioni di Pronto Soccorso dovrà diminuire progressivamente nei prossimi tre anni;
- 6) la funzione di "filtro" del DEA dovrà garantire una percentuale di ricoveri non superiore al 20 % nei Pronto Soccorso delle Aziende Unità Sanitarie.

L'appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso dovrà garantire che l'80% dei pazienti ammessi dal DEA in area chirurgica viene sottoposto a intervento. I percorsi assistenziali nella fase gestionale dovranno essere supportati da un valido sistema di valutazione e verifica condiviso tra tutti gli attori del sistema. Il sistema di valutazione e verifica delle attività territoriali costituisce un elemento innovativo e presuppone una attenta programmazione del sistema.

La funzione e le attività delle "Cure Primarie" sono parte essenziale e costitutiva nell'organizzazione dell'assistenza territoriale; a tale principio si conformano gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Locali e di conseguenza tutti i soggetti che hanno condiviso il sistema di verifica e valutazione.

La zona distretto e le Società della Salute costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza fra le varie funzioni assistenziali e gestionali che vi si svolgono. Sull'organizzazione distrettuale si basa, quindi, il sistema

di valutazione delle attività rese dalle cure primarie. Per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali il sistema di valutazione della performance dovrà prevedere una reportistica specifica che possa sostenere il processo di programmazione e governo locale e dall'altro permetta alla regione di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale, verrà individuato un data set di informazioni ed indicatori coerenti al nuovo assetto della medicina territoriale utili sia al supporto della gestione che all'analisi dei bisogni specifici.

Per tali indicatori saranno definite le fonti, le modalità di rilevamento, la cadenza e il ritorno delle informazioni dal territorio alla Regione e ai professionisti coinvolti.

Nel sistema di indicatori del territorio permarrà la caratteristica di multidimensionalità dove la sostenibilità economica verrà monitorata a fronte della soddisfazione e partecipazione dell'utenza, dell'equità e della qualità dei servizi erogati.

B4a 2 Indicatori di programma

Per la disamina del sistema di indicatori specifici del presente programma si fa rinvio alla tabella 3C.

B4a 3 Indicatori di efficacia ed efficienza

Sempre all'interno del processo strutturato di valutazione delle Aziende Sanitarie umbre vengono utilizzati indicatori per la valutazione socio-sanitaria che consentono di valutare i risultati ottenuti in termini di qualità clinica, efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'efficienza, viene valutata sia in ambito ospedaliero che territoriale, mirando ad evidenziare la capacità del territorio di integrarsi efficacemente con l'assistenza ospedaliera.

B4a 4 Definizione del Sistema di Indicatori

Il sistema di indicatori utilizzato classifica i risultati di output in quattro ambiti:

- La soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti;
- La qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- L'appropriatezza e la continuità di cura dei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- La capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Le dimensioni della valutazione sono:

- La valutazione dei livelli di salute della popolazione
- La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale
- La valutazione socio-sanitaria
- La valutazione esterna
- La valutazione interna
- La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria.

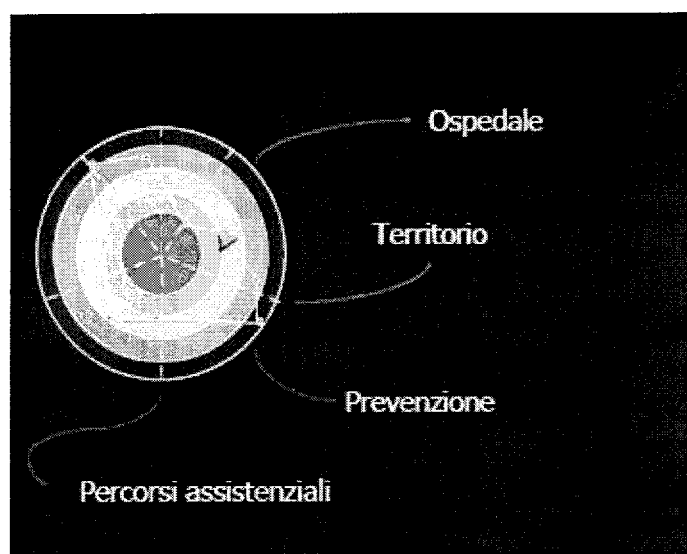
Complessivamente gli indicatori rilevati in questo sistema di valutazione sono 150, quelli riportati in forma sintetica sono 50, in quanto alcuni di questi sono la sintesi di un albero di altri indicatori, il sistema grafico di rappresentazione è basato su un bersaglio, con fasce di colori diversi secondo il livello di performance :

- Verde: performance ottima (punto di forza)
- Verde chiaro :performance buona
- Giallo:performance media
- Arancio: performance scarsa
- Rosso: performance molto scarsa (punto di debolezza).

B4a 5 Fonti di verifica

Il sistema è alimentato con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali, da indagini sistematiche con significatività statistica che garantiscono l'omogeneità delle metodologie adottate.

Si riporta un bersaglio a titolo esemplificativo:



B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA

B4b 1 Accettabilità sociale del programma

Nella nostra società il vissuto correlato alla sanità e alle sue forme di erogazione è molto forte, in qualche modo non sempre aderente alla realtà e spesso, purtroppo, oggetto anche di strumentalizzazioni.

In particolar modo questo effetto si manifesta quando si va a ritoccare l'organizzazione delle localizzazioni delle sedi di erogazione dei servizi, tale effetto è massimo se si parla di dismissioni di ospedali, di chiusure di punti nascita ed altre riorganizzazioni, quello che è difficile da far comprendere è il rationale di tale operazioni che per ospedali interi si trasforma in

azioni di concentrazioni di offerta tali che possano rispondere a requisiti di appropriatezza, la nostra cultura non ha fatto proprio il concetto di ospedale in continua trasformazione, siamo ancora legati a ospedali “monumento” intoccabili anche se non più adeguati alle nuove esigenze.

Quando si parla di punti nascita le chiusure si basano sempre su concetti di sicurezza legata a parametri definiti in sede istituzionale di numero di parti ottimali ed invece ci troviamo sempre di fronte a difese di situazioni con numeri di parti molto inferiori agli standards di sicurezza per donne e neonati, non preoccupandosi dell'intero percorso nascita che va tutelato.

Il sistema sanitario, però, deve fare una riflessione sul modo di comunicare tale riorganizzazioni, per evitare di far passare solo un messaggio di razionamento e non di razionalizzazione sulla base di dati e strategia di appropriatezza, di efficacia e di efficienza e non di risparmio per poter contrastare da una parte gli allarmismi della popolazione e dall'altra le difese “a priori” di vari enti e associazioni. I programmi di riorganizzazione sanitaria devono essere sempre supportati da campagne di informazione, non solo della popolazione, ma soprattutto degli operatori sanitari che devono essere i primi veicoli di informazione e condivisione delle strategie, per fa sì che anche la costruzione di nuovi ospedali non sia vista come diminuzione di servizi da un'altra parte, non comprendendo il valore di innovazione, appropriatezza e qualità che questi interventi rivestono.

La Regione Umbria a questo proposito ha:

- istituito, con D.G.R. n. 191/2005, il Centro Interaziendale per la realizzazione del Bilancio Sociale nelle aziende sanitarie;
- promosso l'Audit Civico;
- sviluppato il capitale sociale.

Il Centro Interaziendale per la realizzazione del Bilancio Sociale nelle aziende sanitarie è nato dalla consapevolezza della opportunità di sperimentare nuove forme di rendicontazione sociale, che superino la centralità del bilancio economico-finanziario e

consentano di leggere e valutare l'operato delle Aziende Sanitarie anche in termini di benefici per la collettività, ricostruendo la catena di senso tra obiettivi, risorse utilizzate, azioni intraprese e risultati raggiunti.

In una strategia complessiva di valorizzazione di competenze e capacità di interazione nel sistema regionale, al fine di produrre salute, il Bilancio Sociale si configura come strumento in grado di rafforzare il legame fiduciario tra componenti della società regionale e tra Sistema Sanitario e cittadini.

Ogni azienda del sistema sanitario che persegue la missione istituzionale di promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività è responsabile degli effetti che la propria azione produce. Tale responsabilità implica il dovere di rendere conto ai diversi interlocutori, siano essi cittadini singoli o associati, imprese, associazioni di categoria, sindacati, altre istituzioni pubbliche o private al fine di far comprendere e valutare gli effetti della propria azione sulla salute degli individui e della collettività.

La decisione di dotare le organizzazioni dei cittadini di un proprio strumento di valutazione dell'azione delle Aziende Sanitarie denominato Audit Civico nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati dal Tribunale per i diritti del malato: l'esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino nella organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari pubblici; l'esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle Aziende Sanitarie per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari e la necessità di creare un contrappeso alla diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi prodotto dalla maggiore autonomia dei governi regionali. L'Audit Civico nella Regione Umbria è diventato operativo a partire dall'anno 2009, la struttura è composta da cittadini e operatori sanitari delle Aziende che partecipano alla raccolta dei dati che in realtà non è una semplice raccolta di informazioni ma una vera e propria procedura di valutazione che comporta le seguenti fasi:

- decisione della direzione aziendale di aderire all'Audit Civico;
- costituzione dell'equipe operativa;
- realizzazione dei corsi di formazione alla metodologia;
- definizione del campo di applicazione;
- raccolta dei dati;
- restituzione dei dati su supporti informatici;
- elaborazione del rapporto;
- definizione delle aree critiche e delle azioni di miglioramento;
- realizzazione di politiche condivise sulla base dei dati del monitoraggio;
- verifica degli esiti attraverso la realizzazione di un nuovo Audit.

L'Audit Civico sarà la cosiddetta "Cartina al Tornasole" del Servizio Sanitario Regionale consentendo di misurare la customer satisfaction della popolazione umbra.

La Regione Umbria, già con il Piano Sanitario Regionale precedente 2003-2005, ha deciso di sviluppare il capitale sociale promuovendo le competenze dei cittadini, ripensando i Servizi in modo che siano disponibili alle interazioni e creando l'impalcatura politico-istituzionale e tecnica affinché il capitale sociale possa esprimere le sue potenzialità.

B4b 2 Valore aggiunto del programma

Come risulta evidente dal presente DP la proposta di accordo di programma si inserisce nel contesto di una programmazione di settore attiva ed operante dalla metà degli anni '90, costituendone uno dei passaggi nel processo generale di riorganizzazione della rete dei servizi, risulta pertanto evidente come il valore aggiunto risieda nella continuità delle strategie generali condivise con le comunità locali e nel monitoraggio periodico dell'avanzamento attraverso la verifica degli standard di dotazione e di ospedalizzazione.

B4b 3 Health Technology Assessment

Negli ultimi 30 anni l'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti: l'avanzare delle biotecnologie, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica, accompagnandosi, purtroppo, ad un consistente incremento dei costi. Per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. L'Health Technology Assessment (HTA) risponde a questa pressante esigenza.

L' HTA è pertanto il processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. In particolare, con il termine "Assessment" (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di:

- qualità e sicurezza: intesa come capacità di migliorare lo stato di salute del paziente rispetto a una precisa problematica, considerandone i rischi legati all'utilizzo e valutandone conseguentemente l'accettabilità;
- appropriatezza: sia in termini clinici che organizzativi, mediante la promozione e l'elaborazione di protocolli;
- produttività: intesa sia come valutazione delle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi sanitari, che come valutazione dell'effetto dell'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari;
- iniziativa: intesa come capacità dei decisori di qualsiasi livello di non lasciarsi "travolgere" passivamente dall'innovazione, ma al

contrario di indirizzarla verso le priorità individuate, in un contesto in cui esiste un divario tra ampliamento delle possibilità di scelta, legate all'accelerato progresso biomedico e indebolimento delle capacità di scelta.

B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

B5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA

L'attuazione del presente AP si realizza attraverso le valutazioni condotte, in maniera integrata, con quelle adottate in sede di programmazione attuativa locale da parte dei soggetti attuatori del programma coincidenti con le Aziende sanitarie locali e le Aziende Ospedaliero - universitarie del sistema sanitario regionale.

Quanto sopra vale anche in relazione alla gestione ed al monitoraggio dei 29 interventi proposti dai soggetti attuatori.

B5B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

Il monitoraggio sarà condotto in parte secondo le regole previste dal Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di investimento, attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Osservatorio" previsto dall'Accordo sulle procedure del febbraio 2008, in parte attraverso un sistema di monitoraggio regionale che consentirà di gestire l'attuazione delle varie fasi del procedimento di ciascun intervento attraverso reports periodici (mensili o trimestrali) sia di tipo finanziario (avanzamento della spesa) sia di tipo tecnico (modalità di attuazione). Al fine di agevolare il monitoraggio e per renderlo interattivo con le aziende sanitarie è stata istituita una "cabina di regia" della quale fanno parte oltre ai funzionari della

regione anche alcuni dei dirigenti responsabili delle aree tecniche delle aziende sanitarie.

C. SCHEDE DI RIFERIMENTO

ANALISI S.W.O.T.

	S. FORZA	W. DEBOLEZZA
INTERNI	<p>Coerenza del Programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del Programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Condivisione ed adesione agli obiettivi del Programma da parte delle Conferenze territoriali socio sanitarie</p>	<p>Vincoli strutturali che non permettono a pieno la realizzazione del modello di organizzazione sanitaria per intensità di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vetustà degli ospedali; - dispersione degli insediamenti; - assenza di collegamenti funzionali. <p>Problemi di ordine organizzativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cambiamento dell'organizzazione del lavoro legati all'introduzione di nuove tecnologie; - comportamenti legati alle dinamiche di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale del personale; - aumenti di costo legati all'introduzione di nuove tecnologie; - necessità di formazione
	O. OPPORTUNITA'	T. RISCHI
ESTERNI	<p>Organicità di riferimento del piano programmatico sulla localizzazione dei servizi concertato con le comunità locali.</p> <p>Interventi di riorganizzazione dell'attività ospedaliera in accordo con le comunità locali.</p> <p>Stabilità delle scelte strategiche a lungo termine indipendentemente dai quadri di riferimento dei possibili assetti istituzionali futuri</p>	<p>Sfasamento temporale tra riorganizzazione funzionale e riorganizzazione strutturale.</p> <p>Compromissione delle scelte strategiche in riferimenti temporali di medio- lungo termine.</p>

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)
Leggi finanziarie 2007 e 2007 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

RIFERIMENTI ASSUNTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 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)	Piano Sanitario Regionale 2009-2011
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza postacuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)	3.63 posti letto per 1.000 abitanti residenti (al 31.12.2009)
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)	Piano Sanitario Regionale 2009-2011
4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri	Tasso ospedalizzazione fissato a 160 ricoveri/1.000 abitanti

<p>ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)</p>	
<p>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 inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)</p>	<p>Utilizzo delle risorse residue coerente con la programmazione nazionale e regionale</p>
<p>6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)</p> <p>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)</p>	<p>Obiettivi perseguiti</p>
<p>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)</p> <p>9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)</p> <p>10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità</p>	<p>Gli indirizzi di riferimento indicati sono stati perseguiti con l'Accordo di Programma del 15 marzo 2000 ed integrativo del 19 dicembre 2005</p>

<p>Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)</p> <p>11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2008, art. 4, lett.c)</p>	
<p>12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)</p> <p>13. Erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità</p> <p>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)</p>	<p>Gli indirizzi di riferimento indicati sono stati perseguiti con l'Accordo di Programma del 15 marzo 2000 ed integrativo del 19 dicembre 2005</p>
<p>15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota protocollo n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6 a h dell'8/2/2006)</p>	<p>SI</p>
<p>16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma</p>	<p>La conformità è stata verificata per ciascuno degli obiettivi specifici indicati</p>

**CORRELAZIONE DELL'ADP CON ATTI DI
PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

Tabella 1

<i>ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO</i>	<i>NOTE</i>
Piano Sanitario Regionale vigente nella fase di definizione del programma	Piano Sanitario Regionale 2009-2011 che costituisce la programmazione regionale vigente nella fase di elaborazione del programma di investimenti.
Piano Rete Ospedaliera	Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 prevede l'aggiornamento delle due componenti della riorganizzazione ospedaliera che sono la riorganizzazione funzionale dei presidi ospedalieri portanti delle Aziende Sanitarie territoriali e la qualificazione degli ospedali delle Aziende Ospedaliere - Universitarie.

CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI

Tabella 2

<i>PROGRAMMA</i>	<i>PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO</i>	<i>NOTE</i>
Accordo di programma precedente: Accordo di programma del 15 marzo 2000 ed integrativo del 19 dicembre 2005	Programma completato al 100%	L'accordo quadro per gli investimenti prevede l'attivazione di opere di edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera per un importo complessivo di circa 283 milioni di €.
Programma AIDS e malattie infettive	Programma completato al 100%	Il programma prevede la realizzazione di 4 interventi per un importo complessivo di 15 milioni di €
Programma libera professione	Programma completato al 100%	Il programma prevede la realizzazione di 9

		interventi per un importo complessivo di 27 milioni di €
Programma materno infantile	Programma completato al 100%	Il programma prevede la realizzazione di 6 interventi per un importo complessivo di 1.6 milioni di €
Programma radioterapia	Programma completato al 100%	Il programma prevede la realizzazione di un intervento per un importo complessivo di 205 mila €
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	Non riguarda il Sistema Sanitario Umbro	Non riguarda il Sistema Sanitario Umbro

OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'A D P

Tabella 3a

OBIETTIVI GENERALI DELL'A D P

<i>OBIETTIVO</i>
Migliorare lo sviluppo qualitativo e quantitativo dell'offerta dei servizi sanitari

Tabella 3b

OBIETTIVI SPECIFICI DELL'A D P

<i>OBIETTIVI</i>	
1	Riorganizzazione della rete ospedaliera L'obiettivo specifico è quello di diversificare la risposta ospedaliera in base ai bisogni di salute, aumentare l'appropriatezza nell'offerta e nell'utilizzazione della rete ospedaliera
2	Ammodernamento tecnologico L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare le capacità di diagnosi ai progressi scientifici e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.
3	Adeguamento normativo e ristrutturazione L'obiettivo specifico è garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.

Tabella 3c

OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA

<i>OBIETTIVI</i>	<i>PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECED.</i>	<i>INDICATORI</i>	<i>PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECED.</i>
Riorganizzazione della rete ospedaliera	SI	Perseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione in termini di tassi di ricovero ospedaliero e di dotazione di posti letto	SI
Ammodernamento tecnologico	SI	Raggiungimento degli obiettivi di impegno finanziario fissati dalla L. 296/2006	SI
Adeguamento normativo e ristrutturazione	SI	Perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle strutture fissati dalla normativa nazionale	SI

**QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA
PROPOSTA DI A D P (IMPORTI IN MIGLIAIA DI €)**

Tabella 4

<i>ESERCIZIO FINANZIARIO</i>	<i>STATO</i>	<i>REGIONE</i>	<i>AZIENDE</i>	<i>TOTALE</i>
ANNO 2010	83.747.877,06	5.345.474,09	49.982.095,05	139.075.446,20

**PRESENZA NELL'A D P DI QUOTE DI FINANZIAMENTO
PER SPECIFICHE FINALITÀ**

Tabella 5

<i>LINEE DI FINANZIAMENTO CORRELATE</i>	<i>NUMERO INTERVENTI INTERESSATI</i>	<i>IMPORTO FINANZIAMENTI</i>	<i>NOTE</i>
Programma art. 71 L 448 /98	0	0	
Programma AIDS e malattie infettive	0	0	
Programma libera professione	0	0	
Programma materno infantile	0	0	
Programma radioterapia	0	0	
Programma cure palliative	0	0	
Programma INAIL	0	0	
Altro (es. Fondi Aree Sottoutilizzate)	0	0	

ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE

Tabella 6

TIPOLOGIA	N° INTERV.TI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		ST. DI FATT. TA'	DOC. PREL. ALLA PROG	PROG. PRELIM.	PROG. DEF.VO	PROG. ESEC.VO
NUOVA COSTR.NE	2			1	1	
RISTR.NE	6	5		1		
RESTAURO						
MANUT.NE	14	8		2		4
COMPL.TO						
TOTALE	22	14	0	3	1	4

FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INT. PER OB.	FINANZ.TO STATALE	FINANZ.TO REGIONALE	ALTRI FINANZ.NTI	COSTO COMPLESSIVO	INCID.ZA SUL PROGR. (%)
Riorganizzazio ne della rete ospedaliera	2	35.300.000,00	2.795.585,84	49.335.638,05	87.431.223,89	62,87%
Ammodername nto tecnologico	6	17.676.377,05	930.335,62		18.606.712,67	13,38%
Adeguamento normativo e ristrutturazione	20	29.421.500,01	1.548.500,00	646.457,00	31.616.457,01	22,73%
Totale	28	82.397.877,06	5.274.421,46	49.982.095,05	137.654.393,57	

NOTE

.....

FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

	<i>N° INT. PER C.</i>	<i>FINANZ.TO STATALE</i>	<i>FINANZ.TO REGIONALE</i>	<i>ALTRI FINANZ.TI</i>	<i>COSTO COMPLESSIVO</i>	<i>INCID.ZA SUL PROG. (%)</i>
Ospedali	15	60.147.000,41	4.103.322,70	49.335.638,05	113.585.961,16	82%
Assistenza territoriale	4	2.902.999,60	152.789,45		3.055.789,05	2%
Assistenza resid.le	4	3.021.500,00	159.026,32	646.457,00	3.826.983,32	3%
Sistemi informatici	1	5.500.000,00	289.473,68		5.789.473,68	4%
Appar.ture Altro	5	12.176.377,06	640.861,94		12.817.238,99	9%
Totale	29	83.747.877,06	5.345.474,09	49.982.095,05	139.075.446,20	100%

NOTE

.....

FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

	N° INT.TI PER TIP.	FINANZ.TO STATALE	FINANZ.TO REGIONALE	ALTRI FINANZ.TI	COSTO COMPL.VO	INC.ZA SUL PROG. (%)
a)Nuova costruzione	2	35.300.000,00	2.795.585,84	49.335.638,05	87.431.223,89	63%
b)Ristrutturazione	6	11.478.000,01	604.105,26		12.082.105,27	9%
c)Restauro						
d)Manutenzione	14	17.943.500,00	944.394,74	646.457,00	19.534.351,74	14%
e)Completamento						
f)Acquisto di Immobili	1	1.350.000,00	71.052,63		1.421.052,63	1%
g)Acquisto di attrezzature	6	17.676.377,05	930.335,62		18.606.712,67	13%

NOTE

VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

	PRESENZA ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
	P - A	
A1-Quadro demografico della Regione	<i>P</i>	Scostamenti dalla media nazionale per determinate fasce, particolari distribuzioni della popolazione sul territorio
A2 -Quadro epidemiologico della Regione	<i>P</i>	Scostamenti dalla media nazionale per incidenze o mortalità sul territorio
A3 -Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	<i>P</i>	Specialità interessate da mobilità passiva extraregionale con regioni contigue, presenze di poli di attrazione
A4-Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	<i>P</i>	Bacini di utenza su scala regionale o sub-regionale
A5 -Analisi dell'offerta	<i>P</i>	Collocazione dei presidi in funzione del ruolo che ricoprono nella rete
A6 -Criticità di accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici	<i>P</i>	Analisi delle liste di attesa per particolari tipologie di prestazioni

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE

	DATO REG.LE	DATO NAZ.LE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti	3,4	4	
pubblici	3,19		
privati	0,27		
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	0,26	0,5	
pubblici	0,22		
privati	0,04		
Tasso di ospedalizzazione per acuti	180,85	180	<i>Tasso grezzo (numero di casi sulla popolazione) Umbria popolazione e anziana</i>
Mobilità passiva per acuti	12,46		<i>Percentuale rispetto al totale dei dimessi</i>
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1000 residenti	15,22		

% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	5,08		<i>Percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale di anziani della popolazione e umbra</i>
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	338,85		
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residente	36,41		
Altro			

**ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A
SEGUITO DEGLI INTERVENTI**

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	<i>Ospedale del Lago Trasimeno in sostituzione dei presidi di Castiglione del Lago e Città della Pieve e Ospedale di Narni-Amelia in sostituzione dei presidi di Narni ed Amelia</i>
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	<i>L'Ospedale di Città della Pieve sarà riconvertito per l'attivazione dei seguenti servizi: R.S.A. a degenza breve con 20 posti letto; struttura residenziale per il trattamento terapeutico e riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) e del peso dell'età adulta (15 p.l. residenziali e 5 semiresidenziali) e Centro Alcolologico Residenziale per il trattamento terapeutico e riabilitativo delle persone con problemi di alcool (20 p.l.).</i>
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	3,25
Posti letto per riabilitazione lungodegenza per 1000 abitanti	0,34
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziale per 100.000 residenti	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Altro.....	

***ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI
TECNOLOGIE***

GRANDI APPARECCHIATURE	OFERTA ATTUALE	OFFEERTA PREVISTA	DATO NAZIONALE
TAC	14,70	16,62	25,3
RMN	9,05	9,05	13,5
ACCELERATORE LINEARE	2,26	2,26	4,6
GAMMA CAMERA	2,26	2,26	

*** numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti**

**ELENCO INTERVENTI PROGRAMMA INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE
SANITARIE REGIONE UMBRIA**

N.	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	FINANZ.TO STATALE	FINANZ.TO REGIONALE	FINANZ.TO AZ.LE	TOTALE
1	AUSL N. 1	Ospedale Città di Castello: antincendio, completamento struttura per libera prof. 2° stralcio, modifica strutturale ed impiantistica parte blocco elevatori (n.3), adeguamento strutturale ed impiantistico edificio ex chiesa lato nord, adeguamento sistema fognario e di scarico e sistemazione viabilità	2.111.500,40	111.131,60		2.222.632,00
2	AUSL N. 1	Ospedale di Umbertide- antincendio	237.500,00	12.500,00		250.000,00
3	AUSL N. 1	Città di Castello sede DIP ex INAM: adeguamento strutturale, impiantistico e di prevenzione incendi	587.499,60	30.921,03		618.420,63
4	AUSL N. 1	Alta Valle del Tevere e Alto Chiascio: adeguamento strutturale ed impiantistico di vari edifici sedi di Centri di Salute, Ambulatori e centri di erogazione servizi	465.500,00	24.500,00		490.000,00
5	AUSL N. 1	Ospedale Umbertide:Rinnovamento e ristrutturazione Reparto medicina e chirurgia - realizz. 2° e 3° stralcio	798.000,00	42.000,00		840.000,00
6	AUSL N. 2	Ospedale Territoriale Lago Trasimeno	17.650.000,00	1.866.638,47	17.983.361,53	37.500.000,00

7	AUSL N. 2	RSA S. Margherita: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	1.900.000,00	100.000,00	646.457,00	2.646.457,00
8	AUSL N. 2	RSA Seppilli: Adeguamento impianti DPR 14.1.97	665.000,00	35.000,00		700.000,00
9	AUSL N. 2	Varie attrezzature	1.585.000,00	83.421,05		1.668.421,05
10	AUSL N. 3	Osp.Spoleto: completamento norme antincendio	1.000.000,00	52.631,58		1.052.631,58
11	AUSL N. 3	Osp.Cascia: completamento opere antincendio	300.000,00	15.789,47		315.789,47
12	AUSL N. 3	Interventi di natura edilizia, impiantistica ed antincendio sede Distretto n. 3 e Unità di convivenza del DSM	500.000,00	26.315,79		526.315,79
13	AUSL N. 3	Osp. Norcia: interventi di natura edilizia, impiantistica e di compartimentazione	500.000,00	26.315,79		526.315,79
14	AUSL N. 3	Aggiornamento apparecchiature	2.350.000,00	123.684,21		2.473.684,21
15	AUSL N. 3	Ospedale Cascia: interventi di natura edilizia	110.000,00	5.789,47		115.789,47
16	AUSL N. 3	Ospedale e Hospice Spoleto: manutenzione straordinaria	790.000,00	41.578,95		831.578,95
17	AUSL N. 3	Trevi: interventi di natura edilizia con rifacimento della pavimentazione e dei controsoffitti	200.000,00	10.526,32		210.526,32
18	AUSL N. 3	Acquisto immobile Foligno da destinare a servizi sanitari	1.350.000,00	71.052,63		1.421.052,63
19	AUSL N. 4	Struttura Residenziale per anziani "Le Grazie": adeguamento CPI	256.500,00	13.500,00		270.000,00
20	AUSL N. 4	Digitalizzazioni immagini	2.093.500,00	110.184,21		2.203.684,21
21	AUSL N. 4	Ospedale Narni Amelia	17.650.000,00	928.947,37	31.352.276,52	49.931.223,89

22	AZ. OSP. PG	Adeguamento antisismico	4.000.000,00	210.526,32	4.210.526,32
23	AZ. OSP. PG	Adeguamento antincendio reparti ospedalieri vecchia struttura	2.000.000,00	105.263,16	2.105.263,16
24	AZ. OSP. PG	Manutenzione coperture aggetti e facciate	1.600.000,00	84.210,53	1.684.210,53
25	AZ. OSP. TR	Ospedale S. Maria: Adeguamento antincendio CPI, elevatori, impianti elettrici	3.420.000,00	180.000,00	3.600.000,00
26	AZ. OSP. TR	Attrezzature varie	4.647.877,05	244.625,11	4.892.502,16
27	AZ. OSP. TR	Ristrutturazione e riqualificazione funzionale logistica dei servizi sanitari	7.980.000,00	420.000,00	8.400.000,00
28	REGIONE UMBRIA	Sistema informativo	5.500.000,00	289.473,68	5.789.473,68
29	REGIONE UMBRIA	Centro Genomica Funzionale: attrezzature	1.500.000,00	78.947,36	1.578.947,36
TOTALE			83.747.877,06	5.345.474,09	139.075.446,20

APPENDICE

Il ciclo programmatico derivante dal decorso Piano sanitario è stato caratterizzato prevalentemente dall'impiego dei fondi della II fase del programma originario ex art.20 della L.67/88, cui si sono aggiunti altre fonti derivanti da specifiche politiche di settore nazionali quali i fondi per la realizzazione delle strutture per l'attività libero-professionale ex L. 254/2000, le risorse per il Piano alla lotta all'AIDS ex legge 135/90 e le risorse per il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative ex legge 39/99.

L'utilizzo delle risorse citate, integrate dalle risorse regionali derivanti dalla L.7/2004, ha sostenuto un vasto programma di ammodernamento e qualificazione che ha determinato il pressoché integrale rinnovo della rete ospedaliera regionale, a partire dalla realizzazione del Polo unico ospedaliero-universitario della città di Perugia.

Di seguito si riporta lo stato degli interventi programmati ex art.20:

INVESTIMENTO IN MIGLIAIA DI EURO								
	PROGRAMMA	SUPERF. INTERV. (mq)	POSTI LETTO (n. p.l.)	1° TRIENNIO (Migliaia di Euro)	2° FASE - 1° TRANCHE (Migliaia di Euro)	2° FASE - 2° TRANCHE (Migliaia di Euro)	TOT ART 20 (Migliaia di Euro)	STATO ATTUAZ.
1	ADEGUAMENTO IMPIANTI VARI	0	0	4.200	0	400	4.600	Concluso
2	OSP. CASTELLO	31.000	307	26.600	0	0	26.600	Concluso
3	OSP. CASTELLO POTENZ TECNO	0	0	4.100	0	0	4.100	Concluso
4	OSP. PERUGIA	103.000	500	19.800	70.200	0	90.000	Concluso

5	RSA MAGIONE	700	12	0	0	950	950	Concluso
6	OSP. FOLIGNO	53.000	400	11.000	55.000	0	66.000	Concluso
7	OSP. FOLIGNO POTENZ TECNO	0	0	0	0	4.600	4.600	Concluso
8	U.O.RIABIL. TREVI	6.200	40	7.400	2.500	0	9.900	Concluso
9	OSP. SPOLETO	10.000	200	5.400	5.100	0	10.500	Concluso
10	OSP. ORVIETO	25.000	200	22.300	0	0	22.300	Concluso
11	OSP. ORVIETO POTENZ TECNO	0	0	2.100	0	0	2.100	Concluso
12	OSP. TERNI – REALIZZAZIONE DEU	8.500	0	3.600	1.100	7.400	12.100	Concluso
13	RSA Le Grazie-TR	2.100	20	0	3.800	0	3.800	Concluso
14	OSPEDALE TODI- MARSCIANO	15000	130			20.680	20.680	Concluso
	TOTALE	254.500	1809	106.500	137.700	34.030	278.230	

Gli ulteriori investimenti programmati dalla Regione

Congiuntamente al Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria - istituito mediante l'art. 20 della legge 67/88 e che rimane il programma base del processo di ammodernamento delle strutture sanitarie- sono stati istituiti altri programmi mirati ad interventi per il miglioramento di strutture specifiche nel campo sanitario.

Interventi che la Regione Umbria ha programmato di concerto con le aziende sanitarie ed avviato nel tempo secondo la tempistica stabilita dalle stesse norme.

Il Piano di lotta e prevenzione Aids (L. 135/90)

Il piano prevede il finanziamento a totale carico dello Stato per la realizzazione di 4 interventi, per complessivi 87 nuovi posti letto per malati AIDS, così suddivisi:

PROGRAMMA	POSTI LETTO	INVESTIMENTO A TOTALE CARICO DELLO STATO	STATO ATTUAZIONE
CITTA' DI CASTELLO	7	685.733,18	CONCLUSO
PERUGIA	52	9.815.434,97	CONCLUSO
SPOLETO	7	1.293.472,82	CONCLUSO
TERNI	21	3.364.911,82	CONCLUSO
TOTALE	87	15.159.552,79	

I programmi sono stati completati e nonostante l'emergenza dell'AIDS sia rientrata rispetto alle proiezioni iniziali i reparti, dato le caratteristiche sanitarie e tecniche con le quali sono stati realizzati, svolgono attività di trattamento e cura delle malattie infettive.

Il piano di intervento nel settore materno-infantile

Con DGR 6081 del 23 settembre 1997, la Regione ha adottato il Programma di interventi per l'Area Materno Infantile di cui all'art. 3 della Legge 30 giugno 1996 n° 34. Il programma prevede la destinazione di risorse dell'art. 20 legge 67/88, per 1.674.000 euro (3.241 milioni di lire), per il potenziamento delle aree materno-infantile (consultori, parto assistito, ecc.) delle aziende sanitarie umbre.

Gli interventi sono stati tutti realizzati e posti in funzione.

Il finanziamento, come tutti i fondi art. 20 legge 67/88 prevede una quota del 95% a carico dello Stato ed il 5% a carico della Regione.

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZIONE
AZ OSP PERUGIA	319.000,00	17.000,00	336.000,00	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	175.000,00	9.000,00	184.000,00	CONCLUSO
ASL 1	85.500,00	4.500,00	90.000,00	CONCLUSO
ASL2	160.500,00	8.500,00	169.000,00	CONCLUSO
ASL 3	663.000,00	35.000,00	698.000,00	CONCLUSO
ASL 4	187.000,00	10.000,00	197.000,00	CONCLUSO
TOTALE	1.590.000,00	84.000,00	1.674.000,00	

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (art. 1 L. 39/99).

Il programma prevede la realizzazione di opere da destinare ai pazienti sottoposti a cure palliative nelle seguenti aziende USL, per i seguenti importi:

INTERVENTI	POSTI LETTO	1^ TRANCHE FINANZ.TO	2^ TRANCHE FINANZ.TO	TOTALE	STATO ATTUAZ.NE
ASL 1	5	326.893,79	182.915,04	509.808,84	CONCLUSO
ASL 2	12	784.498,03	438.969,10	1.223.494,13	CONCLUSO
ASL 3	7	457.580,81	256.081,06	713.661,87	CONCLUSO
ASL 4	9	588.408,83	329.247,08	917.655,91	CONCLUSO
TOTALE	33	2.157.381,46	1.207.239,28	3.364.620,75	

La concreta realizzazione di attività di cure palliative su tutto il territorio della Regione Umbria mira ad estendere le esperienze già maturate nella nostra Regione spostando risorse su una fascia di cittadini fino ad oggi emarginati, per superare la settorializzazione organizzativa attualmente prevalente.

Visto l'alto grado di integrazione che tale attività richiede si punta alla costruzione di una rete, come aggregazione funzionale di servizi

distrettuali e ospedalieri, in sinergia con la rete di solidarietà sociale presente nel territorio, a garanzia della continuità di cura del paziente terminale.

Le finalità generali del programma regionale sono rivolte a permettere ai servizi esistenti di operare con standard adeguati; portare a realizzazione il principio di equità per tutti i cittadini della regione, affinché in tutto il territorio si possa fruire di prestazioni di cure palliative, cercando di valorizzare anche come strategia le esperienze già attive nella nostra regione, circa l'implementazione dei servizi e le specifiche attività di formazione.

Il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale (d.lgs. 254/2000).

Il programma ha finanziato la realizzazione di nuovi interventi o la ristrutturazione di spazi nelle attuali strutture sanitarie con l'acquisto di attrezzature da destinare all'attività libero-professionale intramuraria. Gli investimenti complessivi sono pari a 27.029.412 euro suddivisi tra le 6 Aziende Sanitarie.

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZ.
AZ OSP PERUGIA	6.845.119,74	360.269,46	7.205.389,20	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	5.164.568,99	271.819,42	5.436.388,41	CONCLUSO
ASL 1	1.803.983,95	94.946,52	1.898.930,47	CONCLUSO
ASL2	4.669.803,28	245.779,12	4.915.582,40	CONCLUSO
ASL 3	4.652.760,20	244.882,12	4.897.642,32	CONCLUSO
TOTALE	25.677.941,61	1.351.470,61	27.029.412,21	

Il programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani - (art. 71 l. 448/98).

L'art.71 della L.448/98 ha previsto la realizzazione di un Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Il Piano si è prefisso tale scopo assumendo un approccio spiccatamente integrato tra i diversi segmenti di offerta assistenziale ed estendendosi a ricomprendere nella propria sfera di applicabilità anche interventi di tipo non strettamente sanitario ma comunque rilevanti ai fini dell'accessibilità ai servizi da parte dell'utenza.

La Regione dell'Umbria, è stata inserita nel programma con la città di Perugia destinando i fondi ottenuti ai seguenti interventi:

- Ristrutturazioni interne e sistemazione viaria area ex-Silvestrini;
- Realizzazione RSA "Il Grocco";
- Front -office e adeguamento funzionale e tecnologico poliambulatorio Europa;
- Servizio per le tossicodipendenze asl 2;
- Organizzazione/acquisizione/ristrutturazione Centri Salute;
- Strutture residenziali area psichiatrica parco S. Margherita;
- Centro residenziale riabilitazione neuromotoria.

Il piano di intervento prevede una spesa complessiva di circa 46 milioni di euro di cui 31 a carico dello Stato e 15 milioni di euro di cofinanziamento a carico delle due Aziende (ASL 2 ed Azienda Ospedaliera di Perugia), del Comune di Perugia della Regione e di soggetti privati.

Il Piano, suddiviso in 36 sottoprogetti, è stato approvato dalla Regione Umbria, con atto n .462 del 12 aprile 2000 e nel 2001

Ministero della salute ha ripartito le risorse finanziarie destinate alla Regione:

	INVESTIMENTO	STATO ATTUAZIONE
ASL 2	16.345.860,86	CONCLUSO
AZIENDA OSP. PG	11.362.051,78	CONCLUSO
PRIVATI	2.324.056,05	CONCLUSO
COMUNE DI PERUGIA	16.110.872,97	CONCLUSO
TOTALE	46.142.841,65	

Il programma finanziato con i fondi INAIL

L'INAIL, di concerto con il Ministero della Salute, pone a disposizione delle Regioni finanziamenti da destinare a strutture sanitarie. Nell'ambito di questo Programma l'Umbria ha realizzato il Nuovo Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, attivo dal 2008, con un investimento di circa 39 milioni di euro che, entrato già in funzione, ha sostituito i due ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino.

La legge Regionale n. 7 del 26 maggio 2004 e l'ammodernamento delle strutture sanitarie attraverso l'implementazione tecnologica

Come anticipato, il Piano investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 è stato uno strumento fondamentale per supportare il processo di razionalizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari regionali al quale si sono aggiunti nel tempo gli ulteriori finanziamenti descritti, derivanti da leggi statali volte a completare il disegno di modernizzazione e miglioramento della qualità dei servizi.

I finanziamenti descritti, pur integrati dal cofinanziamento regionale e aziendale, non sono stati sufficienti a coprire le reali esigenze della regione, data l'obsolescenza della rete ospedaliera e delle tecnologie disponibili.

Perciò, la Regione Umbria, con propria legge n. 7 del 26 maggio 2004, ha dettato disposizioni in materia di finanziamento degli investimenti del servizio sanitario regionale, assicurando così la

copertura finanziaria integrativa, necessaria a rafforzare il processo di riqualificazione edilizia, strutturale e tecnologica del patrimonio pubblico destinato all'erogazione dei servizi socio-sanitari.

In particolare sono stati assegnate nel periodo 2004-2007 le seguenti risorse, per un totale di € 74.900.000:

- ASL n. 1 - € 3.830.000 - implementazione tecnologica e delle attrezzature del nuovo ospedale comprensoriale di Gubbio-Gualdo Tadino;
- ASL n. 2 - € 7.000.000 - quota- parte per realizzazione ospedale di territorio del lago Trasimeno e realizzazione Palazzo della Salute di Bastia;
- ASL n. 3 - € 12.400.000 - potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Ospedale di Foligno;
- ASL n. 4 - € 5.000.000 - Attrezzature ed implementazione tecnologia ospedale comprensoriale di Narni-Amelia;
- Azienda Ospedaliera di Perugia - € 43.670.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Polo Unico Silvestrini,
- Azienda Ospedaliera di Terni - € 3.000.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione DEU.

Il Piano Investimenti nel suo complesso, inteso come insieme dei finanziamenti concessi e totalmente utilizzati con un apporto significativo di finanziamenti regionali, ha consentito all'Umbria di ammodernare la sua rete ospedaliera e sanitaria collocando la nostra Regione tra le prime per capacità attuativa e progettuale.

I progetti hanno avuto tutti un forte indirizzo verso la centralità del paziente e l'umanizzazione dell'assistenza, la qualità e la professionalità del personale curante. mantenendo e migliorando il già elevato standard qualitativo dell'assistenza umbra.

In particolare gli interventi realizzati hanno tenuto conto dell'integrazione con il territorio, la capacità del rinnovamento

tecnologico con conseguente impatto positivo sugli aspetti gestionali della Aziende Sanitarie e la salvaguardia dei valori paesaggistici della zona circostante.

