



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 FRIULI VENEZIA GIULIA

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

ARTICOLATO CONTRATTUALE

R

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 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 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 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 n. 65, del 2 agosto 2002, come modificata dalla delibera CIPE 63 del 20 dicembre 2004, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, n. 115 del 19 maggio 2005, “Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388”, nella quale viene riservata agli Enti di cui al citato art. 4, comma 15 della legge n. 412/1991 e successive modifiche la quota di euro 137.797.840,44;

VISTO il Decreto del Ministro della salute del 16 maggio 2006, pubblicato sulla G.U. n. 186 del 16 agosto 2006, che assegna ai citati Enti la somma di euro 66.097.840,00 e all’IRCCS Istituto per l’infanzia Burlo Garofolo di Trieste la somma di euro 2.724.760,00 per “Interventi edilizi e impiantistici”, a valere sulla sopra richiamata delibera CIPE 65/2002 come modificata dalla delibera CIPE 63/2004;

VISTO che con la succitata delibera CIPE n. 65/2002, di riparto alle Regioni della somma di euro 1.101.886.615,00, è attribuita alla Regione Friuli Venezia Giulia la somma di euro 13.100.372,00;

VISTA la delibera CIPE n. 4 del 25 gennaio 2008, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, n. 100, del 29 aprile 2008, di riparto delle risorse rese disponibili dalla citata legge n. 296 del 27 dicembre 2006, pari ad euro 2.424.971.723,98, per la prosecuzione del programma di investimenti ex art 20, L. 67/1988, e che riserva per interventi urgenti individuati dal Ministro della salute la somma di euro 45.000.000,00;

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 Friuli Venezia Giulia la somma di euro 43.727.381,50;

VISTA la delibera CIPE n. 58 del 2 aprile 2008, concernente il riparto della suddetta somma di riserva di euro 45.000.000,00 per la realizzazione di interventi strutturali e di ammodernamento tecnologico degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che assegna, in particolare, la somma di euro 11.400.000,00 all’Istituto per l’infanzia Burlo Garofolo di Trieste;

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 Friuli Venezia Giulia la somma di euro 52.931.198,10;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002, che di seguito si richiama ai sensi del punto 1 del predetto Accordo;

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 deliberazione giuntale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 2923 del 30 dicembre 2008, con la quale la Regione Friuli Venezia Giulia 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 28 gennaio 2002 dal Ministero della salute e dalla Regione Friuli Venezia Giulia, 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;

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 il Decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 12 maggio 2006, pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale, serie generale n. 154 del 5 luglio 2006*, recante "Ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'articolo 1, commi 310, 311 e 312 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006)";

VISTA la deliberazione giuntale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 1134 del 9 giugno 2010, concernente l'approvazione del Piano degli investimenti in sanità a modifica e integrazione della Delibera di Giunta Regionale n. 901/2006;

PRESO ATTO che:

- il programma decennale 2006-2015 approvato dalla Regione Friuli Venezia Giulia con DGR n. 901/2006, nel quale sono inseriti anche gli interventi di cui al presente Accordo di programma, destina circa 50 milioni di euro annui al finanziamento di acquisti di beni mobili e tecnologie destinati al potenziamento e ammodernamento tecnologico;
- negli ultimi anni, dal 2006 al 2009 l'importo complessivo destinato dalla Regione Friuli

Venezia Giulia a tale finalità è stato pari a circa 184 milioni di euro;

- e, pertanto, si ritiene che i programmi di investimento regionali attualmente in attuazione siano conformi alle indicazioni dell'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni di data 23 marzo 2005;
- VISTA la deliberazione giunta della Regione Friuli Venezia Giulia n. 1606 del 4 agosto 2010, relativa alla programmazione annuale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010;

VISTO il Protocollo d'Intesa stipulato in data 8 maggio 2007 fra IRCCS Burlo, AOU Ospedali Riuniti di Trieste e Regione Friuli Venezia Giulia, con il quale l'IRCCS Burlo si impegna a delegare l'AOU Ospedali riuniti a ogni necessario atto formale al fine dell'esercizio delle funzioni di stazione appaltante dell'intervento di realizzazione di ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e di realizzazione nuova sede dell'Ospedale Burlo, in particolare per la realizzazione della propria sede, pur mantenendo la piena titolarità nelle decisioni e nelle scelte progettuali relative alla sede stessa;

VISTO lo stesso protocollo d'Intesa con cui l'IRCCS Burlo si impegna a partecipare all'assunzione del costo dell'opera, per la parte relativa alla realizzazione della propria sede, mediante il ricavo dall'alienazione dell'attuale sede di via dell'Istria e mediante i contributi specifici assegnati all'Istituto da parte del Ministero della Salute;

VISTO il decreto del Direttore generale del Burlo n. 137 del 31 agosto 2010, come rettificato dal decreto n. 142 del 7 settembre 2010, con cui l'Istituto acconsente al trasferimento dei finanziamenti assegnati con delibera CIPE n. 58/2008 e con DM del 16 maggio 2006 all'AOU Ospedali Riuniti di Trieste, in qualità di stazione appaltante e soggetto attuatore dell'intervento;

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;

VISTA la deliberazione giunta della Regione Friuli Venezia Giulia n. 1256 del 23 giugno 2010, concernente l'adozione in via preliminare della documentazione relativa alla proposta del presente accordo di programma, costituita dallo schema di articolato contrattuale, dall'elenco degli interventi, dalle schede tecniche degli interventi e dal documento programmatico, ai sensi del succitato Accordo tra Governo, Regioni e 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";

PRESO ATTO che per quanto riguarda l'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (in attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004 relativo alla destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art. 20 al potenziamento e ammodernamento tecnologico), l'utilizzo dei fondi statali è destinato esclusivamente a opere di carattere edilizio e impiantistico e non all'acquisto di tecnologie, in quanto annualmente quota parte delle risorse regionali con cui viene finanziato il piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisto di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse devono concorrere in via prioritaria, per le Aziende nelle quali sono in corso o in fase di completamento interventi di nuova edificazione e ristrutturazione complessiva della sede ospedaliera, all'acquisizione degli arredi e delle attrezzature necessarie alle nuove sedi.

ACQUISITO, nella seduta del 15 luglio 2010, il parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute sul documento programmatico

complessivo;

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

VISTA la deliberazione giunta della Regione Friuli Venezia Giulia n. ____ del ____, di autorizzazione alla stipula del presente accordo di programma;

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 Friuli Venezia Giulia:

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 il precedente accordo, è finalizzato alla realizzazione di opere di riqualificazione e adeguamento della rete ospedaliera regionale e, in particolare:

- adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie,
- realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate,
- adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico),
- realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali.

La Regione Friuli Venezia Giulia, in accordo con gli indirizzi nazionali, sta già finanziando e comunque si impegna a proseguire, con programmi e risorse proprie, gli interventi destinati a:

- strutture residenziali destinate alle cure palliative e hospice;
- sistema informativi;
- strutture di assistenza odontoiatrica;
- potenziamento delle unità di risveglio dal coma;

nell'ambito delle necessità e delle priorità individuate dalla programmazione sanitaria regionale.

2. L'accordo è costituito da n. 3 interventi, facenti parte del programma della Regione Friuli Venezia Giulia 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 Friuli Venezia Giulia:

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
 - a) rispettare i termini concordati e indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario, proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo, con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 3;
 - d) utilizzare del tutto e 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 185.994.290,43, e concerne le opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: 100.524.253,75 euro a carico dello Stato, di cui euro 89.124.253,75 assegnate alla regione ed euro 11.400.000,00 assegnate all'IRCCS, ed euro 82.770.036,68 a carico della Regione.

Alla somma di euro 100.524.253,75 va aggiunto lo stanziamento di euro 2.700.000,00 già assegnata all'IRCCS Burlo Garofolo e già iscritta in bilancio.

Le risorse residue pari a euro 51.228.901,76, saranno utilizzate dalla Regione Friuli Venezia Giulia con un successivo Accordo di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.



Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

RISORSE	Risorse a carico dello Stato			Risorse a carico della Regione	TOTALI
	Assegnate alla Regione	ex Delibera CIPE 58/2008	ex D.M. 16 maggio 2006 già iscritte in bilancio		
Risorse ex art. 20, L. 67/1988 assegnate alla Regione	89.124.253,75				89.124.253,75
Risorse a carico della Regione				82.770.036,68	82.770.036,68
Risorse ex art. 20, L. 67/1988 assegnate all'IRCCS Burlo G.		11.400.000,00	2.700.000,00		14.100.000,00
Risorse statali da iscrivere in bilancio	100.524.253,75				185.994.290,43

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di euro 100.524.253,75, è articolato secondo le assegnazioni citate nelle premesse e di seguito indicate:
 - a) per l'importo di euro 30.594.203,91, quale revoca operata dal D.I. 12 maggio 2006 e pertanto derivante dalle risorse assegnate alla Regione dalla 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";
 - b) per l'importo di euro 13.100.372,00 da risorse assegnate alla Regione dalla delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002 e successive modificazioni;
 - c) per l'importo di euro 43.727.381,50 da risorse assegnate alla Regione dalla delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 98;
 - d) per l'importo di euro 1.702.296,34 a valere sulle risorse pari ad euro 52.931.198,10 assegnate alla regione dalla delibera CIPE 18 dicembre 2008, n. 97;
 - e) per l'importo di euro 11.400.000,00 dalla delibera CIPE n. 58/2008, che assegna tale finanziamento all'Istituto per l'infanzia Burlo Garofolo di Trieste per la realizzazione di interventi strutturali e di ammodernamento tecnologico.

3. Il piano finanziario di cui al comma 1 comprende l'importo a carico dello Stato di euro 2.700.000,00, a valere sull'assegnazione di euro 2.724.760,00 attribuita all'IRCCS, Istituto per l'infanzia Burlo Garofolo di Trieste dal D.M. del 16 maggio 2006, già iscritto in bilancio.

4. In attuazione degli investimenti suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di Programma, potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio 2010 le somme derivanti dalle assegnazioni statali necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.

B

5. 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 dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione degli interventi 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 gli interventi 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 degli interventi (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 della competente Direzione Generale 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 gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti di servizi di cui al D.Lgs n. 163/2006 e della normativa europea in materia;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14.01.1997 e alla normativa regionale di attuazione.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione o dell'Azienda appositamente delegata, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla legge 492/1993.

Articolo 7 **(Indicatori)**

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

Articolo 8 **(Comitato Istituzionale di Gestione e Attuazione)**

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti, nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e 3 in rappresentanza della Regione Friuli Venezia Giulia.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma, nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della Regione al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9 **(Soggetto responsabile dell'Accordo)**

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il _____

R

2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni e iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare le azioni svolte e i risultati ottenuti;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia e inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

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

Articolo 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'intervento e ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando le 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 realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della salute: _____

Il Ministero dell'economia e delle finanze: _____

La Regione: _____

Roma, _____

Regione Friuli Venezia Giulia
Elenco degli interventi

della proposta di Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 L. 67/1988

<i>Interventi</i>	<i>Importo Complessivo</i> €	<i>Fondi Statali</i> €	<i>Fondi regionali</i> €	
			<i>5%</i>	<i>altri fondi regionali</i>
Intervento n.1: Compendio di Cattinara (Trieste): Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	45.429.677,84 (*) 14.100.000,00	2.391.035,68 742.105,26	77.337.181,22
Intervento n.3: Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
TOTALI	185.994.290,43	89.124.253,75 (*) 14.100.000,00	5.432.855,46	77.337.181,22

(*) Somma assegnata all'IRCCS di Trieste dal D.M. 16 maggio 2006 per euro 2.700.000,00 e dalla Delibera CIPE n. 58/2008 per euro 11.400.000,00.

Nel quadro finanziario non viene inserito il valore derivante dalle alienazioni dell'attuale sede dell'IRCCS Burlo: tale operazione verrà effettuata una volta realizzata la nuova sede e completato il trasferimento della struttura. I proventi derivanti da queste e da eventuali altre alienazioni di beni immobili aziendali saranno utilizzati a sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con l'Azienda interessata.





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 FRIULI VENEZIA GIULIA

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

ADDENDUM

GENNAIO 2013

IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

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

- 43.727.381,50 euro, attribuiti alla Regione FVG con delibera CIPE n. 98/2008 (Modifica della delibera CIPE n. 4/2008 - Riparto tra Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano della disponibilità di 2.424.971.723,98 euro per la prosecuzione del Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della L. 67/1988 – Finanziaria 2007);
- 52.931.198,10 euro, attribuiti alla Regione FVG con delibera CIPE n. 97/2008 (Riparto delle risorse finanziarie pari a 3.000.000.000,00 euro, stanziata dalla L. 244/2007 per la prosecuzione del Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della L. 67/1988 – Finanziaria 2008);
- 30.594.203,91 euro, da riprogrammare in conseguenza alla revoca del precedente Accordo, ai sensi dell'art. 1, commi 310-312, della L. 266/2005;
- 13.100.372,00 euro, di cui alla delibera CIPE n. 65/2002.

Al finanziamento di uno degli interventi compresi nel presente Accordo concorrono anche 14.100.000,00 euro attribuiti all'IRCCS "Burlo" di Trieste, di cui 11.400.000,00 euro nell'ambito del riparto di cui alla delibera CIPE n. 58/2008 e 2.700.000,00 euro relativi a stanziamenti precedentemente attribuiti per la realizzazione della nuova sede dell'IRCCS giusto D.M. 16/05/2006. Il programma è costituito da 3 interventi, relativi a opere di ristrutturazione, adeguamento normativo e funzionale e ampliamento o di nuova edificazione di edifici afferenti ai tre ospedali di alta specialità e rilievo regionale/nazionale della Regione: rete ospedaliera triestina (Ospedale di Cattinara e Ospedale infantile "Burlo"), Ospedale di Pordenone e Ospedale di Udine:

- **Intervento n. 1**
Comprensorio di Cattinara (Trieste): Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo
- **Intervento n. 2**
Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone
- **Intervento n. 3**
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto

L'entità del programma di cui al presente Accordo è complessivamente pari a 365.994.290,43 euro.

Il quadro economico dei tre interventi è riassunto nella seguente tabella:

Interventi	Importo Complessivo €	Fondi Statali €	Fondi regionali €	
			5%	altri fondi regionali
Intervento n.1: Comprensorio di Cattinara (Trieste): Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	32.533.579,60 14.100.000,00	1.712.293,66 742.105,26	90.912.021,48
Intervento n.2: Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone	180.000.000,00	64.125.000,00	3.375.000,00	112.500.000,00
Intervento n.3: Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
TOTALI	365.994.290,43	140.353.155,51 14.100.000,00	8.129.113,44	203.412.021,48

La proposta è stata trasmessa dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze in data 14 settembre 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 89.124.253,75 a cui si aggiunge l'importo di euro 11.400.000,00 per l'intervento relativo all'IRCCS Burlo Garofolo e l'importo di euro 2.700.000,00 a valere sul D.M. 16/05/2006. Alla luce di tale disponibilità la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia:

- conferma la programmazione regionale di tutti gli interventi previsti;
- individua quali prioritari l'intervento n. 1 relativo al Comprensorio di Cattinara e l'intervento n. 3 relativo alla riqualificazione del Polo Ospedaliero di Udine, per i quali conferma il mantenimento senza modifiche di contenuto, di modalità di realizzazione (appalto diretto) e di importo complessivo previsto.

Sotto l'aspetto finanziario:

- L'intervento n. 1 relativo al Comprensorio di Cattinara è confermato nell'importo complessivo di euro 140.000.000,00 di cui euro 45.429.677,84 a carico dello Stato a cui si aggiungono i finanziamenti già assegnati all'Istituto Burlo Garofolo per complessivi euro 14.100.000,00 di cui 11.400.000,00 a valere sulla Delibera Cipe n. 58/2008 ed euro 2.700.000,00 a valere sul D.M. 16/05/2006.
- L'intervento n. 3 è confermato nell'importo complessivo di euro 45.994.290,43, di cui euro 43.694.575,91 a carico dello Stato ed euro 2.299.714,52 quale 5% a carico della Regione;
- Il finanziamento a carico della regione è pari a euro 82.770.036,68, di cui euro 5.432.855,46 quale quota corrispondente al 5% d'obbligo ed euro 77.337.181,22 quale ulteriore cofinanziamento regionale.

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

QUADRO FINANZIARIO

Interventi	Importo Complessivo €	Fondi Statali €	Fondi regionali €	
			5%	altri fondi regionali
Intervento n.1: Comprensorio di Cattinara (Trieste): Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	45.429.677,84 (*) 14.100.000,00	2.391.035,68 742.105,26	77.337.181,22
Intervento n.3: Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
TOTALI	185.994.290,43	89.124.253,75 (*) 14.100.000,00	5.432.855,46	77.337.181,22

(*) Somma assegnata all'IRCCS di Trieste dal D.M. 16 maggio 2006 per euro 2.700.000,00 e dalla Delibera CIPE n. 58/2008 per euro 11.400.000,00.

Nel quadro finanziario non viene inserito il valore derivante dalle alienazioni dell'attuale sede dell'IRCCS Burlo: tale operazione verrà effettuata una volta realizzata la nuova sede e completato il trasferimento della struttura. I proventi derivanti da queste e da eventuali altre alienazioni di beni immobili aziendali saranno utilizzati a sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con l'Azienda interessata.



FRIULI VENEZIA GIULIA - ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'UTILIZZO DEI FONDI STATALI EX ART.20 L 67/1988 - ANNO 2010 (DGR 2649 DD. 26.11.2009)

Programma di Riferimento: ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'UTILIZZO
DEI FONDI STATALI EX ART.20 L 67/1988 - ANNO 2010 (DGR 2649 DD.
26.11.2009)

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

Numero Interventi: 2

Costo Complessivo Atto: 185.994.290,43

Costo a Carico dello stato dell'atto: 103.224.253,75

Costo Complessivo degli interventi: 185.994.290,43

Costo a Carico dello Stato Interventi: 103.224.253,75

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2013	20.000.000,00	REGIONE
2014	62.770.036,68	REGIONE
2013	103.224.253,75	STATO

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea Investimento	Importo	Provvedimento	Importo
A20	103.224.253,75	Deliberazione CIPE del 06/05/1998 - n. 52 - II fase	43.694.575,91
		Deliberazione CIPE n. 97 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2008	14.100.000,00
		Deliberazione CIPE n. 98 del 18/12/2008 - Riparto Risorse Finanziaria 2007	45.429.677,84

Lista Interventi

Titolo: RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA TRIESTINA - COMPENSORIO DI CATTINARA - RISTRUTTURAZIONE E AMPLIAMENTO DELL'OSPEDALE DI CATTINARA E REALIZZAZIONE DELLA NUOVA SEDE DELL'OSPEDALE INFANTILE BURLO

Descrizione:

Codice Intervento: 060.060913.H.002

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune:

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Ente Responsabile: 060913 - AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Sede Erogazione: AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Soggetto Responsabile: FRANCESCO COBELLO

Costo Complessivo: 140.000.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 59.529.677,84

Finanziamento Statale

Codice Quota: 060.060913.H.002.01

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

Importo a carico dello Stato: 45.429.677,84

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

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	20.000.000,00	REGIONE
2014	60.470.322,16	REGIONE
2013	45.429.677,84	STATO



Codice Quota: 060.060913.H.002.02

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

Importo a carico dello Stato: 14.100.000,00

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

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2013	14.100.000,00	STATO



**Titolo: RIQUALIFICAZIONE DEL POLO OSPEDALIERO UDINESE -
REALIZZAZIONE DEL NUOVO EDIFICIO DEGENZE E SERVIZI SANITARI -
III LOTTO**

Descrizione:

Codice Intervento: 060.060916.H.005

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune:

Stazione Appaltante: AZIENDA OSPEDALIERA AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE

Ente Responsabile: 060916 - AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE

Sede Erogazione: AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE

Soggetto Responsabile: WALTER TONIATI

Costo Complessivo: 45.994.290,43

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 43.694.575,91

Finanziamento Statale

Codice Quota: 060.060916.H.005.01

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

Importo a carico dello Stato: 43.694.575,91

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE DEL 06/05/1998 - N.
52 - II FASE

Piano Finanziario della Quota

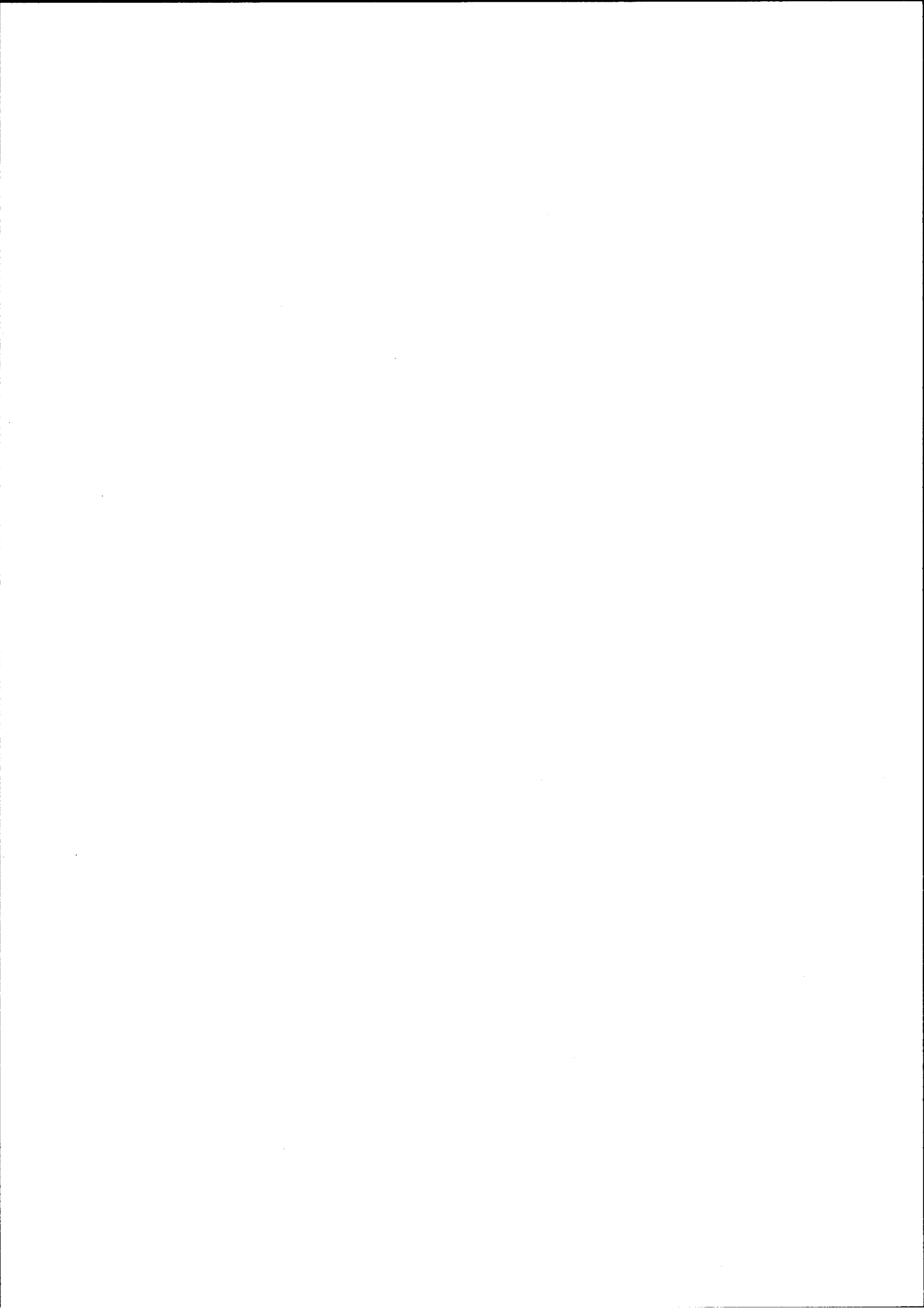
Anno	Importo	Fonte
2014	2.299.714,52	REGIONE
2013	43.694.575,91	STATO

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Accordo di programma
per il settore degli investimenti in sanità
art. 20 L. n. 67/1988**

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Maggio 2010



0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.1) IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

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

- 43.727.381,50 euro, attribuiti alla Regione FVG con delibera CIPE n. 98/2008 (Modifica della delibera CIPE n. 4/2008 - Riparto tra Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano della disponibilità di 2.424.971.723,98 euro per la prosecuzione del Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della L. 67/1988 – Finanziaria 2007);
- 52.931.198,10 euro, attribuiti alla Regione FVG con delibera CIPE n. 97/2008 (Riparto delle risorse finanziarie pari a 3.000.000.000,00 euro, stanziata dalla L. 244/2007 per la prosecuzione del Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della L. 67/1988 – Finanziaria 2008);
- 30.594.203,91 euro, da riprogrammare in conseguenza alla revoca del precedente Accordo, ai sensi dell'art. 1, commi 310-312, della L. 266/2005;
- 13.100.372,00 euro, di cui alla delibera CIPE n. 65/2002.

Al finanziamento di uno degli interventi compresi nel presente Accordo concorrono anche 14.100.000,00 euro attribuiti all'IRCCS "Burlo" di Trieste, di cui 11.400.000,00 euro nell'ambito del riparto di cui alla delibera CIPE n. 58/2008 e 2.700.000,00 euro relativi a stanziamenti precedentemente attribuiti per la realizzazione della nuova sede dell'IRCCS.

Il programma è costituito da 3 interventi, relativi a opere di ristrutturazione, adeguamento normativo e funzionale e ampliamento o di nuova edificazione di edifici afferenti ai tre ospedali di alta specialità e rilievo regionale/nazionale della Regione: rete ospedaliera triestina (Ospedale di Cattinara e Ospedale infantile "Burlo"), Ospedale di Pordenone e Ospedale di Udine:

- Intervento n. 1
Comprensorio di Cattinara (Trieste): Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo
- Intervento n. 2
Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone
- Intervento n. 3
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto

La tempistica di attuazione dei singoli interventi è la seguente:

	intervento n. 1	intervento n. 2	intervento n. 3
data inizio lavori	2013	2012	2013
data fine lavori	a partire da 2017	2016	2016
data di aggiudicazione prevista	2012	2012	2012
data prevista per l'attivazione	a partire dal 2017	2017	2017

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Accordo di programma
per il settore degli investimenti in sanità
art. 20 L. n. 67/1988**

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Maggio 2010

F. Filippone

L'entità del programma di cui al presente Accordo è complessivamente pari a 365.994.290,43 euro.

Il quadro economico dei tre interventi è riassunto nella seguente tabella:

	<i>Importo complessivo</i>	<i>Fondi statali</i>	<i>Fondi regionali</i>	
			<i>5%</i>	<i>altri fondi regionali *</i>
Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	32.533.579,60 14.100.000,00	1.712.293,66 742.105,26	90.912.021,48
Nuovo ospedale di Pordenone	180.000.000,00	64.125.000,00	3.375.000,00	112.500.000,00
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: nuovo edificio degenze e servizi sanitari III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
	365.994.290,43	140.353.155,51 14.100.000,00	8.129.113,44	203.412.021,48

* in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente
Nel quadro non viene inserito il valore derivante dalle alienazioni dell'attuale sede dell'IRCCS Burlo e dell'attuale comprensorio ospedaliero di Pordenone: tali operazioni verranno effettuate una volta realizzate le nuove sedi e completato il trasferimento delle relative strutture. I proventi derivanti da queste e da eventuali altre alienazioni di beni immobili aziendali saranno utilizzati a sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con le Aziende interessate.

0.2) QUADRO FINANZIARIO

Oltre al finanziamento statale assegnato con le delibere CIPE n. 98/2008 e n. 97/2008, gli interventi di cui al presente Accordo sono finanziati con fondi regionali in misura superiore al 5 % (quota minima di autofinanziamento regionale). Nella tabella seguente viene riportato l'ammontare dei fondi in conto capitale che concorrono al finanziamento degli interventi:

Fondi statali	Riparto 2007 – Regione FVG	43.727.381,50	140.353.155,51
	Riparto 2008 – Regione FVG	52.931.198,10	
	Fondi revocati ex art. 1, commi 310-312, della legge n. 266/2005	30.594.203,91	
	Fondi ex delibera CIPE di data 65/2002	13.100.372,00	
Fondi statali	Riparto 2007 – quota IRCCS	11.400.000,00	14.100.000,00
	Fondi precedenti – quota IRCCS	2.700.000,00	
Fondi regionali *	(compresa quota di autofinanziamento - 5%)		211.541.134,92
	totale		365.994.290,43

* in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente

Nel quadro finanziario non viene inserito il valore derivante dalle alienazioni dell'attuale sede dell'IRCCS Burlo e dell'attuale comprensorio ospedaliero di Pordenone: tali operazioni verranno effettuate una volta realizzate le nuove sedi e completato il trasferimento delle relative strutture. I proventi derivanti da queste e da eventuali altre alienazioni di beni immobili aziendali saranno utilizzati a sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con le Aziende interessate.

0.3) SINTESI DI RACCORDO CON IL PASSATO E CON QUANTO GIÀ REALIZZATO NELLE PRECEDENTI FASI DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTO

I fondi statali finora attribuiti alla Regione FVG attraverso vari programmi di investimenti, con i relativi utilizzi e avanzamenti alla data del 31.12.2009, sono di seguito riassunti:

	Importo complessivo	% utilizzo dei fondi statali	Interventi attivati e avanzamento al 31.12.2009
Art. 20 L. 67/1988 I fase	186.246 milioni di lire pari a 96,2 milioni di euro	100 %	16 di 16
Art. 20 L.67/1988 II fase – Messa in sicurezza	26,3 milioni di euro	100 %	0 di 1 (avanzamento dei lavori pari al 96 %)
Art. 20 L. 67/1988 II fase – Accordo di programma 2001 (dopo la revoca ex art. 1, commi 310-312, della legge n. 266/2005)	151,0 milioni di euro	56 %	2 di 5 (avanzamento complessivo dei lavori pari al 75 % circa)
L. 135/1990	24.115 milioni lire pari a 12,5 milioni di euro	100 %	3 di 3
Programma hospice	5,7 milioni di euro	51 %	2 di 4 (avanzamento complessivo dei lavori pari al 45 % circa)
Radioterapia	0,3 milioni di euro	100 %	1 di 1
	294,0 milioni di euro	76 %	24 di 31

I principali risultati raggiunti con l'attuazione dei programmi fino ad oggi e, a regime, con il loro completamento, in termini di impatto sul patrimonio strutturale e sull'offerta dei servizi assistenziali, riguardano la riorganizzazione della rete ospedaliera e il miglioramento strutturale e impiantistico di molte strutture e possono essere sinteticamente così descritti:

- realizzazione e/o completamento di 4 ospedali (Ospedale S.Polo di Monfalcone, Ospedale di Palmanova-Jalmicco, Ospedale S.Giovanni di Dio di Gorizia, parte del nuovo ospedale di Udine);
- ristrutturazione, ampliamento e adeguamento normativo e funzionale di 2 Ospedali (Ospedale Maggiore di Trieste, IMFR Gervasutta di Udine)
- realizzazione di 5 RSA (Palmanova-Sottoselva, Codroipo, Tarcento, 2 a Trieste);
- realizzazione di 3 reparti per AIDS/malattie infettive (Trieste, Udine e Aviano);
- realizzazione di due centri per cure palliative (Latisana e S.Vito al Tagliamento), mentre altri due

sono di futuro completamento/realizzazione (Cividale del Friuli e Udine)

- interventi vari di ristrutturazione e adeguamento di varie sedi ospedaliere e territoriali.

A tali fondi, attribuiti direttamente alla Regione, si aggiungono i fondi attribuiti agli IRCCS Burlo di Trieste e CRO di Aviano e all'ex PUGD di Udine (ora confluito nell'AOU di Udine), negli ultimi dieci anni circa:

	Destinatario	Importo complessivo
Art. 20 L. 67/1988 quota IRCCS, IZS e Policlinici	IRCCS Burlo di Trieste	16,6 milioni di euro
Art. 20 L. 67/1988 quota IRCCS, IZS e Policlinici	IRCCS CRO di Aviano	24,0 milioni di euro
Art. 20 L. 67/1988 quota IRCCS, IZS e Policlinici	ex PUGD di Udine	2,1 milioni di euro

Con gli interventi di cui al presente Accordo la Regione intende proseguire nell'adeguamento della propria rete ospedaliera, andando in particolare a riqualificare l'offerta per acuti di alta specialità e di riferimento regionale e sovregionale, in quanto gli interventi interessano le tre Aziende ospedaliere del servizio Sanitario regionale (di cui due sono aziende ospedaliero-universitarie) e uno degli IRCCS presenti sul territorio regionale, l'IRCCS Burlo di Trieste.

0.4) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI

Gli interventi di cui al presente Accordo sono relativi all'adeguamento e ampliamento o alla nuova edificazione di quattro ospedali di alta specialità e rilievo regionale/nazionale della Regione FVG: Ospedale Cattinara di Trieste, Ospedale infantile Burlo di Trieste, Ospedale di Udine, Ospedale di Pordenone. Pertanto l'obiettivo generale cui concorre il presente Accordo è il rinnovamento complessivo della rete dell'offerta sanitaria ospedaliera dell'alta specialità, al fine di

- aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie
- ridurre le liste di attesa
- permettere una risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici
- garantire la sicurezza del paziente
- garantire gli standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture.

Fra gli obiettivi specifici vi sono:

- adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie,
- realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate,
- adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico),
- realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali.

Tali obiettivi da una parte consentono di migliorare l'offerta sanitaria e specialistica per acuti su tutto il territorio regionale, dall'altra orientano a un uso più razionale delle risorse destinate alle attività sanitarie ospedaliere permettendo di convogliare parte della disponibilità verso attività sanitarie territoriali.

0.5) SINTESI DELLA COERENZA INTERNA CON GLI OBIETTIVI CONTENUTI NEGLI ALTRI LIVELLI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE E DELLE CORRELAZIONI E DELLE COERENZE ESTERNE DELLA STRATEGIA CONTENUTA NELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Per quanto riguarda la programmazione nazionale, l'articolazione del presente Accordo prevede numerosi e importanti punti di contatto con la programmazione sanitaria nazionale, relativamente all'offerta sanitaria per acuti, alle modalità e alla qualità dell'erogazione di tale offerta e alla necessità di creare reti di integrazione fra i vari poli di erogazione delle prestazioni sanitarie per acuti.

Con riferimento al Patto per la Salute 2010/2012, i punti di contatto sono:

- attenzione ai criteri di efficienza e appropriatezza al fine di contribuire a garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione del Servizio sanitario regionale;
- attenzione allo standard dei posti letto ospedalieri del 4 per mille abitanti.

La realizzazione degli interventi compresi nel presente Accordo è da leggersi nel contesto generale di riorganizzazione non solo della rete ospedaliera, ma dell'intero Sistema sanitario regionale; pertanto gli interventi di cui al presente Accordo possono intendersi come uno dei passi che la Regione sta percorrendo per il raggiungimento degli obiettivi connessi alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza ospedaliera e post ospedaliera, di qualificazione dell'assistenza specialistica, di connessione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale.

Gli interventi di cui al presente Accordo sono compresi nel programma regionale degli investimenti in sanità (DGR 901/2006, così come modificata dalla DGR 10/2009 e 1134/2010), del quale costituiscono il nucleo fondamentale per entità, per contenuti e finalità.

Sono, inoltre coerenti con gli obiettivi dell'attuale programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale individuati negli "Indirizzi pluriennali delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali regionali" (di cui alla DGR di generalità n. 2668 del 03.12.2008), sulla base dei quali la Giunta regionale ha approvato con DGR n. 465 dd. 11.03.2010 il Piano sanitario e socio-sanitario 2010-2012, soprattutto per quanto riguarda la modifica della struttura e delle funzioni della rete ospedaliera per migliorarne l'efficienza e la funzionalità e la riorganizzare la rete delle alte specialità ospedaliere, concentrando competenze professionali e tecnologiche per diagnosi e cure di particolare complessità o rarità presso centri di alta specializzazione a cui tutti gli altri ospedali fanno riferimento anche favorendo la mobilità di professionisti ed equipe, anche prescindendo dagli assetti istituzionali delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie.

0.6) SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO

Il presente documento è redatto in conformità alle indicazioni normative nazionali e regionali in materia, con particolare riferimento a:

- art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni che, al fine di semplificare le procedure per la realizzazione degli interventi ex art. 20 L. 67/1988, ha previsto la possibilità di stipula di Accordi di Programma tra il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze e le Regioni interessate, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;
- Accordo Stato-Regioni del 19.12.2002, sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;

- Accordo Stato-Regioni del 28.02.2008, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- Decreto del Presidente della Repubblica 07.03.2006 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008";
- Patto per la Salute 2006/2008, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;
- Patto per la Salute 2010/2012, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;
- art. 1, comma 796, lettera n) della legge n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007);
- delibera CIPE n. 98/2008 "Modifica delibera CIPE n. 4/2008 relativa al riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano della disponibilità di 2.424.971.723,98 euro stanziata dall'art. 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296/2006, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e successive modificazioni";
- art. 2, commi 279 e 280 della legge n. 244/2007 (legge finanziaria 2008)
- delibera CIPE n. 97/2008 "Riparto delle risorse finanziarie, pari a 3 miliardi di euro, stanziata dalla legge n. 244/2007, per la prosecuzione del programma pluriennale nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e successive modificazioni"

- Legge regionale n. 41/1993 - Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502
- Legge regionale n. 13/1995 - Revisione della rete ospedaliera regionale
- Legge regionale n. 49/1996 - Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria
- Legge regionale n. 23/2004 - Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione
- Legge regionale n. 7/2009 - Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale
- DGR 1633/1998 - PIMT- 1995/1997: Approvazione Piano regionale per le malattie oncologiche
- DGR 1487/2000 - DGR 3854/1999: PIMT per il triennio 2000-2002. Approvazione linee guida per la gestione delle RSA
- DGR 486/2002 - DM 28/1999 e DM 05/2001: Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali
- DGR 3235/2004 - Approvazione del Progetto obiettivo materno infantile e dell'età evolutiva. Approvazione definitiva
- DGR 3236/2004 - LR 23/2004, art. 7 comma 2: Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ)
- DGR 606/2005 - Approvazione del Piano regionale della riabilitazione (proposto con DGR n. 3237/2004)
- DGR 2862/2005 - Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005/2007 - Approvazione
- DGR 901/2006 - Modalità di finanziamento del programma degli investimenti nel servizio sanitario regionale, così come modificata dalla DGR 10/2009 - Piano degli investimenti in sanità: Ospedale e Cittadella della salute di Pordenone e dalla DGR 1134/2010 - Piano degli investimenti in sanità - modifica delle modalità di realizzazione di alcune opere previste nella dgr 901/2006 e smi
- DGR 2267/2006 - Terzo piano sangue e plasma regionale per il triennio 2006/2008
- DGR 2735/2006 - Interventi sulla governance del Servizio sanitario regionale
- DGR n. 2843/2006 - Piano regionale sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008
- DGR di generalità n. 2668/2008 - Indirizzi pluriennali pluriennali delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali regionali
- Libro verde sul futuro del sistema socio-sanitario regionale - Verso il piano sanitario e socio-

sanitario 2010-2012

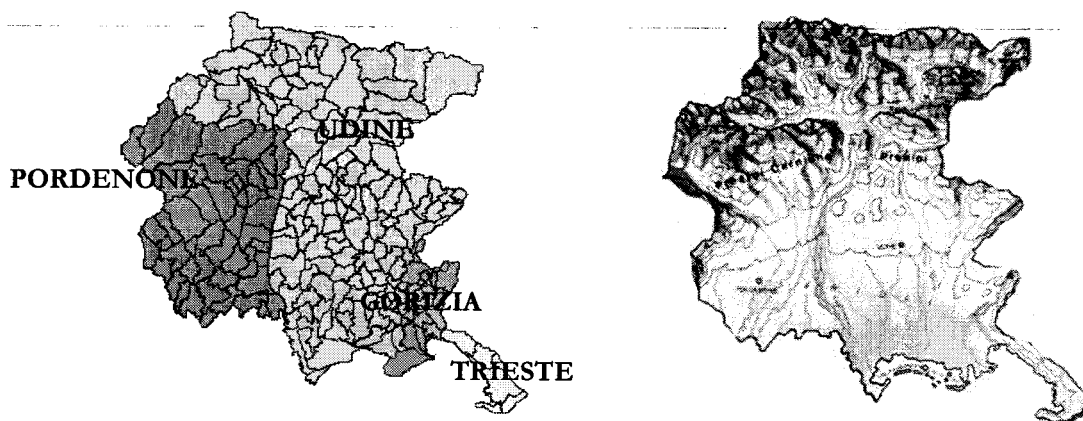
- DGR n. 465/2010 - Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2010-2012
- Linee annuali per la gestione del SSR e piani annuali consolidati preventivo e consuntivo delle Aziende e degli Enti del SSR

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

1.1) SITUAZIONE DEL CONTESTO E BISOGNI CHE NE CONSEGUONO

1.1.1) QUADRO SOCIO-ECONOMICO

La regione Friuli Venezia Giulia è suddivisa in quattro Province: Udine, Trieste, Pordenone e Gorizia. In regione solamente cinque comuni su 219 superano i 25.000 abitanti (gli stessi comuni insistono sul 3% dell'intero territorio regionale), e di questi cinque solamente due superano i 50.000 (Pordenone e Udine) e uno solo (Trieste) supera i 200.000 abitanti. La gran parte dei Comuni presenta densità abitative inferiori ai 150 abitanti/kmq (132 su 219); densità crescenti si registrano attorno a poche polarità principali identificate principalmente con i capoluoghi di provincia e la zona portuale della provincia goriziana. Da questi dati emerge chiaramente una delle principali peculiarità della regione: una forte e diffusa ruralità. Non si riscontra la presenza di aree urbane con particolari situazioni di degrado.



In linea generale, comunque, al di là delle evidenti differenziazioni connesse alla ripartizione amministrativa provinciale del territorio, una ripartizione più funzionale sul piano programmatico può essere quella che vede il territorio regionale suddiviso in tre macro tipologie di aree:

- I poli urbani (o aree prevalentemente urbanizzate) corrispondono ai quattro capoluoghi di Provincia, nei quali risiede circa il 33% della popolazione regionale, con una densità demografica pari a 1.780 ab/kmq (Tabella 1). Quali centri urbani, essi sono caratterizzati da una significativa presenza del terziario e da una discreta attività manifatturiera, ma non escludono totalmente le attività del settore primario: in alcuni casi la "campagna" si spinge fino a lambire gli abitati stessi; nel caso di Trieste, alcune aziende agricole si ritrovano addirittura inglobate nel tessuto residenziale.

- Le aree di pianura e di collina a sviluppo misto (agricolo ed extragricolo) all'interno delle quali si riscontrano sia vere e proprie aree di pianura sia aree di collina (il 61,8% del territorio regionale) ad elevata densità abitativa (174 ab/kmq) e consistente crescita demografica (3%) ove figurano sia aree più urbanizzate ed economicamente industrializzate sia aree maggiormente rurali, per lo più ad agricoltura intensiva specializzata.
- Le aree di montagna, con problemi complessi di sviluppo e corrispondenti alla zona altimetrica della montagna comprendono 58 dei 219 comuni della regione, per una superficie territoriale pari al 42,5%, mentre la popolazione ivi censita nel 2005 è pari ad appena il 5,8% del totale regionale. Sono caratterizzate, infatti, da una bassissima densità demografica (21,1 ab/kmq) e da un consistente processo di spopolamento (vedi Tabella 1).

Aree	Comuni	Popolazione residente		Superficie territoriale		Densità abitativa (ab/kmq)
	n.	Anno 2005	%	kmq	%	
Poli urbani	4	392.522	32,4	220,5	2,8	1.780,3
Aree di pianura e collina a sviluppo agricolo ed extragricolo	157	747.934	61,8	4.293,8	54,7	174,2
Aree di montagna	58	70.447	5,8	3.342,2	42,5	21,1
Regione FVG	219	1.210.903	100,0	7.856,5	100,0	154,1

Tabella 1 - Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Il sistema economico territoriale della regione appare notevolmente diversificato a causa sia di questioni legate alla morfologia del territorio sia di ragioni storiche. Per quanto riguarda il primo aspetto, la presenza di una consistente fascia montana ha inevitabilmente portato a una concentrazione delle strutture insediative in generale (e di conseguenza di quelle economiche) nelle zone di pianura; per quanto riguarda il secondo aspetto le zone di confine sono sempre state considerate poco strategiche ai fini della localizzazione delle attività produttive, in particolar modo lungo un confine che per anni è stato debole.

Tali specificità hanno condizionato notevolmente alcuni caratteri del sistema economico territoriale regionale: in generale, nelle province di Udine e Pordenone si attesta la maggior concentrazione del settore primario e secondario mentre la presenza del settore terziario e del terziario avanzato, per quanto presente in modo diffuso su tutto il territorio regionale, caratterizza in modo sostanziale le province di Trieste e Gorizia.

Siti con particolari problemi ambientali

A seguito delle disposizioni del DM 16.05.1989 il Ministero dell'ambiente ha finanziato il Piano regionale di bonifica delle aree inquinate del territorio della Regione Friuli Venezia Giulia, redatto dalla società INTERCONS - International Consulting srl di Roma sulla base della convenzione 19.12.1991 n. rep. 5716. Il Piano regionale di bonifica delle aree inquinate del territorio della Regione Friuli Venezia Giulia, approvato con DGR n. 1976 dd. 28.04.1995, ha individuato 151 siti potenzialmente contaminati a seguito del contatto accidentale o continuativo con attività o sostanze elencate dal DM 16.05.1989. tale piano è in fase di adeguamento a quanto previsto dal decreto legislativo n. 152 dd. 04.04.2006.

Per ciascuno dei 151 siti è stata compilata una scheda con i seguenti dati:

- riferimenti localizzativi
- fonte della segnalazione
- elementi caratterizzanti
- informazioni di natura idrogeologica
- informazioni di natura urbanistico- paesaggistica.

Una volta individuate in base all'analisi svolta sul sito, la causa del degrado o il livello di

penetrazione della contaminazione rispetto ai corpi idrici, i siti sono stati raggruppati in sette categorie, identificate con le lettere dalla A alla G:

- A) discarica di RSU aperta anteriormente all'entrata in vigore del DPR 915/1982;
- B) area industriale con smaltimento all'interno del proprio perimetro;
- C) area di cava utilizzata come discarica abusiva;
- D) altre aree utilizzate come discariche abusive;
- E) falda;
- F) corsi d'acqua naturali ed artificiali e lagune persistentemente contaminati;
- G) altro.

Nel 1996 la Regione ha stipulato una Convenzione con l'Università degli Studi di Trieste, per la realizzazione di uno studio sull'inquinamento da metalli mediante l'impiego di licheni.

Lo studio ha riguardato il campionamento e l'analisi dei licheni in 114 stazioni localizzate, per lo più, in siti compresi nel Piano regionale di bonifica approvato nel 1995 costituendo, di fatto, uno strumento di possibile integrazione, aggiornamento e verifica delle informazioni contenute nel Piano stesso.

La sintesi dello studio effettuato su 16 metalli pesanti, ha fornito delle indicazioni sullo stato di salute dei licheni e sulla potenziale presenza di inquinanti in alcune aree del territorio regionale, già evidenziate nel Piano regionale di bonifica delle aree inquinate, mediante l'elaborazione di un indice sintetico di naturalità.

Per tali aree si è dunque valutata l'estensione e la diffusione della contaminazione con conseguente rivalutazione delle ipotesi di intervento di bonifica. La conferma ha riguardato la contaminazione di alcuni siti già inclusi nel Programma a breve termine, i cui interventi di bonifica richiedevano opportuni approfondimenti di indagini e valutazioni più attente.

In particolare, è stata riconfermata la contaminazione da mercurio nella fascia meridionale della Provincia di Udine, con particolare riferimento ai comuni di Torviscosa, S.Giorgio di Nogaro e Marano Lagunare, lungo i fiumi Aussa e Corno, fino alla Laguna di Marano, zona che include i siti identificati dal Piano succitato con i codici UD04F (Laguna di Marano), UD06B (Torviscosa capoluogo Z.I.), UD34F (Fiume Corno a valle di Porto Nogaro) e UD35F (Fiume Aussa a valle del canale Banduzzi).

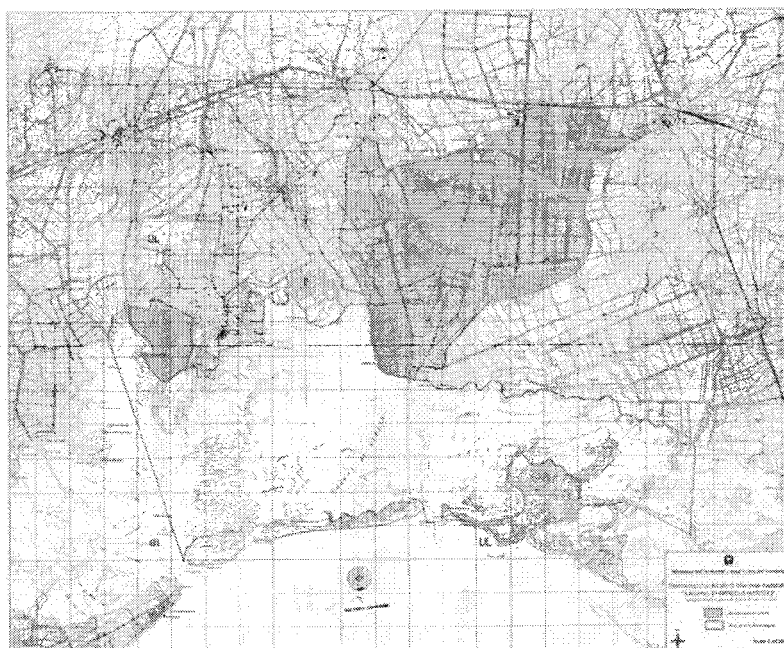
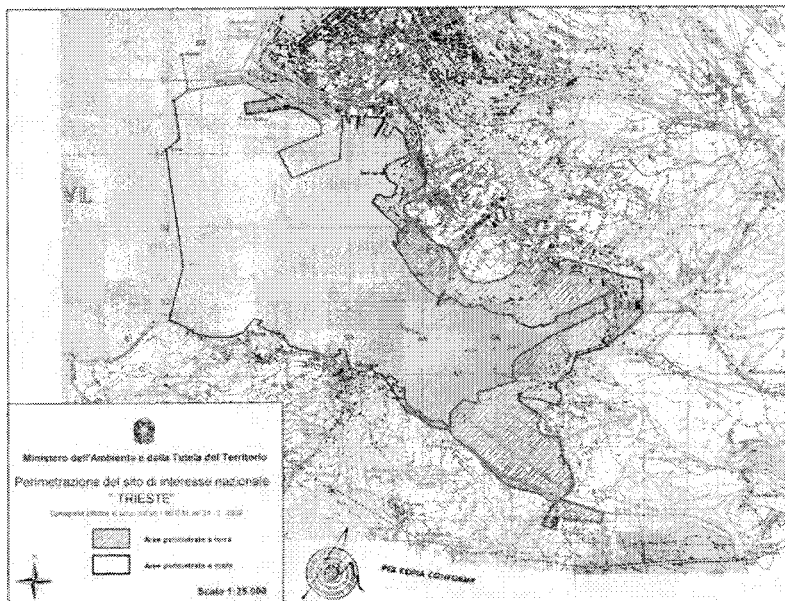
Negli ultimi anni il settore del Telerilevamento per l'analisi ambientale ha avuto un notevole sviluppo; sono stati prodotti nuovi sensori da montare su piattaforme aeree e/o satellitari con crescente risoluzione spaziale e spettrale, e sono state sviluppate nuove metodologie di analisi dei dati ambientali che consentono di mettere a disposizione in modo rapido e sintetico grandi moli di dati, complementari e di supporto ai lunghi e onerosi rilievi sul terreno.

Uno di questi sensori, denominato MIVIS, di proprietà del Consiglio Nazionale delle Ricerche, rappresenta oggi uno strumento unico nel suo genere per numero e caratteristiche delle bande, ed è stato applicato con successo in diversi settori di studio quali la determinazione delle coperture in cemento-amianto, l'analisi di siti adibiti a discarica, lo studio di zone paludose, lagunari e marine, la classificazione della vegetazione. Il servizio disciplina gestione rifiuti ha verificato la possibilità di utilizzo anche per il settore di propria competenza, mediante una sperimentazione di monitoraggio ambientale su aree adibite a discarica, siti inquinati, siti inquinati inseriti nella perimetrazione dei siti inquinati di interesse nazionale, coperture in cemento amianto.

Tramite due apposite convenzioni sono stati eseguiti due distinte campagne di riprese aeree; una nel 2000 e una nel 2003.

Il Programma nazionale di bonifica e ripristino ambientale dei siti inquinati previsto dall'articolo 1, comma 3 della legge 9 dicembre 1998, n. 426, e adottato con decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio 18 settembre 2001, n. 468, ha individuato tra gli interventi di bonifica di interesse nazionale quelli relativi ai siti di Trieste e della Laguna di Grado e Marano. La perimetrazione dei due siti è stata definita con i decreti del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio n. 638 e 639/RIBO/M/DI/B del 24.02.2003.

Gli interventi compresi nel presente Accordo di programma non rientrano in tali perimetrazioni.



Nel 2005 nasce il Sistema Informativo dei siti inquinati e delle aree degradate (SIQUI), a seguito della necessità del Servizio disciplina gestione rifiuti della Direzione centrale ambiente e lavori pubblici di operare la reingegnerizzazione delle banche dati relative ai siti inquinati e alle aree degradate e del database geografico precedentemente realizzati dai proprio funzionari. SIQUI è un applicativo gestionale suddiviso in varie sezioni che permette la gestione in modo condiviso tra gli utenti dei dati amministrativi, tecnici e cartografici in architettura web. Nel 2007 la Regione ha completato il censimento dei siti contaminati e l'anagrafe dei siti contaminati e/o potenzialmente contaminati ai sensi dell'art. 251 del DLgs. 152/2006.

1.1.2) QUADRO DEMOGRAFICO

I residenti in Friuli Venezia Giulia al 31 dicembre 2007 sono 1.224.981, di cui 593.749 maschi e 631.232 femmine. L'incremento dell'ultimo anno considerato (+0,7%) consolida il trend di crescita demografica che ha caratterizzato l'ultimo decennio.

La struttura per età della popolazione rivela il progressivo invecchiamento della popolazione regionale: negli ultimi dieci anni, infatti, si è verificata una rilevante crescita della popolazione ultra 75-enne, di quella compresa tra 65 e 74 anni e di quella sotto i 14 anni, mentre la fascia di abitanti in età lavorativa presenta un leggero, ma progressivo, declino.

La piramide dell'età relativa ai residenti in Friuli Venezia Giulia distinti per genere al 31 dicembre 2007 presenta gradini più bassi (età inferiore ai 25 anni) oramai sempre più erosi non solo rispetto all'età adulta, ma anche rispetto alle età più avanzate (65 anni e oltre), confermando così il continuo processo di invecchiamento della popolazione (Fig. 1).

Il progressivo invecchiamento è legato al continuo aumento della speranza di vita e a tassi di fecondità della popolazione abbondantemente al di sotto dei 2 figli per donna in età fertile (soglia in grado di garantire il ricambio generazionale). Negli ultimi anni la speranza di vita è di 84,3 anni per le donne e di 78,9 per gli uomini, in linea con i valori nazionali; rispetto al 2006 la crescita a livello regionale è di 0,4 e di 0,6 anni, rispettivamente per donne e uomini. Il tasso di fecondità, che ha toccato i punti più bassi negli anni Ottanta e Novanta, mostra una non trascurabile ripresa: si passa da 1,1 figli medi per donna in età fertile nel 1995 a 1,3 nel 2007 a livello sia regionale sia nazionale. Il Friuli Venezia Giulia registra una variazione di tasso di fecondità pari allo 0,34 % rispetto all'anno 1995, risultato che colloca la regione ai vertici della graduatoria di tutte regioni italiane, subito dopo l'Emilia Romagna.

Alla fine del 2007 gli individui con 65 anni e più rappresentano il 23% della popolazione regionale (20% in Italia), mentre i giovani fino a 14 anni sono soltanto il 12% (14% in Italia), la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari ai due terzi del totale. L'età media della popolazione è pari a 45 anni, mentre quella italiana è pari a 43. Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, il Friuli Venezia Giulia raggiunge valori tra i più elevati in Italia facendo contare nel 2007, in costante crescita negli ultimi anni, 189 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni, rispetto ai 140 anziani riscontrati a livello nazionale. La crescita dei valori degli indici di dipendenza strutturale e di dipendenza anziani; in regione negli ultimi anni, evidenzia che il numero di persone in età adulta si sta proporzionalmente riducendo rispetto al resto della popolazione e in particolare di quella anziana.

L'andamento demografico descritto determina saldi naturali (differenza tra nascite e decessi) inesorabilmente negativi. La popolazione del Friuli Venezia Giulia, tuttavia, continua, in termini assoluti, a crescere (circa 9.000 unità, pari a 5,3 persone per mille abitanti). Tale incremento è determinato dal saldo migratorio positivo, che risulta numericamente più elevato rispetto al saldo naturale. La capacità attrattiva della regione, similmente a quanto riscontrato negli ultimi anni, si rafforza in base alle stime 2007, così come in tutte le altre regioni italiane, in particolare in quelle del Centro-Nord.

Gli stranieri residenti in Friuli Venezia Giulia alla fine del 2007 rappresentano il 6,8% della popolazione complessiva (83.709 unità), oltre tre volte il dato del 1998.

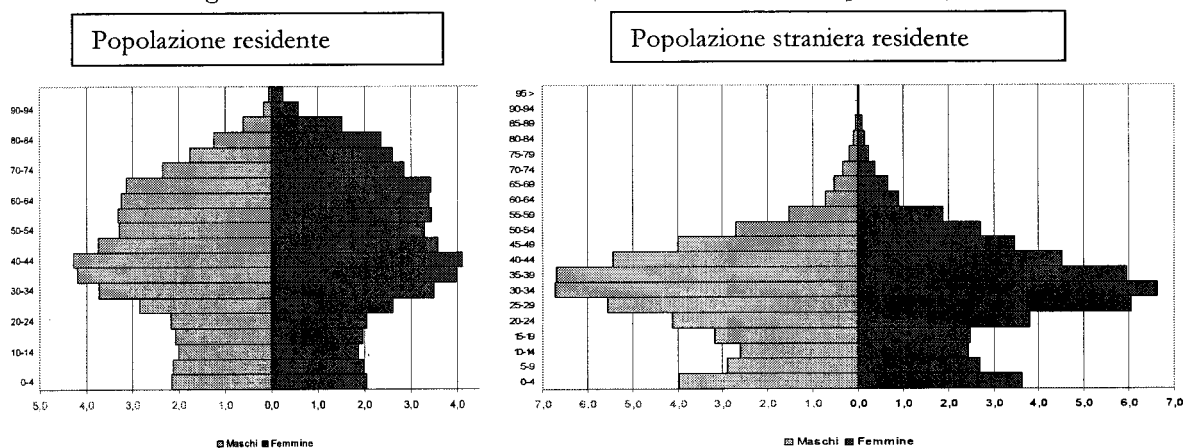
Gli stranieri nati in Friuli Venezia Giulia costituiscono l'11,5% del totale dei residenti e rappresentano un segmento della popolazione in costante crescita; essi costituiscono una "seconda generazione", perché non sono immigrati, ma, essendo figli di genitori stranieri, possiedono la cittadinanza straniera. I bambini nati da genitori stranieri costituiscono il 14% del totale dei nati in regione. Essi formano la componente più rilevante dell'aumento complessivo dei minori di cittadinanza straniera, che rappresentano il 21,4% del totale della popolazione straniera residente al 31 dicembre 2007; la parte rimanente è costituita dai minori giunti in regione per ricongiungimento familiare.

Le migrazioni dall'estero producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e adulte. Gli stranieri residenti in Friuli Venezia Giulia hanno un'età media di soli 32 anni, rispetto alla media generale (calcolata tenendo conto di tutti i residenti), che è di 45 anni. Rapportando la popolazione straniera al complesso della popolazione residente secondo le varie classi d'età, si riscontra un'incidenza più elevata di stranieri

nelle classi più giovani (8,7% tra i minorenni e 10,8% per gli individui di età compresa tra i 18 e i 39 anni) rispetto alle fasce di età più adulte.

Dall'esame della piramide delle età (Fig. 1) emerge la concentrazione di popolazione straniera nelle fasce di età lavorativa, a discapito delle fasce di età degli anziani e dei bambini in età scolare, e l'esistenza di una base molto più consistente e concentrata nei primi anni di vita, dovuta all'elevata fecondità dei residenti stranieri. Circa un residente straniero su due ha un'età compresa tra i 18 ed i 39 anni (48,5%) e oltre uno su cinque è minorenne (21,2%). Si registra una quota significativa di adulti tra 40 a 64 anni (27,8%), mentre molto esigua è quella degli ultra 65-enni (2,8%).

Fig. 1 Piramide di età FVG - anno 2007 (dati al 31 dicembre, valori percentuali)



Si conferma quindi che gli stranieri costituiscono una parte rilevante della popolazione in età da lavoro, in particolare in quelle realtà territoriali caratterizzate da un maggiore invecchiamento della popolazione.

Sulla base dei dati esposti è possibile delineare delle previsioni demografiche, finalizzate alla stima dell'evoluzione futura della regione nel medio periodo, formulando della ipotesi sui livelli di fecondità, di sopravvivenza e di migratorietà del territorio in esame. A tale scopo si utilizzano le previsioni demografiche rese disponibili dall'Istat, che vanno dal 1° gennaio 2008 al 1° gennaio 2031, e si fornisce lo "scenario centrale" basato su un set di stime puntuali ritenute "verosimili" che, costruite in base alle recenti tendenze demografiche, rappresentano quelle di maggiore interesse per gli utilizzatori.

Il confronto tra le previsioni dei cittadini complessivamente residenti e le previsioni limitate ai soli stranieri consente, per differenza, la determinazione delle previsioni dei cittadini di nazionalità italiana, per nascita o acquisizione.

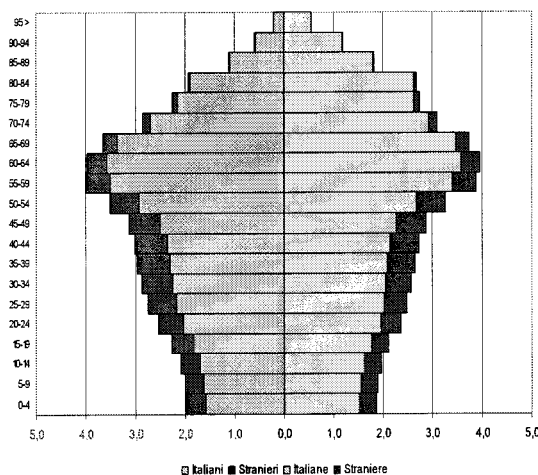


Fig. 2 Piramide di età della popolazione, FVG 2031. Scenario centrale (dati al 1° gennaio, valori percentuali)

Nello scenario centrale da un contingente iniziale di 1.141.272 residenti italiani nel 2008 si scende a 1.118.810 entro il 2031, registrando una perdita di 22.462 unità rispetto al 2007, corrispondenti ad un tasso di decremento medio annuale dello 0,21%. Sempre più rilevante risulterà la crescita della popolazione straniera, che alla fine del 2007 conta 83.709 unità e rappresenta il 6,8% della popolazione residente del Friuli Venezia Giulia e che entro il 2031 si prevede possa raggiungere la quota di 179.884 unità (13,9%).

1.1.3) QUADRO EPIDEMIOLOGICO

La speranza di vita alla nascita in Friuli Venezia Giulia nel 2006 è di 78,2 anni nei maschi e di 83,9 anni nelle femmine, sovrapponibile a quella media nazionale. La speranza di vita a 65 anni per i residenti in regione è di 17,4 anni nei maschi e 21,6 nelle femmine.

La mortalità in regione è più elevata rispetto al resto d'Italia in entrambi i sessi. I tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause oltre il primo anno sono pari a 97,93 per 10.000 nei maschi e 56,78 per 10.000 nelle femmine, più alti di quelli nazionali pari rispettivamente a 93,26 e 54,22 per 10.000. Rispetto al resto d'Italia in regione si muore di meno per malattie del sistema circolatorio, e si muore di più in entrambi i sessi per tumori, malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente e per cause violente.

L'elevata mortalità per cause violente è dovuta soprattutto ai tassi molto alti di incidenti stradali (4,06 per 1.000 nel 2005).

Da segnalare anche l'elevato tasso di infortuni sul lavoro, pari 71,13 per 1.000 nel 2005, più alto della media nazionale.

Per quanto riguarda la distribuzione delle cause di morte nella popolazione residente, nel 2006 la prima causa di morte per i residenti in regione è rappresentata per i maschi dai tumori (tasso standardizzato pari a 42,34 per 10.000), seguita dalle malattie cardiovascolari (39,67 per 10.000). Per le femmine al primo posto sono le malattie cardiovascolari (26,77 per 10.000), seguite dai tumori (22,98 per 10.000).

Le principali cause di morte si distribuiscono in modo diverso in base all'età: fino a 45 anni infatti la prima causa di morte è rappresentata dalle cause violente, dai 45 ai 74 anni la prima causa di morte è data dai tumori e oltre i 75 anni si muore di più per malattie cardiovascolari.

Un fenomeno in preoccupante aumento è la prevalenza di malattie croniche legato anche al progressivo invecchiamento della popolazione. Il 12,5% delle persone residenti dichiarano di avere almeno una malattia cronica grave e la percentuale sale al 35,7% negli ultrasessantacinquenni.

Un altro aspetto rilevante è dato dall'impatto delle neoplasie, che continuano a registrare tassi di incidenza e di mortalità più alti rispetto al resto d'Italia.

Nel 2005 sono circa 7800 le persone residenti a cui è stato diagnosticato un tumore maligno (esclusi i tumori della pelle non melanoma) per circa 8400 nuove diagnosi complessive tumorali (4600 negli uomini e 3800 nelle donne. La vasta maggioranza delle diagnosi viene fatta in persone di 65 o più anni (68,7% negli uomini; 63,6% nelle donne), confermando che le malattie neoplastiche riguardano soprattutto gli anziani, una fascia di popolazione particolarmente numerosa in regione.

Complessivamente, in Friuli Venezia Giulia ogni anno vengono diagnosticati 794 tumori/100.000 uomini e 603 tumori/100.000 donne. Negli uomini (tabella A) i tumori più frequenti sono quelli della prostata (185 casi/100.000), del colon-retto (108 casi/100.000), del polmone (105 casi/100.000) e della vescica (70 casi/100.000). Le sedi tumorali più frequenti nelle donne (tabella B) sono la mammella (187 casi/100.000), il colon-retto (78 casi/100.000), il polmone (39 casi/100.000) e lo stomaco (29 casi/100.000).

Ogni anno inoltre circa 4200 persone muoiono per aver contratto una malattia neoplastica, 2300 uomini e 1900 donne. I tumori responsabili del maggior numero di morti nei maschi sono il carcinoma del polmone (96 morti/100.000 abitanti), del colon-retto (44/100.000), del fegato (34/100.000) della prostata (31/100.000) e dello stomaco (39/100.000). Nelle donne, 299/100.000 muoiono annualmente per malattie neoplastiche, ed il carcinoma della mammella (50

morti/100.000), il carcinoma del colon-retto (34/100.000), del polmone (31/100.000), pancreas (24/100.000) e stomaco (23/100.000) rappresentano le 5 più comuni cause di morte neoplastiche.

Tabella A. Tassi di incidenza (annuali x100.000 ab.), grezzi e standardizzati sulla popolazione europea, delle 10 sedi tumorali più frequenti. Friuli Venezia Giulia, Maschi

Sede tumorale	N. casi anno	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Prostata	1076	184,9	12,7
Colon e retto	632	108,5	71,6
Polmone	613	105,3	68,7
Vescica	406	69,8	45,4
Vie aerodigestive superiori	241	41,3	30,7
Stomaco	223	38,4	25,2
Fegato	195	33,5	22,3
Rene e vie urinarie	186	31,9	22,1
Linfomi non-Hodgkin	139	24,0	17,6
Pelle, melanoma	124	21,2	16,1
Totali, escluso pelle non-melanoma	4624	794,1	539,9

Tabella B. Tassi di incidenza (annuali x100.000 ab.), grezzi e standardizzati sulla popolazione europea, delle 10 sedi tumorali più frequenti. Friuli Venezia Giulia, Femmine

Sede tumorale	N. casi anno	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Mammella	1164	186,9	127,0
Colon e retto	485	78,0	40,4
Polmone	241	38,7	20,1
Stomaco	182	29,2	12,8
Corpo dell'utero	1450	24,0	15,4
Pancreas	144	23,1	10,8
Linfomi non-Hodgkin	133	21,4	12,6
Ovaio	116	18,6	12,5
Pelle, melanoma	113	18,2	13,6
Rene e vie urinarie	97	15,6	8,9
Totali, escluso pelle non-melanoma	3755	603,3	360,8

1.1.4) ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO

Ospedalizzazione

I tassi di ospedalizzazione dei residenti in Friuli Venezia Giulia sono diminuiti sensibilmente dalla seconda metà degli anni '90 al 2004 per stabilizzarsi in seguito in quasi tutte le aziende della regione. Nel 2007 i ricoveri dei residenti in ospedali pubblici e privati regionali sono 196.741 pari ad un tasso grezzo di 148,3 per 1.000. Il tasso grezzo di ospedalizzazione comprensivo di fuga extraregionale è pari a 160,6 per 1.000, più basso rispetto alla media nazionale.

I tassi di ospedalizzazione crescono sensibilmente con l'età e sono pari a 77,2 per 1.000 nella fascia di età 0-14, 119,1 per 1.000 nella fascia 16-64 e 322,1 per 1.000 nella popolazione di 65 anni e oltre. Nel decennio 1998-2007 si è assistito a un aumento dei ricoveri chirurgici in day surgery, che nel 2007 rappresentano il 12,7% di tutti i ricoveri, e nello stesso periodo si è verificata una contrazione

dei ricoveri ordinari di tipo medico che sono scesi dal 48,5% al 41,6% dei ricoveri totali.

I ricoveri di tipo ordinario chirurgico rappresentano circa il 28-30% dei ricoveri totali nell'intero periodo considerato.

Distribuzione delle dimissioni per tipologia

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
DH chirurgico	6,8%	8,1%	9,5%	11,2%	12,5%	13,7%	13,7%	13,3%	12,7%	12,7%
DH medico	10,3%	10,8%	10,6%	10,1%	9,4%	9,2%	9,0%	9,1%	9,6%	9,6%
DRG mal definiti e del neonato	4,7%	4,7%	4,9%	4,6%	4,5%	4,8%	4,9%	5,0%	5,1%	5,2%
Ricovero ordinario chirurgico	28,0%	29,0%	29,9%	30,2%	30,8%	28,8%	29,3%	29,3%	29,4%	29,6%
Ricovero ordinario medico	48,5%	45,7%	43,6%	42,4%	41,5%	42,2%	41,8%	42,3%	42,0%	41,6%
Ricovero protratto	1,7%	1,7%	1,5%	1,5%	1,3%	1,3%	1,2%	1,1%	1,2%	1,3%

(Per Ricoveri protratti si intendono le dimissioni dai reparti di Fisioterapia e Lungodegenza, di tipo riabilitativo o post-acute)

Negli ultimi anni l'ospedalizzazione regionale ha raggiunto valori ottimali in relazione agli standard previsti dalla pianificazione nazionale e regionale: 160 ricoveri ogni 1000 abitanti. Pur a fronte di un previsto sostanziale mantenimento dei livelli di ospedalizzazione attualmente raggiunti, il triennio 2010-2012 è tuttavia destinato a registrare alcuni cambiamenti nella struttura della domanda quale conseguenza di macro tendenze epidemiologiche che riguardano prevalentemente l'area medica, l'oncologia, la cardiologia e le patologie croniche.

Ferma restando la continua attenzione al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate per garantire adeguati standard qualitativi, l'attenzione della programmazione sanitaria regionale è rivolta a migliorare l'appropriatezza delle modalità erogative delle prestazioni ospedaliere attraverso:

- l'aumento della risposta a domanda attualmente affrontata con ricovero ordinario attraverso i ricoveri in regime diurno (day hospital - day surgery) o con modalità quali il week hospital;
- l'aumento della risposta ambulatoriale per alcune prestazioni attualmente risolte in day hospital, utilizzando modalità innovative quali il day service;
- nonché l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse attraverso interventi sugli aspetti organizzativi dell'offerta ospedaliera.

Di seguito sono, invece, segnalate, in estrema sintesi, alcune situazioni di maggiore criticità corrispondenti ad altrettanti obiettivi della programmazione regionale non ancora realizzati, così come risultanti dalla verifica dello stato di attuazione del PSSR 2006/2008 che è stata posta alla base del nuovo PSSR 2010/2012. In particolare per l'area dell'assistenza ospedaliera sono state segnalate le seguenti criticità:

- carenza di posti letto di terapia intensiva e semintensiva generali e specialistiche;
- impossibilità di stare completamente al passo con le innovazioni tecnologiche (nuovi farmaci, metodiche diagnostiche e terapeutiche in area oncologica, trapianti, dolore, malattie rare, interventistica innovativa in area vascolare, cardiologia, neurochirurgia);
- impossibilità di garantire e mantenere completamente qualità, sicurezza e rispetto dei criteri di accreditamento.

Posti letto ospedalieri totali al 31.12 di ogni anno (anni 1998-2007)

Ospedale	Ospedale	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var 1998-2007
ASS 1	Ospedale Santorio	52	52	52	52	52	52	-	-	-	-	100,0%
ASS 2	Ospedale di Gorizia	301	343	278	267	267	267	249	249	249	249	-17,3%
	Osp. di Monfalcone	262	250	198	186	187	187	187	187	187	195	-25,6%

ASS 3	Ospedale di Gemona	97	97	97	97	97	97	97	93	93	93	-4,1%
	Ospedale di Tolmezzo	208	212	212	220	220	220	220	192	192	192	-7,7%
ASS 4	IMFR Gervasutta Udine	90	74	74	74	74	123	123	120	105	105	16,7%
	Ospedale di Cividale	51	51	47	10	-	-	-	-	-	-	100,0%
	Ospedale di San Daniele	252	249	249	249	242	242	232	225	217	210	-16,7%
ASS 5	Ospedale di Latisana	250	239	191	186	186	173	166	159	165	165	-34,0%
	Ospedale di Palmanova	299	286	258	237	237	237	212	212	211	211	-29,4%
ASS 6	Ospedale di Maniago	39	39	39	39	20	20	20	15	15	15	-61,5%
	Ospedale di San Vito	294	294	294	294	257	257	257	186	186	186	-36,7%
	Osp. di Spilimbergo	115	115	115	115	115	115	115	72	72	76	-33,9%
	Ospedale di Sacile	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	0,0%
AOU di Trieste	Ospedale di Cattinara	924	877	832	821	767	704	707	688	680	668	-27,7%
	Ospedale Maggiore	454	439	369	371	335	317	315	289	285	245	-46,0%
IRCCS Burlo	Ospedale inf. di Trieste	258	258	258	258	258	258	258	175	175	175	-32,2%
AOU di Udine	Ospedale universitario	304	307	309	313	313	313	349	284	286	1091	-20,8%
	Ospedale di Udine	1.082	1.072	1.072	1.096	907	858	800	766	798		
AO di Pordenone	Ospedale di Pordenone	780	765	765	765	765	739	737	535	525	525	-32,7%
IRCCS CRO	Ospedale CRO di Aviano	150	150	150	150	150	150	149	150	150	150	0,0%
ASS 1/AOUTS	Psichiatria	38	12	12	12	12	12	12	12	12	10	-73,7%
ASS 4/AOUUD	Psichiatria	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	0,0%
Trieste	Casa di Cura PinetaCarso	180	180	180	180	180	140	140	140	140	140	-22,2%
Trieste	Casa di Cura Salus	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	0,0%
Trieste	Casa di Cura Sanatorio	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	0,0%
Gorizia	Casa di Cura SGDD	126	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0%
Udine	Casa di Cura Citta Udine	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	0,0%
Pordenone	Casa di Cura San Giorgio	250	250	250	250	250	250	250	250	250	256	2,4%
IRCCS E.Medea		-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	
Totale FVG		7.222	6.977	6.667	6.608	6.257	6.097	5.961	5.365	5.365	5.329	-26,2%

In grassetto sono evidenziate le strutture presso le quali si intendono realizzare gli interventi di cui al presente Accordo.

Assistenza territoriale

Premesso che gli interventi compresi nell'Accordo di programma riguardano esclusivamente i tre ospedali regionali di riferimento e non interventi relativi a strutture territoriali e distrettuali, di

seguito si riassumono comunque i principali dati relativi all'assistenza territoriale nella Regione Friuli Venezia Giulia.

Nel 2007 i ricoveri in RSA sono stati 9.138 e le giornate di degenza presso queste strutture pari a circa 242.000 con una degenza media di 26 giorni.

<i>Posti letto di RSA, attività e indicatori</i>							
ASS	pl 31.12.2007	ammissioni	dimissioni	giornate (>1gg.)	presenza media gg	degenza media	% occup. media
ASS 1	220	2.462	2.339	79.814	218,7	32,6	97,6
ASS 2	126	1.433	1.309	37.480	102,7	24,7	78,0
ASS 3	55	790	710	16.571	45,4	21,0	82,6
ASS 4	177	1.998	1.831	51.907	142,2	25,7	87,5
ASS 5	56	674	626	13.655	37,4	20,1	66,8
ASS 6	153	1.781	1.716	42.632	116,8	23,5	80,6
Totale FVG	787	9.138	8.531	242.059	663,3	26,1	85,7

Gli utenti trattati a domicilio dal servizio infermieristico domiciliare sono stati 30.762 nel 2007 con oltre 470.000 accessi, in aumento rispetto all'anno precedente.

Gli utenti trattati a domicilio dal servizio riabilitativo domiciliare sono stati 9.801 nel 2007 con oltre 49.000 accessi, in aumento del 16% rispetto al 2006.

<i>Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Numero di Utenti e Accessi</i>								
Azienda di erogazione	2006		2007		Differenza		Copertura assistenziale (%) >64 anni	
	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	2006	2007
ASS 1 Triestina	8.300	99.776	7.541	107.283	-9,1%	7,5%	11,6	10,4
ASS 2 Isontina	2.591	37.025	2.818	39.768	8,8%	7,4%	6,8	7,3
ASS 3 Alto Friuli	2.520	36.964	2.357	36.190	-6,5%	-2,1%	13,2	12,1
ASS 4 Medio Friuli	7.381	118.011	7.321	128.442	-0,8%	8,8%	8,3	8,3
ASS 5 Bassa Friulana	3.531	59.687	3.851	59.595	9,1%	-0,2%	13,0	13,7
ASS 6 Friuli Occ.	6.402	91.922	6.874	101.406	7,4%	10,3%	9,6	10,0
Totale FVG	30.725	443.385	30.762	472.684	0,1%	6,6%	9,9	9,8

<i>Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD) - Numero di Utenti e Accessi</i>								
Azienda di erogazione	2006		2007		Differenza		Copertura assistenziale (%) >64 anni	
	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	2006	2007
ASS 1 Triestina	2.171	11.234	2.071	9.554	-4,6%	-15,0%	2,8	2,7
ASS 2 Isontina	508	4.629	597	4.605	17,5%	-0,5%	1,2	1,4
ASS 3 Alto Friuli	753	3.035	775	3.879	2,9%	27,8%	4,0	4,0
ASS 4 Medio Friuli	2.292	10.365	3.039	15.457	32,6%	49,1%	2,7	3,4
ASS 5 Bassa Friulana	727	5.852	990	6.692	36,2%	14,4%	2,7	3,5
ASS 6 Friuli Occ.	2.033	7.251	2.329	8.967	14,6%	23,7%	3,0	3,3
Totale FVG	8.484	42.366	9.801	49.154	15,5%	16,0%	2,7	3,0

Di seguito sono segnalate, in estrema sintesi, alcune situazioni di maggiore criticità corrispondenti ad altrettanti obiettivi della programmazione regionale non ancora realizzati, così come risultanti dalla verifica dello stato di attuazione del PSSR 2006/2008 che è stata posta alla base del nuovo PSSR 2010/2012. In particolare per l'area dell'assistenza ospedaliera sono state segnalate le seguenti criticità:

- carenza generale di posti letto per post-acuti, diffusa in tutte le Aziende territoriali di riferimento;
- carenza di posti letto per comi e stati vegetativi;
- carenza di strutture per mielo e neuro lesioni;

- carenza di posti letto per hospice: sono già in fase di realizzazione alcuni interventi strutturali per risolvere tale carenza;
- carenza di posti letto per RSA: presso quattro Aziende territoriali non viene raggiunto il livello minimo previsto; non sempre sono state individuate le aree specializzate all'interno delle strutture;
- carenze nell'ambito dell'offerta rivolta alla salute mentale: sei CSM su venti complessivi non raggiungono orari di apertura 24 ore su 24;
- carenze nell'ambito dell'offerta rivolta alle dipendenze: due Aziende non raggiungono il livello minimo previsto.

Tali carenze sono state correlate ad azioni di sviluppo dirette o indirette inserite nel PSSR 2010/2012.

Posti letto medi RSA totali al 31 12 di ogni anno (anni 1998-2007)

	RSA	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var 1998- 2007
ASS 1	Casa Verde - Trieste	34	34	34	34	34	38	38	38	38	38	167,9%
	Igea - Trieste	50	50	47	45	45	51	57	57	57	57	
	Mademar - Trieste	-	-	49	88	88	93	93	93	93	93	
	San Giusto - Trieste	-	-	-	-	-	9	37	37	37	37	
	TOTALE	84	84	130	167	167	191	225	225	225	225	
ASS 2	Cormons	23	45	45	45	45	45	45	45	45	45	161,1%
	Gorizia	-	-	21	34	34	34	27	24	24	24	
	Grado	-	11	20	20	20	20	20	20	20	20	
	S.Polo - Monfalcone	-	-	33	43	55	55	45	45	45	43	
	S.Polo - Monfalcone 4P	5	18	20	12	-	-	-	-	-	-	
	SGDD - Gorizia	23	45	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE	50	119	140	154	154	154	137	134	134	132		
ASS 3	Gemona	30	30	30	30	30	25	25	25	25	25	83,0 %
	Paluzza	-	-	-	-	10	10	10	10	10	10	
	Tolmezzo	-	-	-	15	20	20	20	20	20	20	
	TOTALE	30	30	30	45	60	55	55	55	55	55	
ASS 4	Cividale del F	25	25	24	23	23	23	23	23	23	23	22,8%
	Codroipo	24	22	28	27	25	25	25	22	24	27	
	S.Daniele del F	5	16	6	-	-	-	-	3	9	9	
	Tarcento	18	23	25	25	25	26	26	26	28	34	
	IGA - Udine	60	69	70	70	70	70	70	62	60	60	
	Udine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	
	TOTALE	132	155	154	145	143	144	144	136	143	163	
ASS 5	Jalmicco (osp)	-	-	3	8	8	6	-	-	-	-	86,7%
	Latisana (osp)	-	-	3	10	10	12	12	12	10	-	
	Grado	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Jalmicco (terr)	-	6	10	10	10	12	26	36	36	36	
	Latisana (terr)	20	20	20	20	20	20	20	20	19	20	
	TOTALE	30	29	35	48	48	50	58	68	66	56	
ASS 6	Azzano Decimo	-	-	-	-	-	-	-	-	16	26	72,9%
	Maniago	-	5	11	11	11	11	11	11	12	19	
	Pordenone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
	Roveredo Urbano	40	39	39	30	28	28	28	28	31	36	
	Roveredo Sud	-	-	-	9	9	9	9	9	6	-	
	S.Vito al T.	25	25	25	25	25	25	25	25	25	26	
	Sacile	18	18	18	18	26	26	26	26	26	26	
	Totale	83	86	93	93	99	99	99	99	115	143	
Totale FVG	410	503	581	653	672	692	718	717	738	774	88,8%	

Assistenza specialistica ambulatoriale

I tassi standardizzati di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche e private ai residenti in regione distinte per branca sono sostanzialmente costanti negli ultimi 4 anni pari a circa 12 prestazioni/anno per residente.

*Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private ai residenti in Regione Friuli Venezia Giulia
Tassi standardizzati per branca specialistica \times 1.000 abitanti residenti*

BRANCA	2007	2006	2005	2004	2003	Var % 2007-2003
Anestesia	9,9	9,7	9,9	7,6	7,0	41,1
Cardiologia	169,6	168,5	168,6	175,4	179,1	-5,3
Chirurgia generale	9,9	11,7	10,2	7,8	8,2	20,7
Chirurgia plastica	63,3	63,3	61,4	58,1	52,7	20,0
Chirurgia vascolare angiologia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-49,8
Dermosifilopatia	41,3	44,0	43,1	41,1	38,8	6,6
Medicina fisica e riabilitazione	595,7	587,2	583,4	611,4	597,6	-0,3
Gastroenterologia chirurgia	35,3	35,7	33,8	32,2	31,4	12,4
Lab. analisi chimico cliniche	9.386,5	9.390,2	8.941,6	8.956,6	8.077,2	16,2
Diagnostica per immagini: med. Nucl.	13,2	12,9	12,3	11,0	9,6	37,7
Diagnostica per immagini: radiologia	441,1	420,8	460,7	462,4	444,9	-0,9
Multibranca	2,4	2,3	389,4	393,2	377,5	-99,4
Neurochirurgia	125,8	120,3	1,9	1,5	0,9	13.880,1
Nefrologia	26,0	25,6	118,8	109,2	111,1	-76,6
Neurologia	136,6	137,5	25,9	24,9	24,8	450,9
Oculistica	57,5	56,3	136,8	140,4	131,1	-56,1
Odontostomatologia chirurgia	83,1	79,4	52,1	54,2	47,6	74,6
Oncologia	47,2	46,8	78,1	83,6	76,4	-38,2
Radioterapia	32,5	32,4	64,0	58,1	56,3	-42,3
Otorinolaringoiatria	91,3	93,6	52,3	54,4	55,5	64,5
Ortopedia e traumatologia	53,8	47,4	33,3	33,4	31,7	69,8
Ostetricia e ginecologia	9,6	10,1	88,9	90,3	83,6	-88,5
Pneumologia	445,3	455,9	44,3	43,1	43,7	918,9
Psichiatria	62,4	63,9	9,3	8,8	10,1	518,1
Urologia	17,9	17,6	16,4	15,2	15,3	17,0
Altre prestazioni	895,8	894,1	853,7	843,1	804,5	11,4
Totale FVG	12.255,8	12.464,6	12.290,2	12.317,4	11.316,5	8,3

Di seguito sono segnalate, in estrema sintesi, alcune situazioni di maggiore criticità corrispondenti ad altrettanti obiettivi della programmazione regionale non ancora realizzati, così come risultanti dalla verifica dello stato di attuazione del PSSR 2006/2008 che è stata posta alla base del nuovo PSSR 2010/2012. In particolare per l'area dell'assistenza ospedaliera sono state segnalate le seguenti criticità:

- carenza generale di posti letto per post-acuti, diffusa in tutte le Aziende territoriali di riferimento;
- carenza nell'ambito del servizio infermieristico domiciliare: tre Aziende territoriali non

raggiungono il livello minimo previsto (Standard da PIANO SSR 2006-2008: 3,5/4,5 infermieri su ogni 10000 abitanti)

- carenze assistenziali in ambito di neuropsichiatria infantile e di supporto al mondo della scuola in ogni Azienda territoriale;
- mancato sviluppo di unità multiprofessionali, scarso utilizzo del coordinatore del caso, mancato avvio del punto unico di accesso ai servizi sociosanitari;
- ancora scarsa autonomia tecnico gestionale delle attività distrettuali/territoriali.

Liste d'attesa

L'intervento regionale e aziendale per risolvere il problema dei tempi d'attesa in sanità ha ottenuto risultati soddisfacenti in alcune aree e non soddisfacenti in altre.

In particolare sono ancora critici alcuni tempi di attesa, non è completato il processo di semplificazione per il cittadino.

Non è ancora a regime il sistema dei criteri di priorità clinica e di appropriatezza della richiesta, come pure quello di monitoraggio dei tempi di risposta delle prestazioni.

In particolare, la domanda di esami poco appropriati cresce più dell'offerta disponibile.

Il meccanismo di finanziamento ai privati accreditati non ha sempre aiutato i Direttori generali delle Aziende sanitarie ad una migliore negoziazione della quantità di prestazioni necessarie a ridurre i tempi in sede locale.

Nell'area dei servizi sociali e sociosanitari non sono ancora state sviluppate politiche che affrontino il tema dei tempi di attesa dei cittadini per accedere a servizi o benefici previsti dalle normative vigenti.

Alcuni dati rilevanti:

- il numero di prestazioni diagnostiche è aumentato in maniera rilevante negli ultimi anni (2004-2007): le ecografie dell'addome sono aumentate del 36%, le risonanze alla colonna vertebrale del 80%, la TAC capo e addome del 18%, le visite cardiologiche del 8%.
- I tempi di attesa sono critici in alcune aree della regione per le risonanze magnetiche, l'ecografia addominale, le endoscopie e le colonscopie, le visite oculistiche.
- Sono critici i tempi di attesa della radioterapia al CRO di Aviano.
- I tempi di attesa previsti per i ricoveri programmati e per la chirurgia oncologica sono rispettati.
- Per molte tipologie di prestazioni (es. ecografia all'addome) sono applicati criteri di accesso secondo priorità basati sullo stato clinico dei pazienti (sintomi o gravità).
- L'applicazione dei criteri di priorità è ben consolidato nell'area giuliana e isontina, meno nelle altre aree della regione.

Nell'ambito della verifica dello stato di attuazione del PSSR 2006/2008, posta alla base del nuovo PSSR 2010/2012, è stata segnalata, come criticità per l'area dell'assistenza ospedaliera, l'impossibilità di garantire completamente il rispetto dei tempi di attesa per alcune prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e interventi chirurgici programmabili.

Con DGR 288/2007 (avente come oggetto "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006/2008 - Adeguamento alla linea guida del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA"), la Regione ha approvato il Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006/2008 di cui all'articolo 1, comma 280, della legge n. 266 dd. 23.12.2005 (intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della Legge n. 131 dd. 05.06.2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006) e delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa", approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006.

Il Piano è articolato secondo i temi e i capitoli contenuti nel documento nazionale, opportunamente

integrati con i provvedimenti e le iniziative già in atto o programmati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

In particolare il Piano:

- definisce gli obiettivi e le azioni per ogni area considerata;
- definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste;
- si riferisce al periodo temporale 2006/2008;
- definisce compiti e ruoli della Direzione centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali, delle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS.

Il piano definisce tempi massimi e sistema di monitoraggio, dando nel contempo indicazioni a proposito di trasparenza dei dati, di modalità di contatto con i cittadini, etc.

Il monitoraggio viene effettuato in un giorno indice, che generalmente è il primo giorno feriale di ogni trimestre, e consiste nell'individuare, con una simulazione informatica, presso ogni struttura erogante, il tempo minimo che un ipotetico utente del Sistema sanitario regionale dovrebbe attendere per l'erogazione di una determinata prestazione sanitaria. Per la precisione, l'algoritmo di ricerca individua il primo posto libero disponibile seguito da posti disponibili anche nei tre giorni successivi. Questo accorgimento evita la possibilità che il tempo minimo di attesa rilevato risulti breve in maniera artificiosa a causa della occasionale presenza di un posto libero a breve in liste di prenotazione peraltro molto lunghe e affollate. C'è anche da dire che questo algoritmo di calcolo altera in alcuni casi la rilevazione del tempo minimo di attesa in quelle liste di attesa che presentano molti posti liberi sparsi qua e là, posti che a un utente reale saranno assegnati ma che il monitoraggio non tiene in considerazione perché non seguiti da posti liberi anche nei tre giorni successivi.

Alle Aziende Sanitarie viene chiesto di utilizzare i dati prodotti da tale rapporto per compilare una tabella comune a tutte con l'indicazione dei tempi minimi di attesa delle prestazioni prenotate secondo le diverse fasce di priorità, ridenominate dal DM 18 maggio 2004 come:

- Classe B (breve), tempo di attesa massimo 10 gg,
- Classe D (differita), tempo di attesa massimo 30/60 gg,
- Classe P (programmata), tempo di attesa massimo 180 gg.

1.1.5) QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA (INTRA ED EXTRA REGIONALE)

Il meccanismo di compensazione della mobilità sanitaria extraregionale evidenzia l'entità degli scambi di prestazioni tra Regioni che erogano servizi sanitari ad utenti non residenti sul proprio territorio.

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati complessivi relativi all'attrazione e fuga extraregionale dell'anno 2007 nei confronti della Regione Friuli Venezia Giulia.

Dall'analisi dei dati si evince che la Regione vanta un saldo positivo sulla totalità degli scambi e che sia in entrata che in uscita la regione con la quale il flusso risulta più importante è il Veneto

Tra i flussi oggetto di compensazione, il principale è costituito dai ricoveri ospedalieri, che vengono analizzati in fase di attrazione sui tre maggiori ospedali regionali (Udine, Trieste e Pordenone) sia in termini di DRG più frequenti, sia di DRG maggiormente remunerativi.

	attrazione	fuga	saldo
Regione FVG	78.625.000,00	62.892.000,00	15.733.000,00
di cui ricoveri	59.242.000,00	48.478.000,00	10.764.000,00

flussi residui:	19.383.000,00	14.414.000,00	4.969.000,00
- medicina,			
- specialistica ambulatoriale,			
- farmaceutica,			
- termale,			
- somministrazione farmaci,			
- trasporti			

Le regioni rispetto alle quali si verificano maggiormente casi di mobilità sono le seguenti:

- in attrazione: Veneto, Sicilia, Lombardia, Puglia, Campania, Lazio, Emilia Romagna;
- in fuga: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Toscana.

Nella tabella che segue vengono riportati i valori delle prestazioni di fuga/attrazione negli anni 2005/2007, suddivisi per Azienda territoriale:

	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Fuga						
ASS1	2.309	2.256	2.117	1,00	0,98	0,92
ASS2	1.562	1.621	1.614	1,00	1,04	1,03
ASS3	699	751	688	1,00	1,07	0,98
ASS4	3.524	3.617	3.647	1,00	1,04	1,03
ASS5	1.595	1.619	1.598	1,00	1,02	1,00
ASS6	6.357	6.447	5.752	1,00	1,01	0,90
totale	16.046	16.365	15.416	1,00	1,02	0,96
Attrazione						
totale	21.283	21.466	22.006	1,00	1,01	1,03
Saldo						
totale	5.237	5.101	6.590	1,00	0,97	1,26

Il fenomeno della fuga non viene collegato direttamente alle Aziende ospedaliere e IRCCS (titolari degli interventi del presente Accordo) in quanto è una voce che ha impatto sulle Aziende per i servizi territoriali.

Per quanto riguarda le tre Aziende titolari degli interventi di cui al presente Accordo, si riportano di seguito alcuni dati sintetici relativi alla mobilità:

	attrazione ricoveri valorizzazione TUC		n. casi
	valore	%	
AOU "Ospedali riuniti" di Trieste	3.410.613,29	5,8%	884
AOU "S.Maria della Misericordia" di Udine	13.151.181,85	22,2%	2608
AO "S.Maria degli Angeli" di Pordenone	8.414.748,89	14,2%	2963
totale	24.976.544,03	42,2%	6455

Nelle tabelle che seguono sono indicati alcuni dettagli dei DRG di attrazione relativi alle tre aziende ospedaliere:

AOU di Trieste	DRG + frequenti	DRG	Importo	CASI
		127	86.747,87	43
	145	19.785,70	23	
	339	28.157,14	22	
	341	60.425,27	22	
	087	40.899,38	20	

	DRG > €	109	216.158,32	14
		515	207.596,40	11
		105	166.751,10	9
		514	163.068,00	6
		424	117.434,97	19
AOU di Udine	DRG + frequenti	042	470.714,56	236
		001	1.212.984,88	106
		500	155.433,66	64
		145	61.364,08	58
		063	191.590,93	56
	DRG > €	480	1.525.920,20	17
		001	1.212.984,88	106
		481	762.292,00	9
		103	723.136,75	10
		483	701.346,97	14
AO di Pordenone	DRG + frequenti	229	391.185,00	304
		359	427.438,77	198
		391	30.433,18	58
		516	527.231,48	56
		381	56.766,77	50
	DRG > €	516	527.231,48	56
		359	427.438,77	198
		229	391.185,00	304
		483	319.938,50	7
		191	290.419,80	22

1.1.6) OFFERTA ANTE OPERAM

Strutture per l'assistenza ospedaliera

Ai sensi della LR 13/1995, la rete ospedaliera regionale si compone delle seguenti strutture.

- Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, caratterizzati dalla presenza di funzioni a più rara frequenza di ricovero, a più elevata complessità tecnico-funzionale e con un ambito geografico di riferimento identificabile nell'intero territorio regionale o dall'insistenza di funzioni di ricerca scientifica e di didattica universitaria.

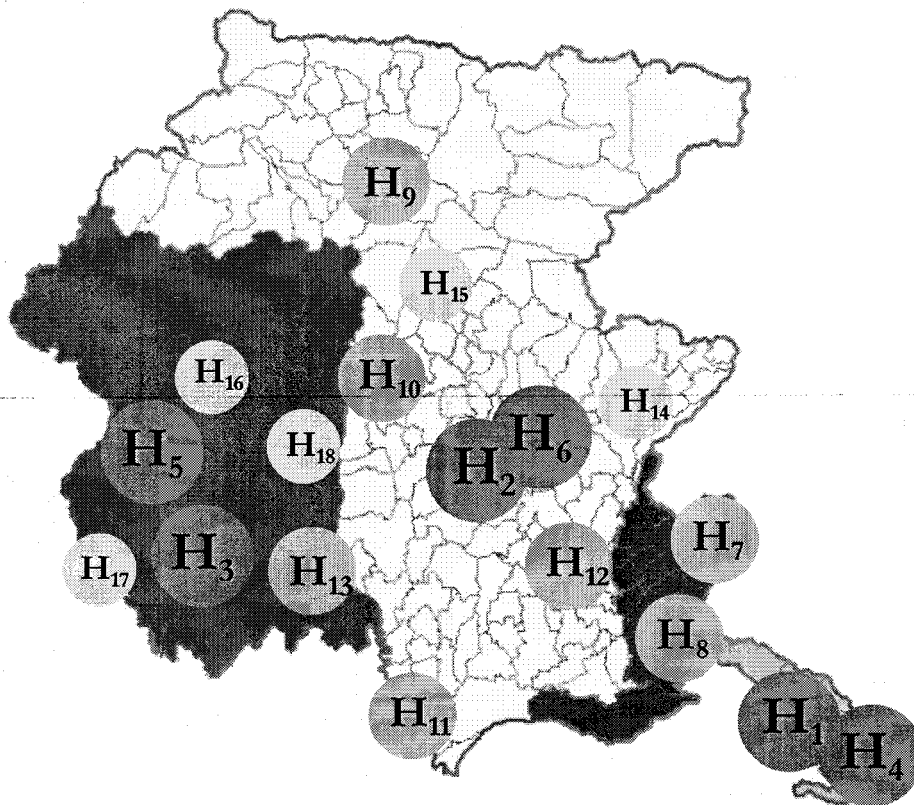
Sono ospedali di rilievo nazionale:

- l'Ospedale di Trieste (Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali riuniti di Trieste, che sviluppa la propria attività sull'Ospedale di Cattinara e sull'Ospedale Maggiore di Trieste – *individuati con H₁*),
 - Ospedale di Udine (Azienda ospedaliero-universitaria S.Maria della Misericordia di Udine – *individuato con H₂*),
 - IRCCS Burlo di Trieste (*individuato con H₄*),
 - IRCCS CRO di Aviano (*individuato con H₃*).
 - Ospedali di rilievo regionale caratterizzati, oltre che dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento degli acuti, dalla presenza di funzioni specialistiche che possono costituire riferimento anche per altri ospedali.
- Attualmente vi è in Regione un unico ospedale di rilievo regionale: l'Ospedale di Pordenone (Azienda ospedaliera S.Maria degli Angeli di Pordenone – *individuato con H₃*).
- Ospedali di rete, caratterizzati dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati

di sicurezza nel trattamento degli acuti e dall'eventuale presenza diversificata di funzioni aggiuntive, correlata al bacino di utenza ottimale di ciascuna funzione per le quali costituiscono riferimento anche per altri ospedali.

Fanno parte di questa categoria gli Ospedali di Gorizia (ASS n. 2 Isontina – *individuato con H₇*), Monfalcone (ASS n. 2 Isontina – *individuato con H₈*), Tolmezzo (ASS n. 3 Alto Friuli – *individuato con H₉*), San Daniele del Friuli (ASS n. 4 Medio Friuli – *individuato con H₁₀*), Latisana (ASS n. 5 Bassa Friulana – *individuato con H₁₁*), Palmanova (ASS n. 5 Bassa Friulana – *individuato con H₁₂*), San Vito al Tagliamento (ASS n. 6 Friuli Occidentale – *individuato con H₁₃*).

- Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta di Udine (ASS n. 4 Medio Friuli – *individuato con H₆*).
- Presidi ospedalieri di Cividale del Friuli (AOU S.Maria della Misericordia di Udine – *individuato con H₁₄*), Gemona del Friuli (ASS n. 3 Alto Friuli – *individuato con H₁₅*), Maniago (ASS n. 6 Friuli Occidentale – *individuato con H₁₆*), Sacile (AO S.Maria degli Angeli di Pordenone e ASS n. 6 Friuli Occidentale – *individuato con H₁₇*) e Spilimbergo (ASS n. 6 Friuli Occidentale – *individuato con H₁₈*), per i quali è prevista la trasformazione e riconversione per l'erogazione di prestazioni diverse dal ricovero per acuti, con contestuale attivazione delle nuove funzioni delle strutture stesse e con potenziamento dei servizi territoriali.



Sono inoltre presenti sei strutture private di modeste dimensioni:

- IRCCS E.Medea - La Nostra Famiglia;
- Casa di Cura Pineta del Carso, a Trieste;
- Casa di Cura Salus, a Trieste;
- Casa di Cura Sanatorio Triestino, a Trieste
- Casa di Cura Città di Udine, a Udine;
- Casa di Cura S. Giorgio, a Pordenone.

Le funzioni di alta specializzazione, per quanto di competenza, vengono svolte da tutte le Aziende interessate dagli interventi di cui al presente Accordo (AOU Ospedali riuniti e IRCCS Burlo di

Trieste, AOU S.Maria della Misericordia di Udine, AO S.Maria degli Angeli di Pordenone), oltre che dall'IRCCS CRO di Aviano e dall'IMFR Gervasutta di Udine.

Secondo la programmazione sanitaria regionale gli Ospedali riuniti di Trieste, l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine e l'Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone svolgono sia le funzioni e le attività proprie degli ospedali di rete, che le funzioni specialistiche e di alta specializzazione che possono costituire riferimento anche per l'Area vasta, per la Regione, per la domanda sovraregionale.

Il totale dei posti letto attivi è di circa 5.300, con una presenza media giornaliera di 3.500 ricoverati. Il tasso di ospedalizzazione è di 160 ricoveri ogni mille abitanti ed evidenzia un buon livello di appropriatezza dei ricoveri.

Il rapporto complessivo domanda/offerta trova un equilibrio corretto se si considera la totalità dei bisogni sull'intero territorio regionale.

Le tre aree vaste individuano una dimensione troppo piccola per giustificare un'organizzazione della rete ospedaliera idonea ad intercettare correttamente tutti i bisogni complessi. Infatti, il bacino di riferimento ideale per molte alte specialità è di almeno un milione - un milione e mezzo di abitanti, o, in alcuni casi, addirittura compatibile con l'intero territorio regionale.

Inoltre la dispersione territoriale delle sedi ospedaliere rende difficile il reperimento del personale necessario.

Alcuni dati sintetici:

- negli ospedali ogni giorno sono ricoverate in media 3.524 persone di cui 1.531 nelle aziende ospedaliere universitarie di Udine e Trieste;
- il tasso di occupazione dei posti letto negli ospedali regionali è del 73,3%; in quattro ospedali è sotto il 70%, in quattro è oltre l'80%;
- il tasso di ospedalizzazione regionale è sceso dal 212 ‰ del 1996 al 160 ‰ del 2007;
- il tasso grezzo di ospedalizzazione varia dal 152 ‰ dell'ASS3 "Alto Friuli" al 174 ‰ dell'"ASS 1 Triestina";
- le giornate complessive di degenza si sono ridotte da 2.034.000 nel 1996 a 1.403.000 nel 2007;
- la degenza media per un ricovero ordinario era di 8,6 giorni nel 1996 ed è diventata di 7,9 giorni nel 2007;
- nel 1996 solo il 5,6% delle giornate totali di ricovero in ospedale era in day hospital, percentuale che è salita al 12% nel 2007;
- la percentuale di parti cesarei varia dal 12,6% (ospedale di Palmanova) al 39,0% (AOU di Udine);
- il 37,8% dei 2.042 ultrasessantacinquenni dimessi dagli ospedali della regione in seguito a una frattura di femore è stato sottoposto a intervento chirurgico entro la prima giornata di degenza. La degenza è stata inferiore ai 12 giorni nel 59,4% dei casi (con variazioni dal 78,1% a Spilimbergo al 42,0% a Gorizia).

Dal momento che costituisce la parte di offerta maggiormente rappresentativo in termini di attività, risorse impegnate, considerazione dell'utenza, complessità organizzativa, etc., il livello assistenziale ospedaliero da sempre è stato oggetto di continue revisioni organizzative al fine di ottenere una rete integrata di assistenza ospedaliera (includente le Aziende sanitarie, l'Azienda ospedaliera, le Aziende ospedaliero-universitarie, gli IRCCS e i soggetti erogatori privati) in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni dei cittadini, in condizioni di equa accessibilità al sistema, di soddisfazione degli utenti, governo clinico, interdipendenza (anche a livello regionale) dei nodi della rete, di definizione di precise relazioni di area vasta, di razionalizzazione delle funzioni sanitarie e di supporto.

La programmazione regionale orienta l'utilizzo dell'ospedale alle fasi acute della malattia perseguendo l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza. L'erogazione dei servizi prevede che, indipendentemente dal punto di accesso al sistema, l'utente, attraverso protocolli predefiniti, sia instradato tra i nodi della rete ospedaliera per essere affidato alla struttura in grado di erogare al migliore livello di efficienza la complessità delle cure correlata ai bisogni specifici della persona.

Stato di conservazione delle strutture e alla loro rispondenza ai requisiti minimi per l'accreditamento regionale

Per quanto riguarda lo stato di conservazione e l'adeguamento alle vigenti normative del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSR, con DGR 901/2006 la Giunta Regionale ha approvato il Programma decennale 2006-2015 degli investimenti nel Servizio sanitario regionale, in cui è stata evidenziata l'entità complessiva dei finanziamenti da reperire in tale periodo per garantire il mantenimento in efficienza ed eventualmente il rinnovo della rete ospedaliera regionale sulla base dei riferimenti normativi regionali e statali in materia di accreditamento e sulla base degli attuali indirizzi di funzionalità, di organizzazione e di qualità degli spazi.

La copertura finanziaria di tali investimenti è garantita con fondi regionali resi disponibili da bilancio regionale, con le attuali disponibilità di fondi statali (già inseriti in accordo di programma o per i quali si sottoscrive il presente accordo di programma), con piccole quote di fondi propri aziendali derivanti da alienazioni e, nel caso della nuova centrale tecnologica e dell'edificio destinato a laboratori a servizio dell'Ospedale di Udine, con il ricorso a capitale privato (concessione di realizzazione e gestione).

Parte della copertura finanziaria dovrà essere reperita nei prossimi anni, mediante fondi di bilancio regionale ed eventuali ulteriori fondi statali.

Lo stato di conservazione delle strutture ospedaliere della Regione è sinteticamente riassunto nella tabella seguente:

Azienda	Struttura	Annotazioni sullo stato di conservazione e sulla necessità di interventi di adeguamento
ASS 2 Isontina	Ospedale di Gorizia	Il nuovo ospedale di Gorizia è stato recentemente inaugurato e attivato (dicembre 2008).
ASS 2 Isontina	Ospedale di Monfalcone	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate opere di adeguamento a norme dell'edificio più datato (che ospita anche attività ospedaliere, oltre a quelle distrettuali) per un importo complessivo stimato in circa 10 milioni di euro.
ASS 3 Alto Friuli	Ospedale di Tolmezzo	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate (e sono in parte in corso di realizzazione) opere di adeguamento a norme (impiantistiche, funzionali, antisismiche, etc.) per un importo complessivo stimato in circa 30 milioni di euro, di cui circa 10 milioni già eseguiti e 10 milioni in fase di realizzazione (cantiere aperto).
ASS 3 Alto Friuli	Ospedale di Gemona	Al momento la programmazione regionale degli investimenti non prevede interventi complessivi (di rilievo regionale) per l'Ospedale di Gemona, oltre ai lavori di manutenzione straordinaria e adeguamenti a norma (di rilievo aziendale) che l'Azienda ritiene di programmare annualmente per il mantenimento in esercizio delle proprie strutture.
ASS 4 Medio Friuli	Ospedale di S.Daniele del Friuli	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate (e sono in parte in corso di realizzazione) opere di adeguamento a norme (impiantistiche, funzionali, antisismiche, etc.) dell'edificio esistente e opere di ampliamento (realizzazione del nuovo Padiglione S) per un importo complessivo stimato in circa 40 milioni di euro, di cui 15 milioni per la realizzazione del nuovo edificio (gara di appalto in fase di aggiudicazione) e 25 milioni per gli adeguamenti a norme dell'esistente (di successiva realizzazione).
ASS 4 Medio Friuli	IMFR Gervasutta di Udine	Nella DGR 901/2006 l'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitativa Gervasutta di Udine sono state quantificate opere di ampliamento e ristrutturazione di parte dell'esistente per un importo complessivo stimato in circa 26 milioni di euro. E' stato recentemente completato e attivato un nuovo

		padiglione che ospita le degenze, finanziato nell'ambito della I fase dell'art. 20.
ASS 5 Bassa Friulana	Ospedale di Latisana	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate opere di ristrutturazione per un importo complessivo stimato in circa 35 milioni di euro, di cui circa 13,5 milioni di euro già finanziati e progettati, attualmente in cantiere.
ASS 5 Bassa Friulana	Ospedale di Palmanova	Al momento la programmazione regionale degli investimenti non prevede interventi complessivi (di rilievo regionale) per l'Ospedale di Palmanova, oltre ai lavori di manutenzione straordinaria e adeguamenti a norma (di rilievo aziendale) che l'Azienda ritiene di programmare annualmente per il mantenimento in esercizio delle proprie strutture.
ASS 6 Friuli Occidentale	Ospedale di S.Vito al Tagliamento	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate opere di ristrutturazione per un importo complessivo stimato in circa 27 milioni di euro, di cui 10 milioni in fase di conclusione, 9 milioni in fase di progettazione, restano da finanziare opere per circa 8 milioni di euro.
ASS 6 Friuli Occidentale	Ospedale di Spilimbergo	Al momento la programmazione regionale degli investimenti non prevede interventi complessivi (di rilievo regionale) per l'Ospedale di Spilimbergo, oltre ai lavori di manutenzione straordinaria e adeguamenti a norma (di rilievo aziendale) che l'Azienda ritiene di programmare annualmente per il mantenimento in esercizio delle proprie strutture.
AOU Ospedali riuniti di Trieste	Ospedale Maggiore	Nella DGR 901/2006 sono state quantificate opere di ristrutturazione per un importo complessivo stimato in circa 90 milioni di euro. E' stata completata la ristrutturazione di parte del quadrilatero (un lato completo e due emilati); è in fase di cantiere la ristrutturazione di un ulteriore emilato e la nuova edificazione di una palazzina adiacente al quadrilatero ove verranno collocate le funzioni di maggiore tecnologia (area dell'emergenza, sale operatorie, radiodiagnostica, etc), tale intervento è finanziato anche con i fondi statali dell'accordo di programma stipulato nel 2001.
AOU Ospedali riuniti di Trieste	Ospedale di Cattinara	L'intervento di riqualificazione è oggetto del presente accordo di programma.
AOU S.Maria della Misericordia di Udine	Ospedale di Udine	Sono in corso consistenti interventi finalizzati alla riqualificazione dell'intero comprensorio (lo studio di fattibilità del 2005 quantificava l'importo complessivo in circa 350 milioni di euro). In particolare è in fase di realizzazione un nuovo edificio (poliblocco) che ospiterà le piastre dei servizi sanitari e le degenze: - il I e II lotto (per complessivi 95 milioni di euro circa, già finanziati) sono attualmente in avanzata fase di realizzazione (sono stati finanziati anche con fondi statali con il programma della messa in sicurezza e nell'ambito del precedente accordo di programma del 2001); - il III lotto è oggetto del presente accordo di programma; - l'edificio verrà successivamente completato con un IV lotto di entità paragonabile al III. Sono, inoltre, già aggiudicati e in fase di progettazione la nuova centrale tecnologica e l'edificio servizi e laboratori (cui si aggiunge la realizzazione di una rete di teleriscaldamento) da realizzare mediante concessione di realizzazione e gestione (capitale privato più un contributo iniziale pubblico in conto capitale, finanziato in parte con fondi regionali, in parte con fondi statali). Per completare la riqualificazione del comprensorio saranno successivamente previste opere di completamento e

		sistemazioni esterna, la ristrutturazione di alcuni dei padiglioni esistenti, che verranno mantenuti in esercizio a regime, e la demolizione di alcuni padiglioni esistenti.
AOU S.Maria della Misericordia di Udine	Ospedale di Cividale del Friuli	Nella DGR 901/2006 sono programmate opere di ristrutturazione e adeguamento a norme della struttura per complessivi 10 milioni di euro; è attualmente in fase di progettazione la prima parte dell'intervento, di importo pari a 6 milioni di euro, già finanziati con fondi regionali.
AO S.Maria degli Angeli di Pordenone	Ospedale di Pordenone	L'intervento di nuova edificazione è oggetto del presente accordo di programma.
IRCCS Burlo di Trieste	Ospedale infantile	L'intervento di nuova edificazione è oggetto del presente accordo di programma.
IRCCS CRO di Aviano	Ospedale oncologico	Sono in corso opere di ampliamento e ristrutturazione dell'edificio principale, già finanziate anche con fondi statali, finalizzate all'adeguamento a norme (impiantistiche, antisismiche, funzionali, etc). Sono inoltre in fase di progettazione opere di adeguamento a norme dell'edificio Centrale Impianti, adiacente al blocco principale, dove sono collocate aree tecnologiche, funzioni amministrative e di logistica.

Dotazione tecnologica

Nella DGR 901/2006 la Regione ha definito, con riferimento al decennio 2006 – 2015, la dimensione e le caratteristiche dell'investimento necessario nelle strutture del Servizio sanitario regionale, sia dal punto di vista della ristrutturazione e nuova edificazione delle strutture sanitarie, ospedaliere e non, sia dal punto di vista dei beni mobili e, in particolare delle tecnologie biomediche. L'intervento tecnologico è finalizzato sia al rinnovo della dotazione che all'innovazione, ma soprattutto costituisce elemento di accompagnamento e di stimolo alla revisione organizzativa dell'offerta sanitaria regionale, al cambiamento dei percorsi clinici e alla ridefinizione delle esigenze di formazione e di tipologia delle professionalità del SSR.

Componente centrale nell'innovazione è la crescente presenza dell'ICT (Information & Communication Technology), che assume ruolo strategico nelle politiche regionali dell'innovazione (dalle infrastrutture -per esempio la rete a larga banda- alle applicazioni e servizi), e che, nella sanità, rappresenta, fra l'altro, lo strumento di supporto per l'operatività interna delle strutture e per le relazioni fra le stesse, i professionisti e il cittadino.

In questo ambito le tecnologie di imaging diagnostico (il cui valore patrimoniale è circa un terzo dell'intera dotazione strumentale del SSR) contribuiscono in larga misura all'informazione necessaria ai processi sanitari e sono già da tempo oggetto di una progressiva digitalizzazione, funzionale non solo al miglioramento delle capacità diagnostiche ma anche al trattamento informatico dei dati.

Nel 2006, a seguito dell'interesse e della volontà manifestate da altre Aziende di investire nel campo dei sistemi digitali di trattamento e archiviazione di immagini, l'Agenzia regionale della sanità del FVG ha promosso un gruppo di lavoro sul PACS, a composizione multi-disciplinare (radiologia, cardiologia, organizzazione sanitaria, ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica) con le finalità di approfondire gli aspetti tecnologici, organizzativi e professionali, di definire le modalità e le condizioni per l'implementazione e di valutare la fattibilità di un sistema integrato/integrabile ai vari livelli funzionali del SSR.

Successivamente la DGR n. 1479 dd. 22.06.2007, che ha approvato il Piano preventivo consolidato per il 2008, ha autorizzato l'attuazione di un piano di rinnovo tecnologico nel settore della radiodiagnostica e la realizzazione di un sistema PACS di tipo multidisciplinare e territoriale a estensione regionale.

Nell'ambito delle attività del gruppo di lavoro sul PACS è stato recentemente svolto un censimento puntuale della dotazione tecnologica delle Aziende del SSR nel settore dell'imaging, coinvolgendo le strutture aziendali di gestione delle tecnologie, in modo da integrare e correggere le evidenze già fornite e rese disponibili dall'inventario aziendale. Tale indagine ha consentito di disporre di informazioni complete in modo da poter individuare natura e entità degli investimenti necessari sia per allineare a standard dimensionali e qualitativi la strumentazione di imaging nelle varie aziende, sia per consolidare le precondizioni tecnologiche necessarie alla diffusione di sistemi PACS a livello aziendale e regionale.

Nella tabella che segue è riportata la dotazione tecnologica delle principali apparecchiature nelle discipline della Radiologia, della Medicina nucleare e della Cardiologia suddivise per Azienda (i dati si riferiscono al 2009):

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	AO di Pordenone	AOU di Trieste	AOU di Udine	IRCCS Burlo	IRCCS CRO	Totale per tecnologia	
RADIOLOGIA	Eco tomografo internistico	-	4	3	4	5	5	3	9	13	1	4	51
	Mammografo	-	2	2	1	1	2	2	3	4	-	1	18
	Ortopantomografo	-	2	1	2	2	3	2	1	2	1	-	16
	Portatile per radiografia	-	4	2	2	-	3	5	8	10	2	1	37
	Portatile per Radiografia DR	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Portatile per radioscopia	-	3	3	2	3	2	3	8	5	2	2	33
	Sezione radiologica convenzionale	-	4	1	5	3	7	3	7	8	1	-	39
	Sezione radiologica DR	-	3	1	1	2	-	3	2	1	-	-	13
	Sezione telecomandata convenzionale	-	-	-	3	1	1	1	-	-	1	-	7
	Sezione telecomandata digitale non diretta	-	1	3	1	3	1	2	3	2	1	1	18
	Sezione telecomandata DR	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Sistema per angiografia digitale	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	4
	Sistema per radiologia digitale (CR)	-	5	3	7	3	5	5	6	7	2	1	44
	Tomografo a risonanza magnetica (RM)	-	2	1	-	-	-	2	2	3	1	2	13
	Tomografo assiale computerizzato (TAC)	-	2	2	1	2	2	2	3	4	1	1	20
	<i>totale</i>	-	36	22	29	25	31	33	53	61	13	13	316
MEDICINA NUCLEARE	Ecotomografo internistico	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	4	
	Gamma camera a doppia testata	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	4	
	Gamma camera a testata singola	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	
	Gamma camera a tripla testata	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	
	Sistema integrato Gamma camera/TAC	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	4	
	Sistema integrato PET/TAC	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	
	<i>totale</i>	-	1	-	-	-	-	4	2	6	-	4	17

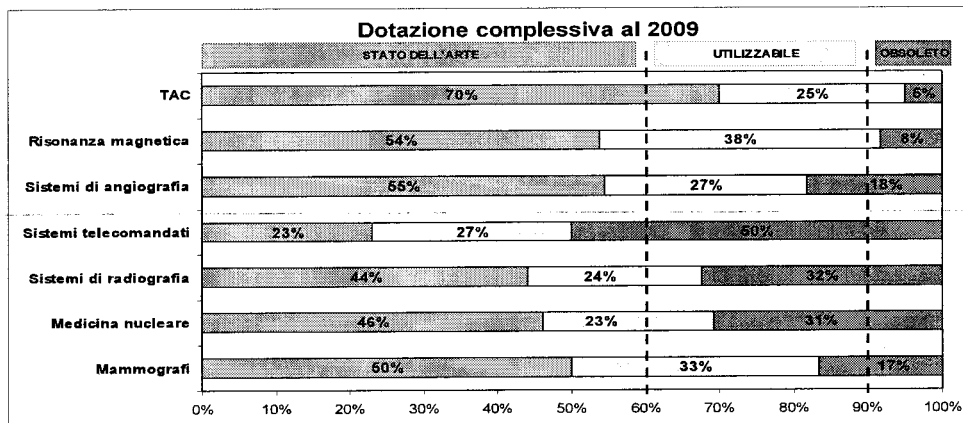
CARDIOLOGIA	Ecotomografo cardiologico	4	4	2	8	2	4	7	9	5	1	2	48
	Eco tomografo portatile	-	-	-	-	-	-	1	3	5	-	-	9
	Portatile per radiografia DR	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
	Portatile per radioscopia	-	2	-	-	-	-	1	2	1	-	-	6
	Sistema per angiografia digitale	-	-	-	-	-	-	3	2	2	-	-	7
	<i>totale</i>	4	6	2	8	2	4	12	17	13	1	2	71
<i>totale</i>		49	72	80	4	43	24	37	27	35	14	19	404

L'analisi critica del patrimonio tecnologico richiede l'adozione di criteri di lettura e valutazione e la selezione di alcuni parametri ritenuti determinanti e qualificanti.

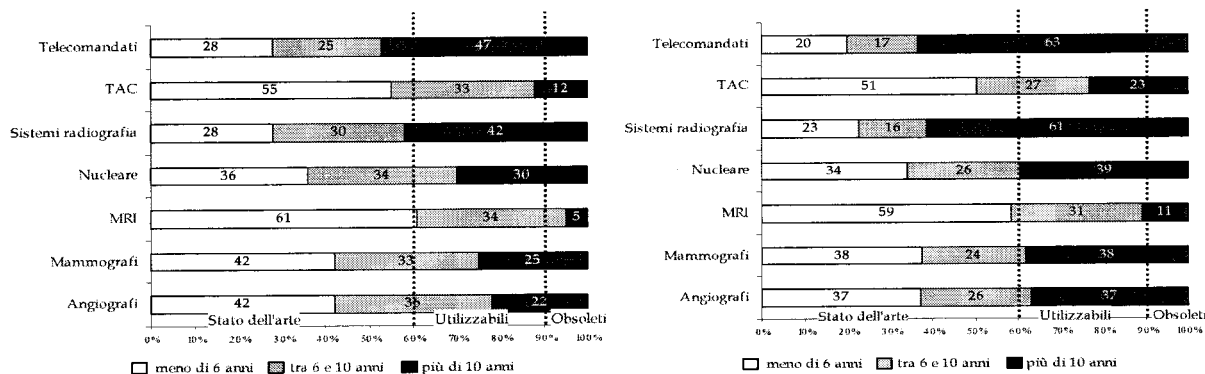
L'European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Medical IT Industries (COCIR) ha pubblicato tre rapporti -nel 1996, 2000 e 2003- sulla situazione dell'installato in Europa. Gli studi considerano varie tipologie di sistemi di diagnostica per immagini. Il COCIR propone un criterio per la valutazione delle tecnologie -definito Golden Rule- secondo il quale la situazione del parco macchine europeo dovrebbe, in condizioni ideali, essere costituita da:

- 60% di apparecchiature di meno di 6 anni (definite rappresentative dello "stato dell'arte" tecnologico)
- 30% di apparecchiature di meno di 10 anni (definite utilizzabili ma per le quali andrebbe valutata la sostituzione)
- 10% -massimo tollerabile- di apparecchiature con più di dieci anni (definite obsolete e da sostituire).

Di seguito si rappresenta la vista della dotazione tecnologica della Regione applicando tale regola:



La situazione della Regione, applicando i criteri del COCIR, appare piuttosto buona, sulla base anche del confronto con le situazioni medie italiana ed europea:



Composizione del parco installato in Europa per età

Composizione del parco installato in Italia per età

(Fonte: elaborazione su dati Age profile medical device 2003 COCIR)

Di seguito si riporta una vista sintetica delle strutture che sono oggetto degli interventi di cui al presente Accordo.

Comprensorio di Cattinara

Il riordino della rete ospedaliera triestina si basa su un modello di riferimento che prevede la riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base dell'intensità (gradualità) di cura e pertanto con chiara distinzione fra:

- livello dell'urgenza, dell'acuzie e dell'alta specialità,
- livello di base (con funzioni di interfaccia con l'assistenza territoriale),
- livello post-acuzie e delle cure continuative.

L'allineamento dell'offerta sanitaria e ospedaliera triestina a tale modello si persegue puntando al raggiungimento di alcuni obiettivi a valenza sia strutturale che organizzativa, quali:

- l'ammodernamento e la razionalizzazione delle strutture della rete ospedaliera,
- l'individuazione e lo sviluppo di ruoli di eccellenza, con riferimento regionale e sovra regionale,
- il potenziamento dei servizi per gli anziani e dell'area post-acuzie e riabilitativa,
- l'integrazione funzionale e operativa fra i diversi erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari.

Se tutti questi obiettivi sono ben presenti a livello programmatico e strategico regionale e a livello organizzativo aziendale, l'intervento compreso nel presente Accordo si concentra in particolare sul primo: l'ammodernamento e la razionalizzazione delle strutture e della rete ospedaliera e, in particolare, delle strutture che si trovano attualmente nel comprensorio di Cattinara (Ospedale di Cattinara) e di quelle che lì troveranno una nuova sede (nuova sede dell'Ospedale infantile Burlo).

Per quanto riguarda Cattinara, dunque, si prevede la concentrazione in un unico comprensorio dell'offerta per acuti:

- emergenza / urgenza e alta specialità medica - chirurgica e diagnostica,
- funzioni ospedaliere di II e III livello nel settore materno infantile,
- sviluppo della medicina molecolare e di aree di innovazione.

Nel comprensorio troveranno collocazione:

- le aree assistenziali per adulti e materno-infantile, suddivise per titolarità delle singole Aziende (degenza ordinaria e day hospital, diagnosi e terapia, ambulatori);
- le aree di integrazione sanitaria (laboratori di routine, immuno-trasfusionale, anatomia patologica, diagnostica per immagini, emergenza, farmacia, etc.);
- aree mediche dipartimentali: aree direzionali (direzioni generali, staff di direzione, direzioni sanitarie, front office amministrativo per il personale, etc.); aree didattiche e universitarie;
- aree di innovazione (medicina molecolare, etc.) e delle funzioni di ricerca dell'IRCCS;
- aree integrate: di servizio sanitario e logistico (magazzini vari, sterilizzazione, morgue, etc.), di servizio per il personale (spogliatoi, mensa, etc.), di accesso, accoglienza e collegamento, aree integrate impiantistiche e di gestione tecnica del complesso.

La collocazione nel comprensorio di Cattinara della nuova sede dell'IRCCS Burlo è finalizzata all'integrazione logistica e sanitaria dell'offerta ospedaliera di alta specialità presente nel territorio triestino.

L'Ospedale di Cattinara necessita per la sua parte storica (torri di degenza, piastra, ambulatori, centrale tecnologica) di radicali interventi di adeguamento impiantistico (di messa a norma e di rinnovo) e di revisione distributiva degli spazi, in relazione alle norme intervenute e agli indirizzi attuali di organizzazione sanitaria e qualità e confort alberghiero. Parte di tali interventi (impiantistica centrale e distribuzione, piastra operatoria, etc) sono già in corso di realizzazione, parte verranno realizzati nell'intervento di cui al presente Accordo.

Nel 2008 l'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste ha ottenuto l'accreditamento Joint commission international (JCI).

Ospedale di Pordenone

Per quanto riguarda la situazione attuale, l'ospedale di Pordenone si caratterizza come un ospedale per acuti, che contempla diverse funzioni specialistiche previste dalla programmazione regionale, fatta eccezione per le funzioni di malattie infettive, cardiocirurgia e neurochirurgia.

L'attuale modello organizzativo prevede un'aggregazione funzionale dell'attività e si articola in unità operative inserite in un contesto dipartimentalizzato:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento di Chirurgia Generale
- Dipartimento di Chirurgia Specialistica
- Dipartimento di Medicina Generale
- Dipartimento di Medicina Specialistica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini

In questo modello le UU.OO. mantengono la loro autonomia clinico-assistenziale e organizzativo e gestionale. Tranne rare eccezioni (DH medico, blocchi operatori), sono poche le attività distribuite in aree comuni dipartimentali.

Rispetto ad una razionale distribuzione delle attività, che prevede la separazione della degenza ordinaria dalla degenza diurna dalle attività ambulatoriali e dai servizi diagnostici, l'attività assistenziale viene erogata sui vari padiglioni dell'Ospedale in modo diffuso, senza una chiara distinzione delle principali funzioni. In molti casi, per esempio, l'attività ambulatoriale non ha un'area dedicata ed è nata progressivamente a ridosso delle degenze negli atrii dei vari piani senza adeguati spazi d'attesa. Persistendo una forte promiscuità di attività non affini, lo svolgimento dell'accoglienza e della gestione del paziente con bisogni assai diversi ostacola una razionale organizzazione secondo gli attuali modelli assistenziali.

L'edificio di nuova realizzazione, suddiviso in tre parti strettamente connesse fra loro con collegamenti separati e dedicati al personale e utenti interni e agli utenti esterni, permette di razionalizzare e suddividere l'offerta sanitaria e assistenziale a seconda dei bisogni degli utenti:

- attività di reception e amministrative in prossimità dell'ingresso e al di fuori delle aree assistenziali e delle terapie;
- attività ambulatoriale localizzate in aree di facile accesso e smistamento;
- attività degenziali collocate in aree separate ma ben collegate con le aree destinate alle diagnostiche e alle terapie, con la possibilità di fruire della vista e dell'uso di un piccolo parco verde circostante e orientate in maniera ottimale verso sud;
- piastra dei servizi sanitari organizzata per ospitare tutte le funzioni per acuti secondo adeguati standard funzionali, logistici e tecnologici;
- collocazione urbanistica in prossimità della città e al contempo al di fuori del traffico cittadino, adeguatamente collegata e facilmente raggiungibile, sia dalla città (con mezzi privati e soprattutto con i mezzi pubblici), sia dalla provincia.

Polo ospedaliero udinese

Il nuovo Polo ospedaliero udinese, ai sensi della programmazione regionale, dovrà assicurare l'assistenza ospedaliera di base a un bacino d'utenza di circa 300.000 abitanti e le funzioni specialistiche per un'area vasta con più di 500.000 abitanti, nonché funzioni di alta specialità per l'intero territorio regionale e con significativa attrazione extraregionale (cardiocirurgia, neurochirurgia, ematologia, trapianti, centro ustioni, PET, etc.)

Il progetto costituisce la prosecuzione e il completamento, prevista in due fasi distinte (III e IV Intervento), della nuova edificazione dell'edificio principale del nuovo Polo ospedaliero udinese, del quale sono attualmente in fase di edificazione i primi due interventi, per una superficie totale di

circa 56.000 mq, già oggetto di finanziamento statale nell'ambito del programma di investimenti statali in sanità ex art. 20.

La riqualificazione del Polo ospedaliero udinese prevede, nell'insieme delle sue fasi, la realizzazione di un complesso di circa 100.000 mq, destinato a ospitare le attività sanitarie di maggior intensità e complessità.

Gli interventi attualmente in fase di realizzazione, la cui conclusione è prevista per la fine del 2011, con attivazione anticipata di alcune aree (Spogliatoi, Ambulatori, Radioterapia), ospiteranno:

- aree riunioni,
- spogliatoi centralizzati,
- fisica sanitaria e medicina nucleare,
- radioterapia,
- ambulatori,
- endoscopia,
- radiodiagnostica di elezione,
- blocchi operatori chirurgia specialistica e generale,
- terapia intensiva e semintensiva,
- day-hospital emato-oncologico,
- degenze,
- degenze emato-oncologiche (trapianto di midollo),
- uffici e studi medici.

Parallelamente a tale opera l'Azienda ospedaliero-universitaria sta realizzando altre opere necessarie per il completamento e funzionamento del Polo ospedaliero; in particolare è stata avviata, nell'ambito di un Accordo di Programma tra Azienda ospedaliero-universitaria, Comune di Udine e Università degli studi di Udine, la concessione di costruzione e gestione di una Nuova Centrale Tecnologica, di un impianto di cogenerazione, di cunicoli tecnologici e del Centro Servizi e Laboratori, nonché di una rete di teleriscaldamento, per la quale si è concluso l'iter di aggiudicazione: la conclusione delle opere è prevista per la fine del 2011. Anche questo intervento è finanziato con fondi statali ex art. 20.

L'azienda ha, inoltre, avviato l'iter per la realizzazione di un nuovo centro dialisi, finanziato in parte con fondi regionali e in parte con un lascito, da realizzare in posizione prossima al padiglione nuove Mediche.

E' stata inoltre completata la realizzazione della nuova palazzina CT-PET, pienamente operativa dall'inizio del 2009.

Strutture per l'assistenza riabilitativa, residenziale e semiresidenziale, territoriale

Attorno agli anni 1995/1997, in attuazione a quanto definito con la legge di revisione della rete ospedaliera regionale (legge regionale n. 13/1995, articolo 17) la Regione FVG ha progressivamente sviluppato l'offerta di RSA di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e al DPCM del 22 dicembre 1989. Esse erano definite come strutture residenziali destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti e a soggetti temporaneamente non autosufficienti, esclusi i minori, nonché a soggetti affetti da handicap fisico e psichico.

Dopo l'iniziale sperimentazione e sviluppo delle attività, con la DGR n. 1487/2000 sono state emanate le linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali che hanno definito le finalità, i rapporti con le strutture di riabilitazione, le funzioni, l'offerta, la durata della degenza, le procedure di segnalazione, valutazione, ammissione, dimissione e le forme di partecipazione dell'utenza.

Con la successiva delibera di approvazione del Piano regionale della riabilitazione, DGR n. 606/2005 sono stati definiti ulteriori criteri per l'inserimento di queste strutture nell'ambito della

rete dei servizi intermedi e di riabilitazione. In particolare, la norma in oggetto ha stabilito che ogni azienda sanitaria, nell'ambito del Piano triennale della riabilitazione, deve definire il fabbisogno dell'offerta di RSA.

Nella Regione Friuli Venezia Giulia è presente un'offerta molto articolata di strutture intermedie identificate come strutture residenziali per anziani:

- residenze polifunzionali;
- residenze polifunzionali con modulo fascia A;
- comunità alloggio;
- case albergo;
- residenze ad utenza diversificata;
- centri diurni.

per un totale di oltre 10 mila posti letto, oltre all'attività diurna.

Si segnala che, contrariamente a quanto avviene in altre regioni d'Italia in cui le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono comprese nell'elenco delle strutture intermedie e si prevedono degenze prolungate degli ospiti in queste strutture così denominate, nel FVG le RSA sono strutture del tutto diverse: esse costituiscono offerta distrettuale, prevedono degenze in genere inferiori ad un mese, sono destinate al recupero fisico e sociale delle persone, in genere dopo una dimissione da un reparto ospedaliero per acuti che, al termine della degenza in RSA, vengono accolte nuovamente a domicilio o in altre strutture residenziali. Nel FVG le RSA sono articolate in moduli specialistici che possono essere dedicati alle demenze, agli stati vegetativi, all'alcolismo ecc.

Le strutture residenziali sono oggetto di un processo di nuova classificazione già definito dalla Giunta regionale che prevede:

- il potenziamento degli interventi di sostegno della domiciliarità e di contrasto dell'istituzionalizzazione delle persone anziane;
- lo sviluppo delle cure intermedie, anche attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna, in grado di dare adeguata risposta a specifici bisogni di carattere sociale e riabilitativo o attraverso interventi di "sollievo";
- la riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani.

1.1.7) ANALISI E VALUTAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In Friuli Venezia Giulia la normativa regionale è intervenuta con disposizioni organiche sull'integrazione sociosanitaria:

- la legge regionale 41/1996 ha definito norme per l'assistenza integrata ai disabili;
- la legge regionale 49/1996 ha definito l'organizzazione delle attività ad alta integrazione sociosanitaria;
- la legge regionale 10/1998 ha definito le forme di assistenza integrata per gli anziani;
- la legge regionale 23/2004 ha normato compiutamente gli atti di pianificazione sociosanitaria integrata e gli atti di programmazione locale.

In quest'ambito la Giunta regionale con Delibera n. 3236/2004 ha approvato le Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ).

La programmazione sanitaria regionale affronta da più aspetti le modalità operative dell'integrazione sociosanitaria prevedendo i seguenti strumenti di integrazione:

- punto unico di accesso;
- sistema di valutazione multidimensionale integrato;
- elaborazione di un progetto personalizzato;
- individuazione di un coordinatore del caso;
- definizione di un budget di salute.

La legge regionale 6/2006 (che ha introdotto, tra l'altro il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine ed il Reddito di base ed i progetti di inclusione per la cittadinanza) e la 11/2006 (che ha normato gli interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità associata anche al Progetto obiettivo materno infantile) promuovono e definiscono l'integrazione sociosanitaria ai diversi livelli organizzativi.

Le Leggi regionali in materia emanate negli ultimi anni hanno l'obiettivo generale di promuovere il benessere della comunità regionale attraverso l'innovazione e lo sviluppo del sistema di welfare regionale.

All'interno di una diffusa rete solidale, istituzionale e, per quanto possibile, informale, sono stati programmati azioni e interventi che pongono al centro del sistema la persona e la sua famiglia.

Un primo obiettivo è il superamento dell'ottica meramente assistenziale e l'affermazione, invece, di una strategia di integrazione delle diverse politiche del welfare, specie per quelle che incidono sulla qualità della vita dei Cittadini.

Un altro obiettivo è l'innovazione di un impianto per molti versi superato, attraverso il rilancio di un sistema istituzionale e di servizi sociali capace di garantire un alto livello d'offerta.

Per come è configurato il quadro legislativo regionale appare chiaro che alla gravità delle questioni sociali e alla attuale crisi del welfare non si può rispondere partendo solo dai vincoli e dalle compatibilità economiche, ma che bisogna puntare su una nuova cultura della cittadinanza e arrivare alla definizione di regole complessive per governare gli assetti socio-economici, le politiche sociali, lo sviluppo economico e la tutela dei soggetti deboli.

L'attuale quadro normativo prevede cambiamenti:

- nel concetto stesso di assistenza, che fa riferimento ai diritti di cittadinanza, vale a dire al diritto dei cittadini utenti di partecipare direttamente alle decisioni che li riguardano; l'obiettivo primario degli interventi non è tanto l'erogazione delle prestazioni (che comunque devono rispondere a caratteristiche sempre maggiori di qualità), quanto la promozione dello sviluppo della persona umana; il modello organizzativo conseguente previsto dalla legislazione favorisce la cittadinanza attiva e le iniziative di mutuo aiuto;
- nel ruolo dell'Ente Locale e in particolare dei Comuni associati nei 19 ambiti distrettuali che tendono ad essere trasformati da gestori di servizi a gestori di network sociali;
- nel ruolo degli operatori sociali che agiscono nell'ambito del Servizio Sociale dei Comuni, ai quali viene chiesto complessivamente di migliorare la capacità di presa in carico dei problemi delle persone e delle famiglie in un'ottica negoziale e collaborativa, ma anche di acquisire maggiore capacità di lettura dei fenomeni sociali e di coerente programmazione; in questa maniera le funzioni di osservazione dei fenomeni sociali, di erogazione delle prestazioni d'informazione, consulenza e aiuto professionale si configurano come livello essenziale da erogare;
- nell'organizzazione dei servizi e degli interventi, basata su progetti e processi e non più su procedimenti e atti;
- nel modo di fare amministrazione, che passa dalla semplice produzione di regole a una sempre maggiore attenzione ai risultati;
- nelle modalità e nei contenuti della pianificazione e della programmazione attuativa sociale, a tutti i livelli della sua declinazione -regionale, di ambito distrettuale e comunale-, sempre più caratterizzata da modalità concertative e partecipative.

Per concludere il tema della continuità assistenziale si accenna brevemente alle attività di assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare rientra tra i livelli essenziali di assistenza definiti dalle norme nazionali. La Regione FVG ha sviluppato questo servizio a livello distrettuale e, in coordinamento con i medici di medicina generale, vengono erogate a domicilio prestazioni infermieristiche e riabilitative.

In ogni distretto della Regione è garantita un'offerta per 12 ore nei giorni feriali e, con poche eccezioni, anche nei giorni prefestivi e festivi.

Il target di utenza è costituito prevalentemente da soggetti anziani che necessitano di varie forme di assistenza: dai prelievi di sangue a domicilio, alla gestione delle lesioni da decubito o di un apparecchio respiratore automatico, al completamento di una riabilitazione psicomotoria dopo un

danno cerebrale.

La programmazione regionale orienta questa attività sempre più alla gestione di casi complessi e sempre più alla "presa in carico" del soggetto, rinunciando a un'ottica di tipo "prestazionale" in cui l'infermiere o il riabilitatore si limitano a eseguire la prestazione sanitaria.

In quest'ottica va visto anche il complesso programma di integrazione dei servizi sanitari distrettuali e non, con quelli sociali dei Comuni che, nei casi con bisogni complessi, realizzano un intervento ad alta integrazione sociosanitaria con precise regole.

In diverse aziende sanitarie della Regione sono state sperimentate forme innovative della presenza di operatori sanitari sul territorio: si va dalla apertura degli ambulatori infermieristici in locali dei comuni più decentrati, che rappresentano un punto di contatto della popolazione con il sistema sociosanitario, a forme di infermiere di comunità con presidio, di mappatura dei bisogni e presa in carico precoce (Progetto Nonos dell'ASS n. 5 Bassa Friulana), a forme sperimentali di attività in microaree (2/3 mila abitanti) in cui l'infermiere presidia la situazione sociosanitaria di un quartiere svolgendo un ruolo di "advocacy" nei confronti dei servizi (Progetto microaree ASS n. 1 Triestina).

1.2) STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

1.2.1) IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

Dall'analisi della situazione esistente nella Regione e dal confronto con le linee di tendenza dei sistemi sanitari italiani ed europei, il modello di riferimento cui tendere e a cui dare risposta anche mediante gli investimenti si basa su:

- concentrazione di diagnosi e cura per pazienti acuti in strutture ospedaliere con elevata specializzazione e casistica per ampi bacini di utenza;
- gradualità di cura, con chiara distinzione fra strutture destinate alla degenza per acuti, strutture per riabilitazione di vario livello, strutture di supporto, etc.

Con gli interventi proposti nel presente Accordo si intende dare risposta principalmente alla necessità di avere la disponibilità di strutture ospedaliere per acuti adeguate sia dal punto di vista funzionale, sia dal punto di vista strutturale, che consentano un'offerta sanitaria e assistenziale sicura e adeguata.

Tale disponibilità ha come dirette conseguenze:

- l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie;
- la riduzione delle liste d'attesa;
- una risposta sanitaria adeguata e al passo con i progressi scientifici;
- la sicurezza del paziente;
- l'adeguamento a standard edilizi, impiantistici e tecnologici finalizzati all'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture.

Questi elementi costituiscono i principi ispiratori del presente Accordo.

Dall'analisi dello stato di fatto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, svolta in occasione della verifica dell'attuazione del PSSR 2006/2008, sono state riscontrate alcune carenze specifiche delle strutture della rete sanitaria ospedaliera regionale. In quest'ottica si inserisce la programmazione regionale degli investimenti e, in particolare, gli interventi di cui al presente Accordo.

1.2.2) DESCRIZIONE DELLA STRATEGIA

Il percorso per raggiungere gli obiettivi proposti si sviluppa attraverso i seguenti passaggi:

- ammodernamento e razionalizzazione delle strutture sanitarie ospedaliere per acuti della Regione (Ospedale di Cattinara e Ospedale infantile Burlo di Trieste, Ospedale di Udine, Ospedale di Pordenone);
- conferma e sviluppo dei ruoli di eccellenza e di riferimento regionale e sovra regionale, svolto dalle quattro Aziende titolari degli interventi (Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste, IRCCS Burlo di Trieste, Azienda ospedaliero-universitaria di Udine, Azienda ospedaliera di Pordenone).

Concretamente tali passaggi implicano l'adeguamento delle strutture esistenti o la realizzazione di nuove strutture che garantiscano spazi adeguati dal punto di vista funzionale e organizzativo e dal punto di vista normativo, che consentano l'utilizzo di soluzioni tecnologiche avanzate e che offrano all'utente e al personale ambienti confortevoli e accoglienti, oltre che sicuri.

2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.1) OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

2.1.1) ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ

Un'attenta analisi dei problemi e delle priorità nella programmazione sanitaria regionale è stata recentemente portata a termine, al fine di creare una solida base di sviluppo del nuovo piano socio sanitario regionale 2010-2012. Questa analisi ha evidenziato fra l'altro l'esistenza di alcuni problemi legati alla necessità di riorganizzare l'offerta sanitaria ospedaliera in regione in quanto in alcuni ospedali qualche funzione presenta una casistica troppo bassa per garantire una buona qualità delle prestazioni e altri ospedali presentano una casistica molto complessa, pur non essendo adeguatamente strutturati per trattarla con la necessaria sicurezza.

Le azioni da intraprendere per raggiungere l'obiettivo di una rete ospedaliera efficiente e sicura sono:

- modificare la struttura e le funzioni della rete ospedaliera per migliorarne l'efficienza e la funzionalità;
- escludere servizi e strutture le cui prestazioni siano di qualità non adeguata o la cui casistica sia numericamente troppo bassa;
- riorganizzare la rete delle alte specialità ospedaliere secondo il modello hub & spoke, concentrando competenze professionali e tecnologiche per diagnosi e cure di particolare complessità o rarità presso centri di alta specializzazione a cui tutti gli altri ospedali fanno riferimento anche favorendo la mobilità di professionisti ed équipes. Le discipline di alta specialità sono considerate: cardiocirurgia e cardiologia interventistica, neuroscienze, trapianti, riabilitazione di terzo livello, genetica, sistema di emergenza/urgenza, sistema trasfusionale, malattie rare, grandi traumi, oncologia specialistica, laboratori ad alta complessità;
- favorire la collaborazione di strutture e professionisti al fine di superare la concezione autarchica dell'ospedale e i meccanismi competitivi;
- costruire una rete hub & spoke a prescindere dagli assetti istituzionali delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie.

Il modello di sviluppo della rete ospedaliera dovrà tenere conto anche delle necessità di sviluppo e ricerca, in relazione sia alla presenza sul territorio regionale di due IRCCS (uno dei quali è direttamente coinvolto negli obiettivi del presente Accordo), sia agli stretti rapporti di collaborazione con le università e le facoltà di medicina e chirurgia della Regione (due delle Aziende titolari degli interventi proposti nel presente Accordo sono aziende ospedaliere-universitarie), sia alla collaborazione con gli Enti di ricerca attivi in Regione.

2.1.2) LA CATENA DEGLI OBIETTIVI

Gli obiettivi del programma sono suddivisi negli obiettivi contenuti nella tabella che segue.

<p>Obiettivo generale <i>è il principio ispiratore e di governo strategico del programma</i> Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale per acuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie - ridurre le liste di attesa - permettere una risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici - garantire la sicurezza del paziente - garantire gli standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture.
<p>Obiettivi specifici <i>sono i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale</i> Riqualificazione e ammodernamento della rete regionale dell'offerta sanitaria per acuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie, - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate, - adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico), - realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali.
<p>Obiettivi operativi <i>sono rappresentati dalla realizzazione degli interventi progettuali del programma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riqualificazione e messa a norma dell'ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo di Trieste - Realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone - Prosecuzione della riqualificazione dell'Ospedale di Udine con la realizzazione del III lotto del nuovo edificio ospitante degenze e servizi sanitari

Il raggiungimento di tali obiettivi consentirà di raccogliere e articolare alcuni aspetti fondamentali dell'offerta sanitaria per acuti della Regione:

- attuare nel tempo più breve possibile tutti gli accorgimenti di natura strutturale, tecnologica e organizzativa necessari per portare il numero di posti letto a una valore uguale o inferiore al 4 permille, in accordo con le indicazioni del Patto della Salute 2010-2012;
- costruire e perfezionare dei percorsi assistenziali sempre più aderenti e rispondenti alle effettive necessità della popolazione;
- valorizzare le professionalità e le realtà non solo sanitarie, ma anche scientifiche e di ricerca presenti nelle strutture e nelle Aziende;
- realizzare un sistema integrato che sfrutti al meglio le potenzialità e le caratteristiche delle realtà presenti sul territorio con finalità sanitarie e assistenziali: strutture pubbliche, università, enti di ricerca, eventualmente strutture private, etc.;
- utilizzare in maniera razionale e ottimale le risorse a disposizione, al fine di garantire un'offerta sanitaria adeguata e di contenere la spesa pubblica;
- integrare le occasioni di ricerca e sviluppo, sia tecnologico, sia scientifico, per utilizzare in maniera produttiva la casistica con finalità di ricerca e per consentire un rapido e sicuro trasferimento dei risultati della sperimentazione.

2.1.3) INTERVENTI PROGETTUALI

L'accordo di programma proposto con il presente documento si sviluppa in continuità sia con la programmazione degli investimenti regionale, sia con il precedente accordo di programma e i precedenti programmi di investimento in sanità finanziati nella Regione Friuli Venezia Giulia con fondi statali.

Le opere che la Regione Friuli Venezia Giulia intende finanziare sono relative a opere di riqualificazione dei tre ospedali di riferimento della Regione Friuli Venezia Giulia: Comprensorio di Cattinara a Trieste, Ospedale di Pordenone, Polo ospedaliero udinese.

Di seguito si procede all'illustrazione sintetica dei singoli interventi oggetto del presente accordo.

Intervento n. 1 - Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 3234 dd. 29.11.2004 è stato approvato lo "Studio di fattibilità sul riordino della rete ospedaliera triestina" elaborato dall'Agenzia Regionale di Sanità, il quale prevede la riorganizzazione del sistema ospedaliero della città di Trieste secondo le seguenti linee di indirizzo:

- la realizzazione, a Cattinara, di un polo ospedaliero integrato, in cui si concentrino le funzioni per acuti, dell'emergenza e dell'urgenza, nonché quelle dell'eccellenza dell'area sanitaria triestina, al fine di rendere la struttura idonea alla funzione di ospedale di rilievo nazionale e di riferimento per l'intera Regione;
- il trasferimento nel comprensorio di Cattinara dell'ospedale triestino di eccellenza Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo, attualmente ubicato in Via dell'Istria, in modo da massimizzare le potenzialità di sinergia tra le due strutture ospedaliere, con un razionale e appropriato utilizzo delle risorse, evitando duplicazioni e sprechi;
- la destinazione del polo ospedaliero di Cattinara a centro di riferimento della didattica universitaria;
- la costruzione, nell'area del comprensorio ospedaliero di Cattinara, di nuovi edifici da destinarsi ad attività di ricerca scientifica per l'innovazione in sanità, in particolare per la medicina molecolare, quale applicazione sanitaria delle attività che già si svolgono nei principali centri di ricerca scientifici triestini (SISSA, Area di Ricerca, Università degli Studi).

Nell'ambito dello studio di fattibilità del riordino della rete ospedaliera triestina è compresa anche la ristrutturazione dell'Ospedale Maggiore, attualmente in fase di esecuzione e già finanziata nell'ambito del precedente Accordo di programma stipulato nel 2001.

Per dare attuazione allo Studio di fattibilità del 2004 è stato stipulato tra il Comune di Trieste e la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia un protocollo d'intesa (approvato rispettivamente con deliberazione della Giunta Regionale n. 3095 dd. 12.11.2004 e deliberazione della Giunta Comunale n. 509 dd. 28.10.2004), che prevede un'azione coordinata delle due Amministrazioni per il perseguimento delle finalità dello studio. Successivamente sono state avviate le seguenti azioni:

- operare una variante urbanistica al PRGC al fine di adeguare il perimetro della zona P1 e di prevedere opere di viabilità che assicurino un'adeguata accessibilità al comprensorio ospedaliero e migliorino la viabilità esistente interna ed esterna all'ambito;
- adottare un PRPC di iniziativa pubblica per dare attuazione alle previsioni del PRGC e del presente accordo di programma;
- definire e realizzare opere di urbanizzazione sia all'interno del comprensorio ospedaliero sia all'esterno, soprattutto per riorganizzare e adeguare la viabilità e per reperire aree di verde attrezzato.

A tal fine, nell'ottica della semplificazione delle procedure amministrative e vista la necessità della

partecipazione integrata e coordinata da parte dei soggetti partecipanti, è stato firmato fra tutti gli Enti interessati (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Comune di Trieste, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo) un primo Accordo di programma in data 28.05.2007, successivamente completato e, in parte, modificato con l'Accordo integrativo del marzo 2009, per attuare il coordinamento delle azioni di rispettiva competenza dei partecipanti e per definire le modalità, i tempi di esecuzione da parte di ciascuno e il controllo dell'attuazione dell'intervento.

L'intervento proposto realizza le precondizioni strutturali necessarie affinché il comprensorio di Cattinara raccolga e consolidi un ruolo di riferimento nella città e provincia di Trieste, nella Regione e a livello sovra regionale per quanto riguarda l'offerta per acuti non solo per gli adulti, ma anche nel settore materno-infantile.

Nell'area troveranno un'adeguata collocazione le attività didattiche e di ricerca universitarie nel settore medico, in relazione all'attività dell'Azienda ospedaliero-universitaria e dell'IRCCS Burlo.

Insistendo nello stesso comprensorio due Aziende con finalità in parte coincidenti, in parte complementari, l'offerta specialistica sarà caratterizzata da:

- elevati rapporti collaborativi fra le due Aziende, tali da favorire l'offerta di prestazioni sanitarie in forma integrata e completa;
- utilizzo razionale e appropriato delle risorse, evitando duplicazioni e inutili ridondanze e favorendo l'impiego completo e intensivo di risorse in termini di spazi, servizi, tecnologie, etc;
- disponibilità delle più avanzate tecniche diagnostiche e di imaging;
- concentrazione dell'attività chirurgica di rilievo tecnologico;
- concentrazione delle funzioni e specialità di tipo hub, individuate dalla programmazione regionale;
- trattamento delle fasi acute delle patologiche di tipo medico che, per complessità, gravità e intensità non possono essere gestite a livello territoriale, con particolare attenzione a quelle cronico-degenerative, della donna e del bambino e alle terapie innovative;
- ricerca orientata nei settori della medicina molecolare e delle biotecnologie, oltre che nella ricerca clinica diretta agli obiettivi della Regione, nel pieno rispetto della titolarità dell'Università e dell'IRCCS;
- sviluppo e applicazione delle conoscenze mediche, aggiornamento continuo e didattica.

Per effetto dell'intervento, per quanto riguarda l'Ospedale di Cattinara si osserverà un consolidamento dell'offerta sanitaria già svolta in loco, in particolare con un incremento di:

- aree degenziali ad alta intensità di cura;
- area dell'emergenza/urgenza;
- aree terapeutiche (diagnostica interventistica, day surgery e chirurgia mini invasiva);
- aree diagnostiche per immagini ad alta tecnologia;
- sistema dei collegamenti e degli accessi dall'esterno e all'interno della struttura.

Per quanto riguarda la nuova sede dell'Ospedale infantile, si elencano di seguito alcuni dei principi ispiratori generali da seguire nella progettazione e realizzazione dell'intervento:

- il disegno esteriore dell'edificio e in generale l'aspetto dei luoghi devono creare un feeling con il bambino e i familiari;
- l'accoglienza dovrà caratterizzare identità e missione dell'Istituto;
- gli assistiti e i loro familiari sono al centro dell'assistenza;
- la natura e l'arte promuovono salute e benessere;
- il livello di rumorosità deve essere contenuto;
- le aree di degenza devono essere costituite da stanze prevalentemente a un letto, con spazio di ospitalità per i genitori; le stanze devono essere accoglienti e comunicare un ambiente sereno;
- l'assistenza deve essere adeguata alle esigenze dei bambini;
- l'ambiente e gli spazi devono agevolare il coinvolgimento della comunità (familiari, associazioni dei malati, volontariato, etc.).

La nuova sede dell'IRCCS Burlo, realizzata su un'area attualmente di proprietà dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste, sarà di proprietà dell'IRCCS stesso e il sedime su cui verrà

realizzato l'edificio verrà ceduto in comodato d'uso gratuito dall'Azienda ospedaliero-universitaria all'Istituto.

Intervento n. 2 – Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone

L'intervento di realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone comprende, oltre all'acquisizione dell'area e alle relative opere di urbanizzazione e ai parcheggi per utenti e personale, la realizzazione di un complesso che comprenda una serie di edifici direttamente connessi l'uno all'altro destinati a ospitare:

- degenze,
- servizi sanitari,
- area dell'emergenza,
- laboratori,
- attività direzionali e amministrative,
- edifici di servizio (morgue, logistica, centrali tecnologiche).

L'area sul quale si intende procedere alla realizzazione dell'opera è collocata in comune di Pordenone, in località denominata Comina, ha una superficie di 20 ha complessivamente disponibili; ha configurazione regolare, giacitura piana e accessibilità dalla viabilità primaria statale e provinciale e non è attualmente edificata; gli allacciamenti alle reti dei pubblici servizi sono già operanti, a eccezione del raccordo fognario, che richiede un nuovo collettore sulla strada comunale. Per procedere la realizzazione dell'opera è necessario che venga perfezionato l'iter di modifica e di autorizzazione urbanistica da parte del Comune e della Regione, per avviare il quale sono già stati contattati gli uffici competenti.

Gli edifici previsti saranno blocchi con un numero massimo di 5 piani fuori terra, con le caratteristiche strutturali prescritte dal DM 14.01.2008 (edifici in zona sismica – zona 2).

L'organizzazione funzionale del complesso è articolata su schemi di flussi indipendenti per i visitatori, gli operatori sanitari e per le emergenze, con altrettanti ingressi presidiati. I flussi si distribuiscono all'interno degli edifici secondo una rete di percorsi ortogonali e passanti, con blocchi scale-ascensori posti sui nodi d'intersezione.

In particolare gli edifici principali destinati alla degenza e ai servizi sanitari sono organizzati su base dipartimentale, con spazi riservati alla diagnostica e alle terapie, connessi ma distinti dagli spazi di degenza.

Lo schema organizzativo proposto dall'Azienda prevede la ripartizione della struttura ospedaliera secondo sottosistemi organizzativi fortemente coesi al loro interno e fra loro strettamente interagenti e integrati:

- SOTTOSISTEMA DELL'EMERGENZA-URGENZA:
comprende tutte le funzioni previste per il Dipartimento di Emergenza e le funzioni più direttamente coinvolte per il trattamento del paziente traumatologico o con urgenze internistiche:
 - Pronto Soccorso con radiodiagnostica d'urgenza
 - Medicina d'Urgenza
 - Rianimazione
 - Terapie sub-intensive internistiche (UCMI/Stroke Unit)
 - Sale Operatorie (per urgenze)
 - TIPO
 - Emodinamica e Radiologia Interventistica
- SOTTOSISTEMA DELLE DEGENZE AD ALTO GRADO DI ASSISTENZA: comprende le degenze ad alto grado di assistenza a ciclo continuo o orientate al modello organizzativo del Day Hospital, Day Surgery, Week Hospital, da gestire secondo modalità pluridisciplinari con attività specialistiche e spazi tecnologici direttamente connessi alle degenze
- SOTTOSISTEMA DELLE DEGENZE A MEDIA ASSISTENZA E BASSA ASSISTENZA

- SOTTOSISTEMA RIABILITATIVO: assicura la riabilitazione funzionale nella fase postacuta (riabilitazione intensiva) e la continuità della presa in carico nella fase di postacuzie (riabilitazione ambulatoriale)
- SOTTOSISTEMA AMBULATORIALE: gli ambulatori sono destinati a pazienti esterni collegati con i servizi diagnostici di immagini ed endoscopia e collocati in spazi facilmente accessibili anche ai ricoverati; sono dotati di ampi spazi destinati alle attese, prenotazioni e ritiro referti. Gli spazi ambulatoriali sono organizzati per aree omogenee a garanzia della efficienza funzionale e alla integrazione delle diverse zone destinate ai processi diagnostico-terapeutici
- SOTTOSISTEMA DEI SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO: Laboratorio, Diagnostica per immagini, Medicina Nucleare e Radioterapia.

Il costo previsto per l'intervento ammonta a circa 180 milioni di euro, cui vanno aggiunte le spese previste per il rinnovo e l'integrazione dell'attrezzaggio.

L'Azienda ha la disponibilità del progetto esecutivo dell'edificio degenze e servizi sanitari, di nuova realizzazione, che doveva essere realizzato nel comprensorio dell'attuale ospedale di Pordenone e che intende riproporre nella nuova sede, confermando le scelte distributive, organizzative e tecnologiche ivi contenute.

Intervento n. 3 – Riquilificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto

L'intervento progettuale di cui al presente Programma, rappresenta la terza fase delle opere di riquilificazione del Polo ospedaliero udinese, già oggetto di precedenti finanziamenti statali e delle quali, in parte, si è già detto:

- il I intervento è stato finanziato per 26,3 milioni di euro nell'ambito della II fase dell'art. 20 (Interventi di messa in sicurezza);
- il II intervento fa parte dell'Accordo di programma del 2001;
- anche il III intervento era originariamente compreso nell'Accordo di Programma del 2001, ma ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 310 e seguenti, della L. n. 266/2005 (legge finanziaria 2006), il relativo finanziamento è stato revocato per il 65 % dal precedente Accordo e viene riproposto nel presente Accordo con finalità analoghe;
- il 35 % delle risorse destinate al III intervento nel precedente Accordo, sono state utilizzate, in accordo con il Ministero della Salute, per il finanziamento della quota di prezzo per la concessione di realizzazione e gestione della nuova centrale tecnologica, dell'edificio servizi e laboratori e per la rete di teleriscaldamento a servizio del comprensorio ospedaliero.

Pertanto gli obiettivi generali dell'intervento confermano sostanzialmente quelli già contenuti nel precedente Accordo, in particolare:

- rinnovare le attuali strutture edilizie dell'ospedale, alcune delle quali (attualmente l'ospedale è a padiglioni) si trovano in condizioni di grave obsolescenza e carenza dei requisiti;
- qualificare le funzioni di alta specialità e di eccellenza dell'ospedale, che costituisce, all'interno della rete ospedaliera regionale, centro di rilievo nazionale;
- adeguare sotto il profilo funzionale e dimensionale le dotazioni dell'ospedale agli indirizzi della programmazione regionale e alle tendenze più innovative di organizzazione ospedaliera;
- migliorare il comfort delle aree di degenza e potenziare le aree diagnostico-terapeutiche e interventistiche.

La terza fase, oggetto del presente accordo di programma, la cui costruzione si prevede possa iniziare nel 2013, per una durata dei lavori di 4 anni, consiste nella realizzazione di circa 20.000 mq completi e finiti, che ospiteranno:

- spogliatoi centralizzati,
- ambulatori,
- un blocco operatorio da 6 sale,
- degenze,

– studi medici.

Rimarranno da edificare, nella quarta e ultima fase: pronto soccorso, polo angiografico, day-surgery, blocco operatorio e ulteriori aree da destinare a spogliatoi centralizzati, ambulatori, degenze, terapia intensiva e semintensiva studi medici.

Le restanti funzioni ospedaliere e le attività non sanitarie saranno collocate, eventualmente previa riorganizzazione e ristrutturazione, in parte già in corso, in edifici già esistenti (Padiglione Ingresso, Padiglione Petracco, Padiglione Nuove Mediche, Padiglione Malattie Infettive, etc.), mentre altri padiglioni attualmente in uso verranno demoliti.

2.1.4) OFFERTA POST OPERAM

L'effetto principale della realizzazione dei tre interventi sarà una completa revisione delle tre sedi ospedaliere in riferimento nell'offerta ospedaliera per acuti della Regione, sia dal punto di vista edilizio e impiantistico, sia dal punto di vista normativo, sia dal punto di vista funzionale. La situazione attuale delle quattro strutture ospedaliere che verranno sostituite/riqualificate presenta notevoli criticità in quanto si tratta di strutture datate e, pertanto, non solo da adeguare alle norme nel frattempo entrate in vigore, ma anche da ripensare in termini di funzionalità degli spazi e di moderno approccio all'assistenza, alla cura e alle necessità degli utenti, siano essi adulti o bambini.

In generale andrà a diminuire complessivamente la dotazione di posti letto in linea con le indicazioni del Patto della salute, con una particolare attenzione ai posti letto specialistici, per i quali invece si osserverà un incremento, in risposta a una delle criticità attualmente riscontrabili nelle strutture ospedaliere regionali.

L'offerta sanitaria cambierà fortemente dal punto di vista qualitativo e quantitativo: in quanto gli interventi permetteranno di offrire all'utenza una risposta adeguata e di alto livello per tutte quelle attività sanitarie per le quali le quattro Aziende già ora sono centro di riferimento a livello cittadino, provinciale, regionale e, in parte, sovraregionale.

Oltre al miglioramento per gli utenti delle strutture, ciò si tradurrà anche nella disponibilità di luoghi di lavoro più confortevoli e sicuri per gli operatori sanitari.

Altro elemento importante sarà la realizzazione dell'integrazione fra AOU Ospedali riuniti e IRCCS Burlo di Trieste: pur nel pieno rispetto della titolarità e delle specificità delle due Aziende, la realizzazione di aree di integrazione in comune garantirà se non un risparmio, certamente un migliore utilizzo delle risorse a disposizione.

2.2) COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.2.1) RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ

I tre interventi di cui al presente Accordo si collocano nel medesimo obiettivo strategico e nel medesimo ordine di priorità, in quanto, come già sottolineato, riguardano la completa revisione delle tre sedi ospedaliere in riferimento nell'offerta ospedaliera per acuti della Regione, sia dal punto di vista edilizio e impiantistico, sia dal punto di vista normativo, sia dal punto di vista funzionale

2.2.2.) ANALISI DEI RISCHI

La metodologia SWOT (strengths-weakness-opportunities-threats), rappresentata nel prospetto sottoriportato, fornisce indicazioni in merito all'analisi dei rischi applicata al presente Programma.

	FORZA (S)	DEBOLEZZA (W)
INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> - Coerenza del programma con la programmazione nazionale e regionale - Rispondenza degli interventi alle necessità locali e regionali di riqualificazione, ammodernamento e messa a norma delle strutture di offerta sanitaria per acuti di riferimento regionale/nazionale - Il programma si concentra su pochi interventi di forte impatto dal punto di vista economico e organizzativo - Tutte le quattro Aziende titolari degli interventi sono ben strutturate dal punto di vista operativo, di disponibilità e competenza del personale degli Uffici tecnici 	<ul style="list-style-type: none"> - Il programma si concentra su pochi interventi destinati esclusivamente ai maggiori ospedali della Regione: le necessità delle strutture ospedaliere di rete e delle strutture territoriali sono affidate alla programmazione e al finanziamento regionale
	OPPORTUNITÀ (O)	RISCHI (T)
ESTERNI	<ul style="list-style-type: none"> - Il programma dà risposte concrete alla domanda di riqualificazione dei tre ospedali maggiori della Regione da parte della popolazione - Miglioramento concreto dell'offerta sanitaria specialistica per acuti nel territorio regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - La modalità di realizzazione degli interventi previsti nel presente accordo (appalto tradizionale con gestione diretta aziendale) può comportare rischi nella gestione del contratto e nella realizzazione delle opere, in particolare per la necessità di una struttura forte che segua e guidi in maniera sicura e continuativa l'intervento - La scelta dell'appalto tradizionale con gestione diretta aziendale, inoltre, rispetto ad altre tipologie di contratti annulla l'opportunità di trasferimento dei rischi al privato, mantenendoli in capo alla stazione appaltante

3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALE E REGIONALE E CON LE STRATEGIE COMUNITARIE

3.1) COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE E INTERSETTORIALE

3.1.1) COERENZA CON GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE

Gli interventi di cui al presente Accordo sono del tutto compatibili con le finalità e gli indirizzi contenuti nei documenti di programmazione sanitaria nazionale puntando all'adeguamento e alla riqualificazione delle strutture del Servizio sanitario regionale, ove si concentra l'assistenza per acuti e l'offerta tecnologica più avanzata, al fine di garantire la messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, adeguati livelli di confort, qualità e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, innovazione e ammodernamento strutturale e tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive e adeguate ai bisogni di salute, il potenziamento delle strutture per acuti all'interno della rete di integrazione dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda la programmazione nazionale, l'articolazione del presente Accordo prevede numerosi e importanti punti di contatto con la programmazione sanitaria nazionale, relativamente all'offerta sanitaria per acuti, alle modalità e alla qualità dell'erogazione di tale offerta e alla necessità di creare reti di integrazione fra i vari poli di erogazione delle prestazioni sanitarie per acuti.

Con riferimento al Patto per la Salute 2010/2012, i punti di contatto sono:

- attenzione ai criteri di efficienza e appropriatezza al fine di contribuire a garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione del Servizio sanitario regionale;
- attenzione allo standard dei posti letto ospedalieri del 4 per mille abitanti.

La realizzazione degli interventi compresi nel presente Accordo è da leggersi nel contesto generale di riorganizzazione non solo della rete ospedaliera, ma dell'intero Sistema sanitario regionale; pertanto gli interventi di cui al presente Accordo possono intendersi come uno dei passi che la Regione sta percorrendo per il raggiungimento degli obiettivi connessi alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza ospedaliera e post ospedaliera, di qualificazione dell'assistenza specialistica, di connessione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei finanziamenti si precisa quanto segue.

Nella delibera CIPE relativa al riparto dei fondi statali dell'esercizio 2007 vengono elencate una serie di priorità che devono essere rispettate nell'utilizzo dei fondi, compatibilmente con la programmazione regionale e nazionale:

- riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali e insulari;
- realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'art. 1, comma 1, del decreto legge 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n.39

- e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative;
- implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie e ospedaliere, integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni;
- strutture di assistenza odontoiatrica.

Anche la delibera CIPE relativa al riparto dei fondi statali dell'esercizio 2008 indica delle priorità da rispettare, compatibilmente con la programmazione regionale e nazionale:

- ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico finalizzato al potenziamento delle unità di risveglio dal coma;
- realizzazione di strutture residenziali e acquisizione di tecnologie per interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti.

Per quanto riguarda la Regione Friuli Venezia Giulia, si ritiene che tali priorità trovino già una risposta soddisfacente nella situazione attuale e nel programma regionale degli investimenti.

Per quanto riguarda l'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004 (in attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004 relativo alla destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art. 20 al potenziamento e ammodernamento tecnologico), l'utilizzo dei fondi statali è destinato esclusivamente a opere di carattere edilizio e impiantistico e non all'acquisto di tecnologie, in quanto annualmente quota parte delle risorse con cui viene finanziato il piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisto di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse devono concorrere in via prioritaria, per le Aziende nelle quali sono in corso o in fase di completamento interventi di nuova edificazione e ristrutturazione complessiva della sede ospedaliera, all'acquisizione degli arredi e delle attrezzature necessarie alle nuove sedi. Nel paragrafo in cui viene descritto il programma regionale degli investimenti in sanità viene riportato un riepilogo delle risorse destinate ad acquisizione di beni mobili e tecnologie.

3.1.2) COERENZA CON GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Sotto il profilo dei contenuti, il PSSR 2010/2012 conferma gli obiettivi di salute e i risultati attesi previsti dagli atti programmatori regionali precedenti e che si intendono ancora vigenti, in particolare riguardo ai seguenti ambiti di intervento:

- accreditamento, governo clinico e valutazione della qualità per garantire e mantenere un sistema sociosanitario di alta qualità;
- riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, l'attuazione della LR 7/2009 e la conferma delle linee previste dalla DGR 288/2007;
- la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico dei cittadini, da perseguire attraverso il potenziamento dell'autonomia ed operatività dei distretti, intesi quali luoghi naturalmente deputati a garantire il costante miglioramento dei servizi sanitari territoriali in un'ottica di passaggio da offerte settoriali di servizi a servizi organizzati in rete secondo modalità operative che prevedono accordi di programma, procedure, interventi formativi multiprofessionali, coordinamento delle attività, valutazione multidisciplinare del bisogno, monitoraggio clinico assistenziale e promozione della salute, anche in forza di una sempre più intensa collaborazione e valorizzazione dell'operato dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. A tale ultimo riguardo si prevede di realizzare il passaggio da una "medicina d'attesa" ad una "medicina di iniziativa" evolvendo verso tipologie organizzative coerenti con le previsioni della Convenzione quadriennale recentemente approvata, che introduce nuovi modelli associativi obbligatori (aggregazione funzionale, unità complessa di cure primarie, équipe territoriale) e facoltativi - da realizzarsi fra i soli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta o fra di essi ed altre figure professionali impegnate nella continuità assistenziale - ed altresì propone nuove modalità di coordinamento con le strutture

distrettuali lungo una traiettoria di complessità crescente dei casi trattati, al fine di conseguire gli obiettivi dichiarati dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e tra territorio ed ospedale;

- completamento della rete di assistenza ai malati terminali;
- miglioramento dell'integrazione socio sanitaria ottimizzando l'utilizzo di strumenti quali il PAT e PdZ;
- prosecuzione, sia per la parte ospedaliera che per la parte territoriale, del piano della riabilitazione, delle attività previste dal progetto obiettivo materno infantile e dell'età evolutiva e dal piano regionale per le malattie oncologiche;
- piena attuazione di quanto definito dagli atti di pianificazione per quanto concerne gli interventi volti alla prevenzione ed alla promozione della salute, alla lotta alle dipendenze ed alla tutela della salute mentale, con il pieno coinvolgimento di tutte le forze e professionalità operanti sul territorio, ivi incluse le componenti associazionistiche e del volontariato .

Per poter proseguire sul percorso avviato in questi anni dalla Regione, intervenendo sulle criticità evidenziate nel capitolo precedente servono nuove risorse, da acquisire auspicabilmente senza gravare sui cittadini, per poter programmare di più nelle aree che si vorrebbe sviluppare (118 ed emergenza, liste di attesa, politiche per gli anziani, integrazione sociosanitaria...).

Nel PSSR 2010/2012 sono state individuate quattro progettualità prioritarie:

- 1) la presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità
- 2) la rete ospedaliera
- 3) la rete dell'emergenza
- 4) il miglioramento dell'efficienza

Di seguito si riporta lo stato attuale della programmazione regionale degli investimenti in sanità suddivisi per programma, dal quale si evidenzia che gli interventi di cui al presente Accordo da un lato rappresentano la naturale prosecuzione dei programmi di investimento in sanità a finanziamento statale realizzati finora nella Regione Friuli Venezia Giulia, dall'altro si inseriscono pienamente e coerentemente con la programmazione pluriennale regionale degli investimenti.

Programma investimenti art. 20 I e II fase (a finanziamento statale)

Il programma di investimenti conseguente a quanto disposto con l'articolo 20 della LN 67/1988 fu definito nella Regione Friuli Venezia Giulia nel 1991 in una prima stesura, approvata dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 664 di data 09.02.1990, che oltre a precisare il quadro complessivo decennale del programma, distribuiva le risorse del primo triennio in circa 30 interventi, appartenenti ai vari settori assistenziali, i più consistenti dei quali trovavano il completo finanziamento solo a fine programma.

La successiva adozione di nuovi atti di programmazione sanitaria, in particolare nel settore dell'offerta ospedaliera, quali la LR n. 13/1995, che ridefinisce funzioni e ruoli delle strutture ospedaliere nell'ambito della rete regionale, nonché le nuove definizioni programmatiche e di indirizzo nazionali hanno indotto alla revisione sostanziale del programma di investimenti di primo triennio, sia con riguardo alle caratteristiche dei singoli interventi che alle tempistiche ed entità dei finanziamenti destinati agli stessi.

Il nuovo programma, approvato con deliberazione n. 4410 dd. 20.09.1995 e successivamente riprecisato per parti marginali, recepiva in particolare gli indirizzi contenuti nella legge n. 492/1993, che, nell'intento di emanare disposizioni di straordinaria necessità e urgenza al fine di accelerare a livello nazionale gli interventi in materia di edilizia sanitaria, individuava la priorità di finanziamento, privilegiando eventuali cantieri sospesi, nelle opere di completamento, di ristrutturazione o comunque nelle opere che garantissero una immediata e concreta cantierabilità e una rapida conclusione dei lavori, anche per lotti funzionali: pertanto, pur mantenendo alcune opere già in fase avanzata di progettazione, concentrava le risorse su 15 interventi, prevedendo ove possibile già con le risorse del primo triennio, la conclusione di alcune rilevanti opere ospedaliere e rinviando la

realizzazione completa delle altre alle fasi successive.

Si riportano di seguito l'elenco degli interventi finanziati nel programma di primo triennio.

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Inizio lavori	Fine lavori
IRCCS CRO di Aviano	Acquisto attrezzature	8.943	7695	1.248	1993	1993
ASS n. 1	Trieste Adeguamento a norme antincendio dell'ospedale Santorio - I lotto	1.200	1.140	60	1995	1996
Ospizio Marino	Grado (GO) Ristrutturazione e ampliamento dell'Istituto elioterapico	1.100	1.045	55	1993	1997
ASS n. 4	Coseano (UD) Completamento centro distrettuale	600	570	30	1997	1998
ASS n. 5	Palmanova (UD) Completamento dell'ospedale di Jalmicco - IV lotto	20.819	19.000	1.818	1995	1999
Opera Pia Coianiz	Tarcento (UD) Realizzazione di una RSA di 40 pl	3.852	3.420	432	1997	1999
ASS n. 2	Monfalcone (GO) Completamento dell'ospedale S.Polo - I lotto	24.979	20.879	4.100	1995	2000
ASS n. 2	Monfalcone (GO) Completamento dell'ospedale S.Polo - II lotto	19.722	17.830	1.892	1996	2000
ASS n. 6	Spilimbergo Ristrutturazione, ampliamento e messa a norma dell'ospedale - I lotto	9.550	1.585	7.965	1996	2000
ASS n. 4	Codroipo (UD) Completamento polo sanitario: RSA(60 pl) e poliambulatori	6.150	5.225	925	1997	2000
ASS n. 5	Palmanova (UD) Completamento dell'ospedale di Jalmicco - V lotto	20.484	19.459	1.024	1996	2000
Comune di Trieste	Trieste Ristrutturazione edificio ex-IPAMI in RSA per cerebropatici	4.681	4.446	234	1997	2000
ASS n. 5	Palmanova - Sottoselva Realizzazione di una RSA(73 pl) per disabili psichici	3.800	3.610	190	1997	2000
ASS n. 3	Tolmezzo (UD) Ristrutturazioni varie nell'ospedale di Tolmezzo	2.000	1.900	100	1995	2001
AO di Trieste	Trieste Riordino della rete ospedaliera triestina: Ristrutturazione dell'Ospedale Maggiore - I lotto	71.000	67.450	3.550	1997	2001
ITIS di Trieste	Trieste Ristrutturazione ITIS per RSA di 120 pl	11.912	10.992	920	1997	2001
Totale in milioni di lire		210.792	186.246	24.543		
Totale in milioni di euro		108,9	96,2	12,7		

(gli importi sono espressi in milioni di lire)

Programma degli investimenti ex LN 135/1990 (a finanziamento statale)

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Inizio lavori	Fine lavori
AO di Trieste	Osp. Maggiore Trieste -Reparto AIDS (15 pl)	3.610	3.610	-	1997	2000
PUGD di Udine	Ospedale di Udine - Reparto AIDS (41 pl)	13.388	13.388	-	1998	2001
IRCCS CRO di Aviano	Reparto AIDS (15 pl)	8.317	7.117	1.200	1997	1999
Totale in milioni di lire		25.315	24.115	1.200		
Totale in milioni di euro		13,1	12,5	0,6		

(gli importi sono espressi in milioni di lire)

Programma investimenti radioterapia (a finanziamento statale)

Nell'ambito del programma di investimenti per il potenziamento delle strutture di radioterapia a finanziamento statale è stato finanziato l'acquisto di un Collimatore dinamico Multileaf :

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Acquisto	Avanzamento al 31.12.2009
AO di Trieste	Acquisto collimatore dinamico multileaf	400,0	302,8 (decreto amm.fin. dd. 30.12.2004)	97,2	11.06.2004	Acquisto concluso e in uso

(gli importi sono espressi in migliaia di euro di lire)

Programma degli investimenti ex art. 20 LN 67/1988 II fase

La seconda fase del programma di investimenti derivante dall'articolo 20 LN 67/88 è stata definita con deliberazione giunta GR n. 2836/1997, parzialmente modificata con la deliberazione GR n. 2665/1999, e con il "Piano di intervento a medio termine (PIMT) 2000-2002".

A seguito dell'approvazione da parte del CIPE dd. 06.05.1998 è stata fatta una prima attribuzione relativa al seguente intervento:

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Inizio lavori	Avanzamento al 31.12.2009
AOU di Udine	Riqualificazione del polo ospedaliero udinese I intervento	27.778,1	26.339,3 (decreto amm.fin. dd. 30/12/1999)	1.438,8	30.08.2001	In esecuzione (avanzamento lavori al 96 %)

(gli importi sono espressi in migliaia di euro)

Fondi destinati a IRCCS, Policlinici e IZS

Oltre ai finanziamenti destinati all'IRCCS Burlo, nell'ambito dei fondi destinati a IRCCS, Policlinici e IZS, sono stati, inoltre, finanziati i seguenti interventi:

Ente titolare	Descrizione progetto	Fondi statali
AOU di Udine	Ex PUGD di Udine Padiglione Petracco - Ripristino funzionalità strutture danneggiate da incendio - I, II, III e IV lotto	2.065,0 (decreto amm.fin. dd. 11.04.2006)
IRCCS CRO	Riorganizzazione completamento e adeguamento sismico 1° stralcio del fabbricato Blocco degenze con adeguamento normativo dell'edificio Centrale impianti	7.835,2 (decreto amm.fin. dd. 20.02.2007)
IRCCS CRO	Acquisto tecnologie sanitarie	6.400,0 (delibera CIPE 58 del 02.04.2008)
IRCCS CRO	Acquisto tecnologie sanitarie	3.000,0 (delibere CIPE 65/2002 e 63/2004 decreto amm.fin. dd. 16.05.2006)
IRCCS CRO	Acquisto di apparecchiature finalizzate all'attività di ricerca	1.130,6 (nota del Ministero della Salute prot.n. DGRT.3/6582/P.I.9.a.a.1 dd. 03.10.2006)
IRCCS CRO	Potenziamento delle strutture di radioterapia	4.742,7 (decreto amm.fin. dd. 27.08.2004)

(gli importi sono espressi in migliaia di euro)

Accordo di programma del 2001

In data 28.01.2002 è stato sottoscritto fra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Ministero della Salute il precedente Accordo di programma, ai sensi dell'art. 5 bis del decreto legislativo n. 502 di data 30 dicembre 1992, concernente interventi prioritari in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera, finalizzati al completamento della stessa, con particolare riguardo alla rianimazione e alle terapie intensive, alle strutture dell'emergenza sanitaria e della riabilitazione di terzo livello.

Gli interventi compresi in tale Accordo di programma, così come risulta aggiornato e modificato alla situazione al 31.12.2009, sono i seguenti:

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Inizio lavori	Avanzamento al 31.12.2009
AOU di Udine	Riqualificazione del polo ospedaliero udinese II lotto (intervento n. 1)	67.064,2	49.063,4 (decreto amm.fin. dd. 27.12.2004)	18.000,8	29.04.2004 (cantiere principale)	In esecuzione (avanzamento lavori al 39%)
ASS n. 2	Realizzazione del nuovo ospedale di Gorizia: -Acquisto dell'immobile -Ristrutturazione e ampliamento (intervento n. 7)	8.692,0 39.080,8	32.184,9 (decreto amm.fin. dd. 29.01.2003)	15.587,9	14.02.2002	Intervento completato nel 2008 Struttura in esercizio
ASS n. 4	IMFR Gervasutta di Udine (intervento n. 8)	11.156,7	10.597,7 (decreto amm.fin. dd. 29.01.2003)	559,0	21.05.2003	Intervento completato nel 2007 Struttura in esercizio
AOU di Trieste	Riordino rete ospedaliera triestina II lotto: -Ristrutturazione del lato di via Slataper e dell'emilato di Piazza Ospedale -Realizzazione del nuovo polo tecnologico -Ristrutturazione area di ingresso su Piazza Ospedale (intervento n. 9)	52.024,7	42.636,1 (decreto amm.fin. dd. 05.06.2006)	9.388,6	30.10.2006	In esecuzione (avanzamento lavori al 54%)
AOU di Udine	Riqualificazione del polo ospedaliero udinese Nuova centrale tecnologica, centro servizi e laboratori e rete di teleriscaldamento (intervento derivante da procedura di revoca ex art.1, c.310-312, L.n. 266/2005)	(107.705,7)	16.473,8 (decreto amm.fin. dd. 18.06.2008)	-	-	Affidato (in fase di progettazione esecutiva)

(gli importi sono espressi in migliaia di euro)

Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative (hospice) DM 28.09.1999 (a finanziamento statale)

Attualmente è in fase di realizzazione il Programma regionale per la realizzazione di strutture per cure palliative (hospice), finanziato con fondi statali DM 28.09.1999

Ente titolare	Descrizione progetto	Importo totale	Fondi statali	Fondi regionali	Inizio lavori	Avanzamento al 31.12.2009
ASS n. 4	Ospedale di Cividale Realizzazione centro cure palliative (10 pl)	1.217,9	1.217,9 <i>(decreto amm.fin. dd. 25.09.2002)</i>	-	29.12.2007	In esecuzione (avanzamento lavori al 35,0 %)
ASS n. 5	Ospedale di Latisana Realizzazione centro cure palliative (10 pl)	1.217,9	1.217,9 <i>(decreto amm.fin. dd. 25.09.2002)</i>	-	11.01.2006	Intervento completato nel 2007 Struttura in esercizio
ASS n. 6	Ospedale di S.Vito al T. Realizzazione centro cure palliative (10 pl)	1.217,9	1.217,9 <i>(decreto amm.fin. dd. 25.09.2002)</i>	-	26.10.2005	Intervento completato nel 2007 Struttura in esercizio
Fondazione ASS 4 "Morpurgo-Hoffmann"	Udine Realizzazione centro cure palliative (15 pl)	2.044,5	2.044,5 <i>(decreto amm.fin. dd. 25.09.2002)</i>	-	-	In fase di progettazione

(gli importi sono espressi in migliaia di euro)

Programma regionale degli investimenti 2006-2015

Con DGR 901/2006 è stato approvato il programma decennale 2006-2015 degli investimenti in sanità nella Regione Friuli Venezia Giulia. Tale programma trova attuazione nei successivi documenti programmatori regionali (Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008, Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2009-2011, piani consolidati annuali delle Aziende del SSR).

La programmazione regionale suddivide gli investimenti in sanità in tre gruppi:

1) **EDILIZIA DI RILIEVO AZIENDALE:**

manutenzioni straordinarie, ristrutturazione e interventi di modeste dimensioni

2) **BENI MOBILI E TECNOLOGIE:**

rinnovo tecnologico (valutabile nel rinnovo della dotazione esistente ogni 7 anni), innovazione, attrezzaggio delle nuove strutture, programmi tecnologici regionali (118, PACS, etc...)

Le voci 1 e 2 determinano ogni anno una quota di complessivi 55/65 milioni di euro circa: 15 milioni all'anno per le opere di edilizia di rilievo aziendale e 40/50 milioni di euro all'anno per le acquisizioni di beni mobili e tecnologie. Le oscillazioni possono essere determinate da emergenze e dai periodi di attivazione delle nuove strutture.

3) **PROGRAMMA DELLE OPERE DI RILIEVO REGIONALE**

(connessi alla pianificazione sanitaria regionale)

La voce 3 è fortemente legata alla programmazione regionale. Al momento la dimensione del programma è pari ad un valore di circa 1 miliardo di euro (1.005 milioni di euro) –di questo valore la quota più consistente, pari a circa 712 milioni di euro, è determinata dagli interventi sugli ospedali di Udine, Trieste e Pordenone–, di cui è già finanziata (fino al 2009) in vario stato di avanzamento una quota di circa 347 milioni di euro.

Tale programma verrà finanziato con fondi regionali, con le attuali disponibilità di fondi statali (oggetto del presente Accordo), con eventuali risorse proprie aziendali.

A partire dal 2006 l'arco temporale previsto per l'avvio/realizzazione di tali opere è di 10 anni, in relazione a un andamento normale dei cantieri e delle progettazioni.

L'entità della programmazione regionale decennale di cui alla DGR 901/2006 è sintetizzata nella seguente tabella; le cifre riportate si riferiscono al valore dell'investimento:

Tabella di sintesi degli investimenti regionali in sanità	Investimenti da finanziare dal 2006 al 2015 [importi in milioni di euro]
1) Edilizia di rilievo aziendale Manutenzioni straordinarie e piccoli interventi (15 milioni / anno)	150

2) Beni mobili (tecnologie e altro) Rinnovo ordinario e attrezzaggio nuove strutture (50 milioni / anno pari al rinnovo ogni 7 anni)	500
3) Programma delle opere	
Costo complessivo	928
di cui già cantierate o cantierabili	223
di cui quota già finanziata al 2005	351
Totale	1.578

Nella tabella seguente è riportato il programma delle opere edilizie di cui alla DGR 901/2006, con l'aggiornamento dello stato di avanzamento al 2009 e con le eventuali modifiche successivamente intervenute:

<p>AOU di Trieste e IRCCS Burlo di Trieste Comprensorio di Cattinara - Riordino della rete ospedaliera triestina: Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, adeguamento logistico del comprensorio e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studio di fattibilità complessivo in fase di redazione: quest'opera è uno degli interventi del presente Accordo di programma - Completato l'iter di sottoscrizione dell'Accordo di programma con finalità urbanistiche con le due Aziende titolari, Comune di Trieste e Regione - Avviata la ristrutturazione della piastra dell'Ospedale di Cattinara (è stato realizzato e attivato un nuovo blocco da tre sale operatorie e terapia intensiva ed è stata aggiudicata la procedura per l'adeguamento, la riorganizzazione degli spazi e il nuovo attrezzaggio del blocco operatorio esistente) - Sono in corso di realizzazione/progettazione le opere propedeutiche (parcheggi, impianti, etc.)
<p>AOU di Trieste Comprensorio dell'Ospedale Maggiore - Riordino della rete ospedaliera triestina: Completamento della ristrutturazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono state completate le opere propedeutiche - Sono in fase di avanzata realizzazione le opere della I fase del II lotto (emilato piazza Ospedale ed emilato via Slataper); una volta completata la I fase sarà possibile avviare la II fase del II lotto (nuovo poletto tecnologico). Questo intervento è compreso nel precedente Accordo di programma per l'utilizzo di fondi statali
<p>AOU di Udine Polo ospedaliero udinese - Nuovo edificio ospedaliero, ristrutturazioni e sistemazione logistica del comprensorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - In fase di realizzazione I e II lotto; è stato approvato il progetto di completamento. L'intervento di II lotto è compreso nel precedente Accordo di programma del 2002 per l'utilizzo di fondi statali, anche il I, precedente all'Accordo di programma del 2002, è finanziato con fondi statali - Deve essere aggiornato il progetto di inquadramento generale delle opere di riqualificazione del Polo ospedaliero udinese - Deve essere avviata la progettazione del III lotto: questo lotto è uno degli interventi dell'Accordo di programma - Espletata la procedura di affidamento della concessione di realizzazione e gestione della centrale impiantistica, edificio servizi e laboratori e rete di teleriscaldamento. - Realizzata e attivata la CT PET - Sono in corso i lavori per opere di ristrutturazione del Padiglione Petracco
<p>AO di Pordenone Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone</p> <ul style="list-style-type: none"> - A seguito della decisione della Giunta regionale di realizzare l'ospedale in un nuovo sito, si è riavviata la fase di progettazione recuperando le scelte e la documentazione progettuale già in possesso dell'Azienda - È in fase di elaborazione l'Accordo di programma fra Comune di Pordenone, Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e Azienda ospedaliera "S.Maria della Misericordia" di Pordenone per le procedure di interesse comune delle parti, in relazione al nuovo ospedale e alla Cittadella della Salute della città di Pordenone - Parte delle opere propedeutiche sono state realizzate e parte sono in fase di realizzazione per il mantenimento in esercizio della struttura esistente

<p>IRCCS CRO di Aviano Ampliamento e adeguamento dell'ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono in corso le opere di ampliamento e adeguamento normativo e funzionale dell'ospedale (compreso l'adeguamento antisismico)
<p>ASS n.1 Riordino logistico delle sedi distrettuali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati completati gli interventi di ristrutturazione di varie strutture di proprietà dell'Azienda; altre ristrutturazioni sono in corso
<p>ASS n.2 Ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale S.Giovanni di Dio di Gorizia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati completati i lavori di ampliamento e ristrutturazione; l'ospedale è stato attivato a dicembre 2008; deve essere concluso il collaudo dell'opera. Questo intervento è compreso nel precedente Accordo di programma per l'utilizzo di fondi statali <p>Sede direzionale aziendale di Gorizia - Ristrutturazione edificio c/o ex ospedale psichiatrico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati realizzati il I e II lotto dei lavori; il III è in attesa delle autorizzazioni comunali <p>Sede S.Polo di Monfalcone - Adeguamento normativo della piastra distretto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono stati realizzati interventi di adeguamento normativo (in particolare impiantistico); deve essere avviato l'adeguamento alle normative di prevenzione incendi
<p>ASS n. 3 Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di Tolmezzo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono ultimati e attivi I e II lotto dei lavori (10 milioni – il progetto preliminare generale ha un importo complessivo di circa 30 milioni di euro) - È in avanzata fase di esecuzione il III lotto (area materno-infantile, degenze lato ovest, adeguamento strutturale, opere propedeutiche) per complessivi 10 milioni
<p>ASS n. 4 Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di S.Daniele</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato approvato il progetto preliminare generale (circa 40 milioni complessivi) - Il I lotto (realizzazione di un nuovo padiglione di servizi sanitari) è in fase di appalto <p>Ristrutturazione e accreditamento dell'IMFR Gervasutta</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato redatto il progetto preliminare generale (circa 30 milioni complessivi) - È stato ultimato e attivato il I lotto, relativo alla realizzazione del nuovo edificio delle degenze. Questo intervento è compreso nel precedente Accordo di programma per l'utilizzo di fondi statali <p>Comprendorio di Cividale - Sede distrettuale (Pad. di Levante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono in corso di realizzazione le opere di realizzazione della nuova sede distrettuale e dell'hospice presso il Padiglione di Levante. La realizzazione dell'hospice è finanziata con fondi statali del programma nazionale per strutture per cure palliative
<p>Fondazione "ASS 4 – Fondazione Morpurgo-hoffmann"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al momento non è iniziato il cantiere per la realizzazione dell'opera
<p>ASS n. 5 Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di Latisana</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato approvato il progetto preliminare generale (circa 35 milioni complessivi) - È stato ultimato il I lotto, relativo a lavori di adeguamento tecnologico-impiantistico - Sono stati ultimati e attivati una RSA e l'hospice, finanziato con fondi statali del programma nazionale per strutture per cure palliative - È stata completata la progettazione esecutiva nell'ambito di un appalto integrato per la realizzazione dei lavori di ristrutturazione e adeguamento, anche alla normativa antisismica, del Padiglione Chirurgico (II lotto per un importo pari a circa 13,5 milioni di euro), comprendente anche la realizzazione di due torri impiantistiche adiacenti al Padiglione <p>Realizzazione del poliambulatorio di S.Giorgio di Nogaro</p> <ul style="list-style-type: none"> - La struttura, realizzata dal Comune di S.Giorgio di Nogaro su progetto condiviso con l'Azienda e successivamente acquistata dall'Azienda è stata attivata
<p>ASS n. 6 Ristrutturazione e accreditamento dell'Ospedale di S.Vito al Tagliamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - È stato approvato il progetto preliminare generale (circa 27 milioni complessivi) - È stato ultimato il I lotto dei lavori - Sono stati ultimati e attivati una RSA e l'hospice, finanziato con fondi statali del programma nazionale per strutture per cure palliative

- Sono in fase di realizzazione le opere del II lotto
 - Deve essere avviata la progettazione del III lotto (circa 9 milioni di euro)
- Cittadella della Salute di Pordenone**
- È in fase di elaborazione l'Accordo di programma fra Comune di Pordenone, Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e Azienda ospedaliera "S.Maria della Misericordia" di Pordenone per le procedure di interesse comune delle parti, in relazione al nuovo ospedale e alla Cittadella della Salute della città di Pordenone (il cui costo complessivo è pari a circa 12 milioni di euro)

I programmi annuali di acquisizione di tecnologie e di beni mobili si articolano secondo varie direttrici, che comprendono:

- A) MANTENIMENTO IN SICUREZZA ED EFFICIENZA DEL PATRIMONIO TECNOLOGICO ESISTENTE NECESSARIO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE SECONDO I RUOLI E LE FUNZIONI DI COMPETENZA
- B) INNOVAZIONE DEI PROCESSI SANITARI, DEI PROTOCOLLI CLINICI E DELLE TECNOLOGIE
- C) PROGETTI REGIONALE SOVRA-AZIENDALI SU ALCUNE LINEE DI SVILUPPO/INNOVAZIONE
(ad esempio digitalizzazione della documentazione clinica -immagini, cartelle cliniche, etc.- e la possibilità di interoperabilità fra le strutture)

Negli ultimi anni, in particolare, sono stati finanziati i seguenti progetti:

- infrastruttura regionale unica di comunicazioni radio, condivisa fra il sistema sanitario (per le finalità della rete regionale dell'emergenza sanitaria), la protezione civile e altre utenze pubbliche (per la quale la legge di bilancio regionale 2008 ha già provveduto ad un accantonamento nello specifico capitolo di bilancio di 6 milioni in conto capitale);
- rinnovo e l'adeguamento dell'attuale rete radiomobile per l'emergenza sanitaria per l'arco di tempo necessario per disporre di un'infrastruttura regionale unica;
- nuove centrali telefoniche 118 regionale;
- sistema PACS regionale.

- D) INDIRIZZI DI SVILUPPO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE
(rete ospedaliera, residenzialità post-acuta, riabilitazione, sviluppo del ruolo territoriale, accesso alle prestazioni, continuità della cura)
- E) ESIGENZE DI ATTREZZAGGIO E ARREDO DELLE STRUTTURE NUOVE E/O RISTRUTTURATE

Nella tabella seguente si riporta la disponibilità garantita da bilancio regionale per investimenti in beni mobili e tecnologie per le Aziende titolari dei tre interventi del presente Accordo e complessivamente per tutte le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale:

	AOU di Trieste	IRCCS Burlo	AOU di Udine	AO di Pordenone	Totale SSR
2006	12.949,0 <i>di cui FP: 747,0</i>	1.180,0 <i>di cui FP: 430,0</i>	10.273,0 <i>di cui FP: 993,0</i>	2.418,0 <i>di cui FP:</i>	49.719,2 <i>di cui FP: 2.614,9</i>
2007	6.634,0 <i>di cui FP: 414,0</i>	1.653,0 <i>di cui FP: 80,0</i> <i>FS: 510,0</i>	6.148,0 <i>di cui FP: -</i>	2.419,0 <i>di cui FP: -</i>	37.488,7 <i>di cui FP: 1.887,0</i>
2008	6.510,0 <i>di cui FP: 476,0</i>	1.081,0 <i>di cui FP: 121,0</i>	8.247,7 <i>di cui FP: 103,5</i>	1.948,0 <i>di cui FP: -</i>	28.793,0 <i>di cui FP: 1.518,6</i>
2009	15.070,0 <i>di cui FP: -</i>	1.268,0 <i>di cui FP: -</i>	11.416,0 <i>di cui FP: -</i>	5.825,0 <i>di cui FP: 660,0</i>	75.131,0 <i>di cui FP: 660,0</i>

Totale 2006-2009	41.163,0 <i>di cui FP: 1.637,0</i>	5.182,0 <i>di cui FP: 631,0</i> FS: 510,0	36.084,7 <i>di cui FP: 1.096,5</i>	12.610,0 <i>di cui FP: 660,0</i>	191.131,9 <i>di cui FP: 6.680,5</i>
-----------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Note:

- gli importi della tabella sono espressi in migliaia di euro
- FP indica la quota parte di fondi propri aziendali rispetto all'importo complessivamente disponibile
- FS indica la quota parte di fondi statali (attribuiti direttamente agli IRCCS) rispetto all'importo complessivamente disponibile

L'entità degli investimenti in beni mobili (attrezzature e arredi), in particolare per quanto attiene alle tecnologie, inserita nella programmazione regionale pluriennale e annuale è stata definita in relazione:

- all'andamento storico dell'investimento nel settore;
- alla dimensione attuale del patrimonio e alle sue caratteristiche di obsolescenza;
- all'opportunità di allineamento ai parametri di dotazione strumentale presenti in sistemi sanitari avanzati;
- per le nuove strutture ospedaliere ai parametri riscontrabili nelle realizzazioni più recenti, tenendo conto altresì del continuo investimento in corso.

Per quanto riguarda l'art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004 (in attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004 relativo alla destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art. 20 al potenziamento ed ammodernamento tecnologico), l'utilizzo dei fondi statali è destinato esclusivamente a opere di carattere edilizio e impiantistico e non all'acquisto di tecnologie, in quanto annualmente quota parte delle risorse con cui viene finanziato il piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisto di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse devono concorrere in via prioritaria, per le Aziende nelle quali sono in corso o in fase di completamento interventi di nuova edificazione e ristrutturazione complessiva della sede ospedaliera, all'acquisizione degli arredi e delle attrezzature necessarie alle nuove sedi.

Nella tabella che segue sono indicati gli importi che annualmente a partire dal 2006 fino al 2009, la Regione ha attribuito complessivamente a tutte le Aziende del SSR e singolarmente alle Aziende titolari dei tre interventi di cui al presente Accordo per acquisizioni di beni mobili e tecnologie finalizzate al mantenimento in esercizio del patrimonio tecnologico, per la sostituzione, l'implementazione e l'innovazione dello stesso.

	2006	2007	2008	2009	TOTALE 2006-2009	MEDIA ANNUA 2006-2009
Totale fondi regionali tutte le Aziende del SSR	43.764.340,00	30.960.105,00	27.069.380,00	63.884.500,00	165,7 milioni	41,4 milioni
Totale fondi regionali AOU di Trieste	12.202.000,00	6.220.000,00	6.034.000,00	15.145.000,00	39,6 milioni	9,9 milioni
Totale fondi regionali IRCCS Burlo	750.000,00	1.063.000,00	960.000,00	1.048.000,00	3,8 milioni	1,0 milione
Totale fondi regionali AOU di Udine	9.280.000,00	6.148.000,00	8.144.180,00	11.136.000,00	34,7 milioni	8,7 milioni

Totale fondi regionali AOU di Pordenone	2.418.000,00	2.419.000,00	1.948.000,00	5.910.000,00	12,7 milioni	3,2 milioni
---	--------------	--------------	--------------	--------------	-----------------	----------------

3.2) SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI

3.2.1) ANALISI DELLE CONDIZIONI

La spesa sanitaria è motivo di preoccupazione non solo per il Friuli Venezia Giulia ma per l'intera nazione soprattutto per le tendenze che la caratterizzano e che se non governate diventeranno difficilmente sostenibili negli anni futuri.

L'operazione di qualificazione della spesa sanitaria si gioca prevalentemente sul perseguimento di una maggiore efficienza tecnico - organizzativa nella gestione delle strutture ospedaliere. Peraltro, va considerata la notevole incidenza, nella struttura dei costi complessivi del sistema sanitario e sociale, delle attività relative all'amministrazione e contabilità, agli acquisti, alle procedure per la gestione del personale ecc., per le quali tutte le analisi finora svolte evidenziano margini significativi di risparmio conseguibili tramite l'ottimizzazione della gestione dei diversi ambiti di servizio, ponendo in atto politiche di integrazione interaziendale orientate a:

- sviluppare il ricorso obbligatorio agli acquisti centralizzati di beni e servizi,
- ricercare le forme delle integrazioni amministrative e contabili attraverso il riordino delle attività strumentali non sanitarie di supporto, anche nella logica del fornitore interno sovraziendale,
- migliorare la politica delle risorse umane, sia per gli aspetti normo-contrattuali, al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dai contratti e dalle convenzioni nazionali, sia per l'aspetto della qualificazione degli operatori, finalizzando l'aggiornamento professionale, sia per gli aspetti di centralizzazione delle procedure di acquisizione, di gestione giuridica ed economica;
- sviluppare la politica dell'innovazione tecnologica, al fine di governare il suo impatto sulla gestione dei servizi;
- sviluppare le modalità di integrazione dal punto di vista della logistica e dell'edilizia sanitaria.

Una delle ulteriori voci che incide sulla sostenibilità economica è costituita dalle risorse necessarie per gli investimenti.

La previsione attuale di valore medio annuo dell'entità di investimento necessario per i prossimi anni è di circa 125 milioni, per la sola parte sanitaria. Tale valore è in linea con il rapporto tra investimenti e spesa sanitaria corrente (pari a circa il 5%) consolidato nel decennio trascorso e che ha contribuito a collocare la dotazione tecnologica e strutturale della sanità regionale ai livelli medio alti nello scenario nazionale.

La verifica sulla sostenibilità ha comportato e comporta un approfondimento finalizzato a una eventuale ridefinizione degli aspetti finanziari, programmatori e attuativi, riguardanti in particolare:

- il dimensionamento e le caratteristiche dell'offerta strutturale e tecnologica in coerenza con gli indirizzi programmatori e dei mandati funzionali;
- i livelli di rinnovo tecnologico e di sicurezza da garantire;
- il processo decisionale e le modalità attuative degli investimenti in merito alle opere da realizzare e all'introduzione e diffusione dell'innovazione;
- le modalità di finanziamento degli investimenti per la parte eccedente la capacità e l'opportunità di contribuzione in conto capitale regionale.

Tralasciando in questa sede i fattori gestionali e amministrativi, dal punto di vista degli investimenti, la riorganizzazione strutturale degli spazi dedicati all'attività sanitaria ospedaliera, il corretto dimensionamento degli spazi, la razionalizzazione dell'utilizzo delle tecnologie, il miglioramento della logistica e delle attività di supporto e, ove possibile, l'integrazione delle attività tecniche,

sanitarie, logistiche e di supporto, sono i passaggi fondamentali da percorrere per un utilizzo razionale delle risorse a disposizione e, se possibile, pur garantendo un adeguato e ottimale livello di offerta sanitaria, per un contenimento delle risorse necessarie, al fine di poter investire maggiormente anche su altri fronti delle attività sanitaria e assistenziale.

3.2.2) SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

	Importo complessivo	Fondi statali	Fondi regionali	
			5%	altri fondi regionali **
Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	32.533.579,60 14.100.000,00	1.712.293,66 742.105,26	90.912.021,48
Nuovo ospedale di Pordenone	180.000.000,00	64.125.000,00	3.375.000,00	112.500.000,00
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: nuovo edificio degenze e servizi sanitari III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
	365.994.290,43	140.353.155,51 * 14.100.000,00	8.129.113,44	203.412.021,48

* l'importo corrisponde ai fondi statali attribuiti direttamente all'IRCCS Burlo di Trieste per la nuova sede

** in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente. Nel quadro non viene inserito il valore derivante dalle alienazioni dell'attuale sede dell'IRCCS Burlo e dell'attuale comprensorio ospedaliero di Pordenone: tali operazioni verranno effettuate una volta realizzate le nuove sedi e completato il trasferimento delle relative strutture. I proventi derivanti da queste e da eventuali altre alienazioni di beni immobili aziendali potranno essere utilizzati a sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con le Aziende interessate.

Come già evidenziato nel paragrafo dedicato alla programmazione pluriennale regionale degli investimenti in sanità, la coerenza e la sostenibilità economico finanziaria dei tre interventi inseriti nell'Accordo è garantita da una programmazione regionale a medio-lungo termine (10 anni) che prende in considerazione, oltre ai fondi statali, la disponibilità da bilancio regionale.

Generalmente le Aziende non dispongono di fondi propri in entità tale da poter contribuire in maniera determinante alla copertura finanziaria di interventi di tale entità. Nel piano finanziario complessivo relativo agli interventi contenuti nel presente Accordo, va però considerata una quota consistente di fondi propri aziendali derivanti da alienazioni: sia l'IRCCS Burlo di Trieste, la cui nuova sede rientra nell'intervento relativo al Comprensorio di Cattinara, sia l'Azienda ospedaliera di Pordenone hanno la disponibilità delle sedi attuali da poter alienare: l'alienazione di queste due aree, disponibili per un nuovo utilizzo solo dopo la messa in esercizio delle nuove sedi, potrà costituire un'entrata a parziale sollievo degli oneri conseguenti alla stipula del mutuo o in diminuzione del mutuo stesso, con modalità che verranno decise in accordo con le Aziende interessate.

Per quanto riguarda la tempistica degli interventi in relazione ai flussi di cassa, premesso che un'analisi più approfondita in tal senso verrà fatta in base alla documentazione progettuale di gara, si indicano nella seguente tabella le annualità indicative di inizio lavori, fine lavori e di attivazione della struttura, da cui risulta che l'erogazione del finanziamento sarà richiesta negli anni fra il

2011/2012 e il 2015/2016:

	intervento n. 1 Comprensorio di Cattinara a Trieste (AOU e IRCCS Burlo di Trieste)	intervento n. 2 Ospedale di Pordenone (AO di Pordenone)	intervento n. 3 Ospedale di Udine (AOU di Udine)
data inizio lavori	2013	2012	2013
data fine lavori	a partire da 2017	2016	2016
data di aggiudicazione prevista	2012	2012	2012
data prevista per l'attivazione	a partire dal 2017	2017	2017

3.2.3) SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA E GESTIONALE

Tutti gli interventi compresi nel presente Accordo hanno un forte impatto sulle modalità e sugli aspetti amministrativi, organizzativi e gestionali, in relazione all'entità delle opere cui si riferiscono e, per motivi diversi, in relazione alle modalità di realizzazione delle opere stesse.

La consistente entità delle opere da realizzare, in particolare per quanto riguarda il comprensorio di Cattinara a Trieste e Pordenone, comporta un forte impatto sulla gestione degli investimenti nelle Aziende interessate, in tutte le fasi, siano esse preliminari, realizzative e gestionali, di natura urbanistica, sanitaria, tecnico-edilizia, economico-finanziaria e giuridico-amministrativa.

In particolare, per quanto riguarda il Comprensorio di Cattinara, vista anche la titolarità di due aziende (AOU "Ospedali riuniti" di Trieste e IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste) per i lavori da realizzare, in parte congiunta e in parte esclusiva, è stato firmato un protocollo d'intesa tra Regione Friuli Venezia Giulia, AOU "Ospedali riuniti" di Trieste e IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, finalizzato alla definizione dei ruoli delle Aziende interessate e delle modalità di attuazione degli interventi per il riordino della rete ospedaliera triestina. Per quanto riguarda la parte amministrativa e gestionale, con tale protocollo d'intesa sono stati costituiti una Commissione interaziendale e un Gruppo operativo interaziendale di gestione della commessa: la prima con l'obiettivo di concertare e condividere le scelte organizzative e di programmazione attuativa occorrenti alla realizzazione delle opere, pur nel rispetto della titolarità delle decisioni di rispettiva competenza, il secondo con il compito di attuare gli indirizzi operativi della commessa e fornire supporto tecnico alla stazione appaltante (individuata concordemente nell'AOU "Ospedali riuniti") nelle varie fasi di scelta del progettista e del soggetto realizzatore e di realizzazione dell'intervento.

Anche le opere relative all'edificazione del III lotto del nuovo edificio nell'ambito del Polo ospedaliero udinese richiedono una organizzazione interna aziendale sicura e competente, vista l'entità dell'intervento, la necessità di procedere in continuità con i primi due lotti, attualmente in fase di realizzazione, e vista la naturale continua correlazione con le opere e le attività che contemporaneamente continuano a svolgersi nel comprensorio ospedaliero.

3.2.4) SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE

Oltre a quanto già specificato nei paragrafi precedenti, per quanto riguarda la sostenibilità in termini di risorse umane, in tutti gli interventi le Aziende manterranno la gestione di tutte le attività sanitarie; perciò non deriveranno variazioni alle politiche di valorizzazione delle risorse umane già in atto.

Continuerà la programmazione delle assunzioni/sostituzioni/turn-over accompagnata da percorsi formativi finalizzati alla qualificazione del personale, già in atto in tutte le Aziende del Servizio

sanitario regionale e, pertanto, anche in quelle interessate dagli interventi di cui al presente Accordo.

3.2.5) SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE

Tutti gli interventi compresi nel presente Accordo si caratterizzano necessariamente per una particolare attenzione al bilancio energetico, sia in corso di costruzione, che nella gestione, vista la dimensione degli stessi e il loro impatto sia in termini di cantiere, sia in termini di oggetto degli interventi.

Per tutti i tre complessi è previsto l'utilizzo di tecnologie a elevata sostenibilità (cogenerazione termica-elettrica e refrigerazione, possibilità di pannelli solari termici, ad accumulo e fotovoltaici).

Nel caso dell'intervento di Udine, il III lotto si inserisce nell'ambito di un progetto generale sul quale era già stata elaborata la Valutazione di impatto ambientale; per gli altri due interventi (Comprensorio di Cattinara e Ospedale di Pordenone) verranno seguite e, ove possibile, sono già state avviate le procedure previste dalle norme in materia di Valutazione ambientale strategica e, successivamente, di Valutazione di impatto ambientale.

3.2.6) SOSTENIBILITÀ DI INTERVENTI PER ATTIVITÀ MISTE ASSISTENZIALI/SCIENTIFICHE

Nell'area sanitaria la Regione Friuli Venezia Giulia vanta numerose strutture che istituzionalmente svolgono attività di ricerca integrandola con le funzioni di tipo assistenziale e di didattica. Tutte le Aziende del Servizio sanitario regionale (Aziende territoriali, Azienda ospedaliera e ospedaliero-universitarie e IRCCS) e i loro presidi ospedalieri partecipano attivamente alle attività di ricerca in aree specifiche e differenziate.

Le due Università di Trieste ed Udine, nell'ambito delle Aziende ospedaliero universitarie, svolgono attività di ricerca in svariate discipline dell'area clinica e preclinica.

I due IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano sono aziende leader nell'ambito della ricerca nell'area infantile il primo e nell'area oncologica e infettivologica il secondo.

In Regione opera anche un IRCCS privato, La nostra famiglia E. Medea, che si occupa della ricerca nell'area della riabilitazione nell'età evolutiva.

Sono attive numerose collaborazioni con altre strutture di ricerca regionali, nazionali ed internazionali tra cui con l'Area science park di Trieste e con la SISSA di Miramare.

Per quanto riguarda le due Aziende ospedaliero-universitarie della Regione, Trieste e Udine (entrambe titolari di interventi compresi nel presente Accordo), la missione delle Aziende consiste nello svolgimento unitario e coordinato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, in modo da garantire elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario le funzioni e le attività del personale ospedaliero e del personale universitario. La collaborazione deve svilupparsi in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza del servizio sanitario pubblico, attraverso una programmazione concertata degli obiettivi e delle risorse, ai sensi delle vigenti disposizioni, in funzione delle attività assistenziali e delle attività didattiche e di ricerca.

La componente scientifica e di ricerca ha, dunque, un ruolo centrale negli interventi di cui al presente Accordo.

Da una parte due delle Aziende titolari degli interventi comprendono le funzioni universitarie delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle due Università della Regione: l'AOU Ospedali riuniti

comprende la facoltà dell'Università di Trieste e l'AOU S.Maria della Misericordia quella dell'Università di Udine.

Dall'altra co-titolare dell'intervento da realizzare presso il Comprensorio ospedaliero di Cattinara, assieme all'AOU Ospedali riuniti, è l'IRCCS Burlo di Trieste.

La compresenza fra le due Aziende ospedaliero-universitarie, l'IRCCS e le due Università deve favorire, in particolare per i due interventi relativi al comprensorio di Cattinara e al Polo ospedaliero udinese, la realizzazione di un ambito dove si effettua ricerca, sperimentazione e innovazione in campo sanitario.

In particolare per quanto riguarda l'intervento da realizzare presso il Comprensorio di Cattinara, vi è proprio una particolare attenzione per le politiche di ricerca orientate nei settori della medicina molecolare e delle biotecnologie, nella ricerca clinica diretta agli obiettivi di salute definiti dalla Regione, negli indirizzi di ricerca dei dipartimenti clinici universitari e in quelli specifici del Ministero della Salute.

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.1) SISTEMA DI INDICATORI

4.1.1) INDICATORI DI CONTESTO

Nella tabella che segue sono sintetizzati alcuni indicatori di contesto che descrivono le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione regionale.

INDICATORE		Regione	Area giuliano -isontina	Area udinese	Area pordenon ese
Popolazione	n. abitanti	1.224.981			
Superficie territoriale	kmq	7.856,5			
Densità di popolazione	n. abitanti / kmq	154,1			
Numero di Comuni	n. Comuni	219			
Comuni con più di 25.000 abitanti	n. Comuni	5			
Comuni con più di 50.000 abitanti	n. Comuni	2	-	1	1
Comuni con più di 200.000 abitanti	n. Comuni	1	1	-	-
Comuni con meno di 150 abitanti/kmq	n. / tot. Comuni	132 / 219			
Presenza di stranieri (al 31.12.2007)	n. residenti	83.709			
	n. res. stranieri / n. res.	6,8 %			
Indice di anzianità della popolazione	n. individui > 65 anni / n. abitanti	23 %			
Indice di vecchiaia	n. individui con più di 65 anni / n. giovani con meno di 15 anni	189/100			
Età media della popolazione (al 31.12.2007)	Età media	45 anni			
Tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause oltre il primo anno		97,93 per 10.000 56,78 per 10.000			
Cause principali di morte nella popolazione residente (maschi)		Tumore Malattie cardiovascolari			
Cause principali di morte nella popolazione residente (femmine)		Malattie cardiovascolari Tumori			
Numero tumori diagnosticati annualmente		794tumori/10.000individui 603tumori/10.000individui			

Maschi
Femmine

Tasso pari a 42,34 per 10.000
Tasso pari a 39,67 per 10.000

Tasso pari a 26,77 per 10.000
Tasso pari a 22,98 per 10.000

Maschi
Femmine

Ricoveri in ospedali pubblici e privati (nel 2007)	196.741
Tasso di ospedalizzazione (nel 2007)	148,3 su 1.000
Tasso di ospedalizzazione comprensivo di fuga extraregionale (nel 2007)	160,6 su 1.000
Posti letto ospedalieri (al 31.12.2007)	5.329
Posti letto medi in RSA (al 31.12.2007)	774

4.1.2) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI PROGRAMMA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA

		INDICATORI	FONTI DI VERIFICA
Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale per acuti 	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dell'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie - riduzione delle liste di attesa - risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici - garanzia di sicurezza del paziente - garanzia di standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica di attuazione del piano triennale 2010/2012 - piani consolidati annuali preventivi e consuntivi del SSR - rapporto annuale sul Servizio sanitario regionale
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - Riqualificazione e ammodernamento della rete regionale dell'offerta sanitaria per acuti 	<ul style="list-style-type: none"> - adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate - adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico) - realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione (preliminare, definitiva ed esecutiva) di competenza del NVESS - parere del NVESS su eventuali perizie di variante - verifica in corso d'opera e a chiusura dell'opera in sede di rendicontazione

Obiettivi operativi	- Riqualificazione e messa a norma dell'ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo di Trieste	Aggiudicazione entro 2012 Avvio lavori entro 2013 Attivazione per fasi a partire dal 2017	- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)
	- Realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone	Aggiudicazione entro 2012 Avvio lavori entro 2012 Attivazione entro 2017	- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)
	- Prosecuzione della riqualificazione dell'Ospedale di Udine con la realizzazione del III lotto del nuovo edificio ospitante degenze e servizi sanitari	Aggiudicazione nel 2012 Avvio lavori nel 2013 Attivazione nel 2017	- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)

4.1.3) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA

EFFICACIA	Esprime il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli effetti attesi, a partire da indicatori di programma (risorse, tempi di realizzazione).	RISORSE - SPESE / RISORSE PREVISTE indicatore misurato a scadenze prefissate (almeno un monitoraggio annuale)
	Il conseguimento degli obiettivi del programma verrà misurato mettendo in relazione i risultati ottenuti con i risultati previsti: <i>risultati ottenuti / risultati previsti</i>	TEMPI DI REALIZZAZIONE / TEMPI PREVISTI indicatore misurato a scadenze prefissate (almeno un monitoraggio annuale)
EFFICIENZA	Esprime il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire dagli indicatori di programma (risorse, tempo di realizzazione, risultato e impatto).	COSTO PARAMETRICO (per unità di superficie e di volume) indicatore misurato a inizio e a fine intervento
	Il costo unitario degli interventi e il rapporto costo/efficacia verranno misurati rapportando i risultati ottenuti rispetto ai costi sostenuti.	RAPPORTO DI AVANZAMENTO DELLA SPESA indicatore misurato a inizio e a fine intervento

4.2) IMPATTI DEL PROGRAMMA

4.2.1) ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA

Gli interventi di cui al presente Accordo si inseriscono pienamente nella programmazione regionale non solo degli investimenti, ma anche, più in generale, delle attività sanitarie, socio sanitarie e assistenziali della Regione.

Se in Friuli Venezia Giulia si vive generalmente bene e il livello dei servizi sanitari garantiti ai cittadini è indiscutibilmente elevato con alcuni gradi di autentica eccellenza, è necessario oggi e in futuro lavorare sull'equilibrio, adottando criteri di gestione che rendano più economico ed efficace il governo della sanità e del sociale ed effettiva l'integrazione, consentendo in tal modo di superare le carenze ed eliminare inutili sovrapposizioni, finalmente liberando nuove sinergie sul piano della qualità degli interventi e della loro efficienza.

Occorre trovare la giusta strada tra politica, consenso e sagge scelte organizzative. Un equilibrio che si sa essere molto complesso, ma il cui raggiungimento, tuttavia, potrà essere notevolmente facilitato se l'approccio sarà trasparente e se si riuscirà a trovare la capacità di condividere i problemi e le possibili strade nell'affrontarli.

Spesso le riorganizzazioni, in quanto modifica di un assetto ormai consolidato e ritenuto familiare, vengono interpretate come peggioramento o tagli indiscriminati o riduzioni di servizi: molte volte la non conoscenza porta a timori e apprensioni non supportati da reali motivazioni.

Per risolvere tali criticità è necessario da un lato continuare nell'intento di rendere pubblico, conosciuto e trasparente il percorso intrapreso dall'Amministrazione regionale e dalle Aziende, le sue motivazioni, le cause e gli effetti, dall'altro continuare con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, degli operatori, dei cittadini e dei loro rappresentanti, per consentire a ciascuno, con senso di responsabilità, di svolgere la propria parte.

4.2.2) VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA

Il punto di forza del presente programma è che valorizza e considera in maniera unitaria la rete dei centri ospedalieri di riferimento del Servizio sanitario regionale, consentendo un'azione omogenea su tutto il territorio regionale.

4.2.3) HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Il PSSR 2010/2012 prescrive che la richiesta di acquisizione di nuove tecnologie e l'utilizzo di terapie ad alto costo debba essere preceduta da uno studio redatto con i criteri del HTA.

In generale, già da parecchi anni gli strumenti di programmazione regionale degli investimenti prevedono che, al fine della preventiva approvazione giunta, il piano consolidato degli investimenti debba segnalare per ciascuna Azienda:

- le previsioni di dotazione di singole apparecchiature biomediche e informatiche, il cui valore complessivo sia superiore a 100.000 euro, oppure di raggruppamenti omogenei di beni mobili (per esempio, attrezzaggio di sale operatorie, sistema di monitoraggio dell'area dell'emergenza, sistemi di analisi chimico cliniche, sistemi informatici hardware e software e di comunicazione, arredi, etc.) di valore complessivamente superiore a 100.000 euro;
- gli investimenti in beni mobili, tecnologie e reti informatiche connessi con specifici progetti regionali (per esempio il progetto PACS).

Inoltre, nel piano annuale degli investimenti devono necessariamente essere segnalate, per la specifica approvazione giuntale, le previsioni di acquisto di attrezzature appartenenti alle tipologie tecnologiche di seguito indicate

- Sistemi di radioterapia (Acceleratore lineare o altra apparecchiatura per radioterapia);
- Sistema per angiografia digitale (per diagnosi, interventi ed emodinamica);
- Mammografo digitale;
- Tavolo telecomandato analogico o digitale;
- Sezione radiologica analogica o digitale;
- Tomografo assiale computerizzato;
- Tomografo a risonanza magnetica;
- Gamma camera computerizzata planare o tomografica;
- Tomografo a emissione di positroni;
- Sistema digitale di acquisizione e/o archiviazione di immagini;
- Sistema robotizzato per chirurgia;
- Litotritore extracorporeo.

Tali autorizzazioni dipendono da valutazioni aziendali e regionali in merito alla domanda di prestazioni, alla presenza sul territorio delle singole tecnologie, all'età delle tecnologie già in possesso delle Aziende, alla finalità di sostituzione o implementazione, alle eventuali necessità strutturali e logistiche connesse con l'acquisizione delle apparecchiature, alle conseguenze gestionali legate all'acquisizione o alla non acquisizione dell'apparecchiatura, etc.

5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

5.1) SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA

5.1.1) PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI E FINANZIARI,

Oltre a quanto già detto in relazione alle modalità di controllo del programma a proposito della definizione e verifica degli investimenti (mediante Linee di gestione, piani consolidati preventivo e consuntivo e relative variazioni) e del monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento degli investimenti nell'ambito dei rapporti periodici sull'andamento del Servizio sanitario regionale, per quanto attiene la fase progettuale delle singole opere, gli strumenti regionali attualmente attivi sono:

–il **NUCLEO DI VALUTAZIONE DELL'EDILIZIA SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE (NVESS)**

Per effetto dell'art. 15 della LR n. 13/1995, a partire dal 1 gennaio 1996 è stato costituito il Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale, al fine di garantire una completa e rapida attuazione dei processi necessari alla riconversione della rete ospedaliera regionale e per uniformare il più possibile, su tutto il territorio della regione, il livello tecnologico e di albergo delle strutture destinate ai servizi sanitari e socio-assistenziali.

Sono sottoposti all'esame tecnico-economico del Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale i progetti definitivi generali o di singolo lotto funzionale, nonché le loro varianti sostanziali di competenza o d'iniziativa di soggetti pubblici e di soggetti privati, che beneficiano anche parzialmente di contributi pubblici per la realizzazione di opere ospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, altre strutture sanitarie, strutture socio-assistenziali per anziani e disabili fisici e psichici.

Il parere espresso dal Nucleo a seguito di esame tecnico economico della documentazione progettuale e' comprensivo della determinazione della spesa ammissibile al fine della concessione di finanziamenti regionali o statali.

–il **GRUPPO DI COMMESSA DI PROGETTAZIONE**

Con la DGR n. 1531 dd. 11.06.2004, è stato istituito il Gruppo di commessa di progettazione al fine di razionalizzare e rendere più efficiente ed efficace l'intero processo volto a realizzare le opere strutturali di rilievo regionale e con caratteristiche sovraziendali, che sono necessarie per l'espletamento delle funzioni sanitarie e pertanto costituiscono un aspetto fondamentale di attuazione della programmazione strategica.

Il gruppo di commessa, in base al mandato regionale che gli è stato attribuito, può svolgere le seguenti attività:

- definizione dell'impostazione generale degli interventi ed elaborazione degli studi di fattibilità in stretta conformità ai vincoli della pianificazione strategica, al programma degli investimenti e alla modalità, definita dalla Regione, di finanziamento e realizzazione;
- definizione della commessa di gara di progettazione e realizzazione delle opere per gli aspetti sanitari, organizzativi, amministrativi, tecnici e economico – finanziari (requisiti dimensionali, tecnici, prestazionali e distributivi; modalità di finanziamento e realizzazione);
- supervisione, coordinamento e verifica della fase elaborativa del progetto preliminare;
- supporto alle Aziende, su richiesta delle stesse, nelle fasi di progettazione definitiva ed esecutiva e nella validazione dei progetti;

- supporto alle Aziende, su richiesta delle stesse, nella fase di realizzazione (verifica, monitoraggio e revisione);
- produzione e diffusione di linee guida nel settore dell'edilizia ospedaliera e sanitaria;
- promozione di momenti formativi del personale del SSR nel settore.

L'ambito di attività viene definito nell'ambito degli atti programmatori regionali.

Le opere interessate sono, in generale, quelle considerate determinanti per l'attuazione della pianificazione del Servizio sanitario regionale, con caratteristiche di rilievo regionale e sovraziendale.

Al gruppo partecipano:

- le risorse professionali e tecniche necessarie allo svolgimento delle attività e rese disponibili centralmente dagli uffici regionali;
- il Responsabile unico di procedimento individuato dall'Azienda titolare dello specifico intervento;
- il Responsabile aziendale per gli aspetti organizzativi/sanitari delegato dal Direttore generale dell'Azienda titolare dell'intervento e eventuali altre professionalità, individuate dal Direttore generale;
- altre professionalità del Servizio sanitario regionale (giuridico-amministrative, tecniche, etc.) ritenute necessarie in relazione alle attività da svolgere e ai contenuti della commessa.

Al gruppo operativo si affianca un "organo collegiale" composto dal Direttore generale dell'Azienda interessata, dal Direttore della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dal responsabile del gruppo operativo di gestione delle commesse di progettazione e realizzazione, con il compito di sovrintendere alle attività del predetto gruppo operativo per ogni intervento, con riguardo a tempi, modalità, problematiche ed esiti, e di relazionare all'Assessore alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali.

Tale struttura organizzativa non produce costi aggiuntivi, in quanto già presente in Regione per le attività di monitoraggio e controllo degli investimenti delle Aziende del SSR.

Per quanto riguarda i singoli interventi di cui al presente Accordo, le Aziende si sono strutturate nel seguente modo per far fronte alle necessità connesse con la progettazione, la realizzazione e la gestione dei singoli interventi:

Comprensorio di Cattinara

Come già detto nei paragrafi precedenti, è stata costituita una Commissione interaziendale e un Gruppo operativo interaziendale di gestione della commessa: la prima con l'obiettivo di concertare e condividere le scelte organizzative e di programmazione attuativa occorrenti alla realizzazione delle opere, pur nel rispetto della titolarità delle decisioni di rispettiva competenza, il secondo con il compito di attuare gli indirizzi operativi della commessa e fornire supporto tecnico alla stazione appaltante (individuata concordemente nell'AOU "Ospedali riuniti") nelle varie fasi di scelta del progettista e del soggetto realizzatore e di realizzazione dell'intervento.

La Commissione interaziendale è composta da:

- i Direttori Generali dell'AOU "Ospedali Riuniti" e dell'IRCCS "Burlo Garofolo";
- i Direttori Amministrativi dell'AOU "Ospedali Riuniti" e dell'IRCCS "Burlo Garofolo";
- i Direttori Sanitari dell'AOU "Ospedali Riuniti" e dell'IRCCS "Burlo Garofolo";
- il Direttore Scientifico dell'IRCCS "Burlo Garofolo";
- i Responsabili degli Uffici Tecnici dell'AOU "Ospedali Riuniti" e dell'IRCCS "Burlo Garofolo";
- un rappresentante della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali (originariamente era prevista la partecipazione del Responsabile dell'Area delle Tecnologie e degli Investimenti dell'Agenzia Regionale della Sanità, sostituito da un rappresentante della Direzione

centrale Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali a seguito della riorganizzazione delle funzioni centrali del SSR avvenuta a partire dal 2010).

Il Gruppo operativo interaziendale di gestione della commessa è composto da:

- il Responsabile della SCGS dell'AOU "Ospedali Riuniti", in qualità di Responsabile unico del procedimento;
- il Responsabile dell'Ufficio tecnico dell'IRCCS "Burlo Garofolo", in qualità di supporto al RUP;
- personale afferente ai due Enti con competenze e professionalità attinenti alle funzioni attribuite al Gruppo, coordinato da un dirigente amministrativo in forza all'AOU "Ospedali Riuniti".

Attualmente il gruppo di lavoro è composto dalle professionalità interne alle due Aziende per quanto riguarda gli aspetti architettonici, sanitari e tecnologici, con l'apporto di specialisti esterni in materia di:

- organizzazione sanitaria;
- analisi delle caratteristiche economico-finanziarie;
- indicazioni preliminari di progettazione degli impianti, bilancio energetico e utilizzo di fonti rinnovabili.

Ospedale di Pordenone

L'Azienda sta procedendo alla verifica della documentazione progettuale già in suo possesso, relativa all'analisi dei requisiti sanitari, organizzativi, logistici e tecnologici e alla progettazione dell'edificio degenze e piastra di servizi sanitari, e all'elaborazione del progetto preliminare per l'intero comprensorio da porre a base della procedura per la realizzazione dell'intervento. A tal fine ha attivato un gruppo di lavoro composto di professionalità interne all'Azienda e collaboratori esterni, che garantiscano le necessarie competenze in materia di:

- progettazione strutturale, con particolare sviluppo delle condizioni di impiego degli isolatori sismici;
- bilancio energetico dell'edificio, analisi dei sistemi energetici attivi e passivi e indicazioni preliminari per gli impianti tecnologici (climatizzazione, antincendio, idrico-sanitario e fognatura, etc.);
- analisi dei rischi e prime indicazione per la sicurezza;
- valutazione dell'impatto acustico dell'opera;
- prefattibilità ambientale;
- valutazione delle attività ai rischio d'incendio e indicazioni preliminari in materia di prevenzione incendi.

In particolare i collaboratori esterni sono stati selezionati secondo un criterio di massima specializzazione, mantenendo internamente all'Azienda le attività connesse con l'elaborazione del lay-out e le verifiche dimensionali e funzionali. In questa sede l'Azienda ha preferito non concentrarsi in modo particolare sulle elaborazioni architettoniche, che saranno oggetto del progetto elaborato dai partecipanti alla procedura di affidamento, quanto piuttosto su requisiti e caratteristiche prestazionali per lasciare la massima libertà nella proposta di soluzioni progettuali in sede di gara.

Polo ospedaliero udinese

Fin dalle fasi iniziali dell'intervento di riqualificazione del polo ospedaliero, pur con conformazione variabile sia per entità sia per professionalità presenti, presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine è attivo l'Ufficio speciale nuovo ospedale (USNO).

Le attività svolte dall'USNO riguardano il coordinamento tecnico, logistico ed organizzativo di tutti i lavori e le opere previsti dalla programmazione regionale e aziendale per realizzare il nuovo

complesso ospedaliero di Udine, armonizzando ed integrando tali interventi con quelli necessari al mantenimento e al miglioramento delle strutture esistenti; in particolare.

5.1.2) PRESUPPOSTI ECONOMICI E SOCIALI

Come più volte sottolineato nel presente documento, gli interventi di cui al presente Accordo si inseriscono pienamente nella programmazione regionale non solo degli investimenti, ma anche, più in generale, delle attività sanitarie, socio sanitarie e assistenziali della Regione.

Tali interventi consentiranno di mantenere l'elevato livello dei servizi sanitari garantiti ai cittadini: tale livello produce dei costi ed è sempre più necessario gestire i servizi in modo tale da rendere più economico ed efficace il governo della sanità e del sociale e sempre più effettiva e consolidata l'integrazione, consentendo in tal modo di ridurre o eliminare le carenze e le criticità, riducendo o annullando al contempo anche le sovrapposizioni e le duplicazioni.

Come già detto nei paragrafi precedenti, si è consapevoli che le riorganizzazioni e le riqualificazioni, in quanto modifica di un assetto ormai consolidato e ritenuto familiare, vengono spesso interpretate come peggioramento o taglio indiscriminato o riduzione di servizi: molte volte la non conoscenza porta a timori e apprensioni non supportati da reali motivazioni.

Oltre all'aspetto tecnico ed economico sarà necessario operare in piena trasparenza, rendendo pubblico e conosciuto il percorso intrapreso dall'Amministrazione regionale e dalle Aziende, le sue motivazioni, le cause e gli effetti, dall'altro continuare con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, degli operatori, dei cittadini e dei loro rappresentanti, per consentire a ciascuno, con senso di responsabilità, di svolgere la propria parte.

5.1.3) QUALITÀ E INTENSITÀ DELLE RELAZIONI CON IL PARTENARIATO

A seguito della scelta regionale e aziendale di procedere con appalto tradizionale per tutti i tre interventi, non è prevista la partecipazione di privati alla realizzazione e gestione, se non nelle forme dirette di contratto previste per le opere pubbliche.

5.2) MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

In generale, annualmente le modalità di monitoraggio e la valutazione in itinere dell'andamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale, delle singole progettualità dell'intero sistema sanitario e sociosanitario regionale vengono approvate dalla Giunta regionale mediante le Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale con le quali vengono definiti gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento, (ai sensi dell'articolo 14, comma 7, della LR n. 12/1994) e le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento delle singole Aziende.

In sintesi gli strumenti attualmente in essere sono:

– Monitoraggio direzionale mensile:

strumento non definito dal legislatore, ma divenuto prassi, che offre ai dirigenti del SSR ai vari livelli (strategico, tecnico e operativo) uno strumento tempestivo di valutazione delle dinamiche – assistenziali ed economiche – della programmazione annuale;

– Rendiconti trimestrali:

momento formale di controllo dell'andamento delle Aziende rispetto alle previsioni di programma annuale e di bilancio preventivo dal punto di vista economico, finanziario e gestionale e per proporre gli interventi correttivi.

Per quanto riguarda gli investimenti edili e impiantistici, la Regione verifica l'avanzamento di tutti gli interventi di rilievo regionale inseriti nel proprio programma delle opere (DGR 901/2006 e successive modificazioni) attraverso il monitoraggio dello stato di avanzamento degli investimenti inviati dalle Direzioni generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale nell'ambito dei rendiconti trimestrali di valutazione dell'andamento economico, finanziario e gestionale, al fine di controllare trimestralmente l'andamento delle Aziende rispetto alle previsioni di programma annuale e di bilancio preventivo dal punto di vista economico, finanziario e gestionale e di proporre gli opportuni interventi correttivi.

Per quanto riguarda gli investimenti edili e impiantistici, nel monitoraggio trimestrale viene indicato:

- l'avanzamento della procedura nel corso del trimestre,
- l'avanzamento percentuale dei lavori nel caso di cantieri avviati,
- eventuali variazioni relative alle date di inizio e fine lavori (presunte o effettive),
- eventuali ulteriori informazioni determinanti ai fini del monitoraggio degli interventi.

Tutte le variazioni e le eventuali criticità riscontrate dalle Aziende in relazione all'attuazione degli investimenti vengono, inoltre, concordate e negoziate con le Aziende al fine di verificare i risultati rispetto ai programmi pluriennali e annuali regionali e aziendali e predisporre gli eventuali interventi correttivi per il riallineamento degli obiettivi di politica sanitaria e delle azioni intraprese: oltre ai rendiconti trimestrali lo strumento ufficiale deputato a tale finalità è il controllo annuale, costituito da:

- il bilancio di esercizio e il rendiconto finanziario annuale delle singole Aziende
(comprende la relazione del Direttore generale sulla gestione, che esplicita, motiva e commenta i risultati conseguiti dalle Aziende rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi, ai costi e agli oneri dell'esercizio: in particolare la relazione contiene indicazioni in merito al livello di raggiungimento degli obiettivi annuali sia di carattere sanitario che economico, al livello di realizzazione delle politiche sanitarie e gestionali, allo stato di avanzamento degli interventi previsti a livello di struttura organizzativa, processi direzionali e operativi, risorse, agli investimenti effettuati);
- il bilancio di esercizio e il rendiconto finanziario consolidato preventivo e consuntivo del Servizio sanitario regionale
(che consolida i bilanci di tutte le Aziende del Servizio sanitario regionale e comprende una relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato quale sintesi e integrazione delle relazioni sulla gestione delle singole Aziende e che viene approvato dalla Giunta regionale).

Attraverso questi strumenti vengono costantemente monitorati i dati significativi di tutte le fasi di attuazione degli interventi.

Monitoraggio finanziario

Il Monitoraggio finanziario viene effettuato con i dati relativi al piano finanziario dei singoli interventi, attraverso la verifica dello stato di attuazione della spesa, in rapporto al quadro economico iniziale, alle eventuali variazioni in corso di realizzazione, alla copertura finanziaria, all'andamento dei singoli interventi in relazione al cronogramma di progetto/contratto.

Monitoraggio fisico

Il Monitoraggio fisico viene effettuato mediante la verifica dei dati relativi al livello di realizzazione

fisica dei singoli interventi:

- fase realizzativa (livello di progettazione/procedura di affidamento in corso/cantiere in corso/in fase di collaudo/intervento concluso)
- date presunte o effettive di inizio e fine lavori;
- attivazione della struttura.

Monitoraggio procedurale

Il monitoraggio procedurale è relativo all'efficienza delle procedure di attuazione dei singoli interventi, viene effettuato dalle strutture centrali incaricate della programmazione e controllo degli investimenti regionali e dei rapporti con il Ministero.

Tutte queste fasi di monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo e dei relativi interventi vengono effettuate dalle strutture centrali incaricate della programmazione e controllo degli investimenti regionali e dei rapporti con il Ministero, sulla base dei dati raccolti e trasmessi dalle Aziende titolari degli interventi attraverso i modelli già in uso presso la Regione per gli investimenti finanziati con fondi regionali, oltre al modulo C di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome del 19 dicembre 2002.

Oltre agli strumenti normalmente utilizzati per la gestione dei programmi regionali di investimento, nel caso degli interventi inseriti nel presente Accordo verranno seguite e utilizzate le procedure previste dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome, sancito il 19.12.2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma, sancito il 28.02.2008 e dall'Osservatorio investimenti pubblici in sanità.

APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

A1) MATRICE DEGLI OBIETTIVI

4.1.2) I DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI PROGRAMMA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA

	INDICATORI	FONTE DI VERIFICA
Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dell'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie - riduzione delle liste di attesa - risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici - garanzia di sicurezza del paziente - garanzia di standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accREDITAMENTO delle strutture 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica di attuazione del piano triennale 2010/2012 - piani consolidati annuali preventivi e consuntivi del SSR - rapporto annuale sul Servizio sanitario regionale
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate - adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico) - realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa (per gli interventi per i quali è stato attivato) - parere sulle varie fasi di progettazione (preliminare, definitiva ed esecutiva) di competenza del NVESS - parere del NVESS su eventuali perizie di variante - verifica in corso d'opera e a chiusura dell'opera in sede di rendicontazione
Obiettivi operativi	<ul style="list-style-type: none"> - Riqualficazione e messa a norma dell'ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo di Trieste - Realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone 	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)
	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiudicazione entro 2012 - Avvio lavori entro 2013 - Attivazione per fasi a partire dal 2017 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiudicazione entro 2012 - Avvio lavori entro 2012 - Attivazione entro 2017 	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)

<p>- Prosecuzione della riqualificazione dell'Ospedale di Udine con la realizzazione del III lotto del nuovo edificio ospitante degenze e servizi sanitari</p>	<p>Aggiudicazione nel 2012 Avvio lavori nel 2013 Attivazione nel 2017</p>	<p>- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)</p>
--	---	---

4.1.3) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA

<p>EFFICACIA</p>	<p>Esprime il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli effetti attesi, a partire da indicatori di programma (risorse, tempi di realizzazione). Il conseguimento degli obiettivi del programma verrà misurato mettendo in relazione i risultati ottenuti con i risultati previsti: <i>risultati ottenuti / risultati previsti</i></p>	<p>RISORSE SPESE / RISORSE PREVISTE indicatore misurato a scadenze prefissate (almeno un monitoraggio annuale)</p> <p>TEMPI DI REALIZZAZIONE / TEMPI PREVISTI indicatore misurato a scadenze prefissate (almeno un monitoraggio annuale)</p>
<p>EFFICIENZA</p>	<p>Esprime il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire dagli indicatori di programma (risorse, tempo di realizzazione, risultato e impatto). Il costo unitario degli interventi e il rapporto costo/efficacia verranno misurati rapportando i risultati ottenuti rispetto ai costi sostenuti.</p>	<p>COSTO PARAMETRICO (per unità di superficie e di volume) indicatore misurato a inizio e a fine intervento</p> <p>RAPPORTO DI AVANZAMENTO DELLA SPESA indicatore misurato a inizio e a fine intervento</p>

A2) ANALISI SWOT

		FORZA (S)	DEBOLEZZA (W)
INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> - Coerenza del programma con la programmazione nazionale e regionale - Rispondenza degli interventi alle necessità locali e regionali di riqualificazione, ammodernamento e messa a norma delle strutture di offerta sanitaria per acuti di riferimento regionale/nazionale - Il programma si concentra su pochi interventi di forte impatto dal punto di vista economico e organizzativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Programma si concentra su pochi interventi destinati esclusivamente agli ospedali maggiori della regione, le necessità delle strutture ospedaliere di rete e delle strutture territoriali sono affidate alla programmazione e al finanziamento regionale 	
ESTERNI	<p>OPPORTUNITÀ (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il programma dà risposte concrete alla domanda di riqualificazione dei tre ospedali maggiori della Regione da parte della popolazione - Miglioramento concreto dell'offerta sanitaria specialistica per acuti nel territorio regionale <p>RISCHI (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La modalità di realizzazione degli interventi previsti nel presente accordo (appalto tradizionale con gestione diretta aziendale) può comportare rischi nella gestione del contratto e nella realizzazione delle opere, in particolare per la necessità di una struttura forte che segua e guidi in maniera sicura e continuativa l'intervento - La scelta dell'appalto tradizionale con gestione diretta aziendale, inoltre, rispetto ad altre tipologie di contratti annulla l'opportunità di trasferimento dei rischi al privato, mantenendoli in capo alla stazione appaltante 		

A3) OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

OBIETTIVI				INDICATORI		
GENERALI	SPECIFICI	ENTE ATTUATORE	OPERATIVI (INTERVENTI)	COD.	DESCRIZIONE	VALORE ATTESO
Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale per acuti	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie - Realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate - Adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico) - Realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali 	AOU "Ospedali riuniti" di Trieste (delegato da IRCCS "Burlo" di Trieste)	Riordino della rete ospedaliera triestina Riqualificazione e messa a norma dell'ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo di Trieste	1	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiudicazione procedura - Avvio dei lavori 	2012 2013
		AO "S. Maria degli Angeli" di Pordenone	Realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone	2	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione della struttura 	Per fasi a partire dal 2017
		AOU "S. Maria della Misericordia" di Udine	Riqualificazione dell'Ospedale di Udine Realizzazione del nuovo edificio degenze e servizi sanitari III lotto	3	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione procedura - Avvio dei lavori 	2012 2013
			<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione della struttura 			2017

A4) SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

A4.1) CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE	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)	I fondi statali di cui al presente Accordo sono totalmente destinati alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale per acuti, mediante la riqualificazione e l'ammodernamento degli Ospedali di riferimento della Regione (Ospedale di Cattinara e Ospedale infantile Burlo di Trieste, Ospedale di Pordenone e Ospedale di Udine)
2) Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiori a 4,0 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie	Nel 2007 il numero di posti letto (privati e pubblici), comprensivi di riabilitazione e postacuzie, era pari a 4,9 pl per mille abitanti. la variazione fra il 1998 e il 2007 è stata pari a -26,2 % L'obiettivo verso cui tendere è il raggiungimento del 4 permille dei posti letto, come indicato nel patto della salute 2010/2012: in tal senso gli interventi di cui al presente Accordo non possono essere considerati risolutivi, in quanto si riferiscono solo a quattro delle strutture sanitarie ospedaliere della Regione e per di più si tratta di strutture di riferimento a livello regionale e sovra regionale.
3) Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero	Come indicato nel testo del Documento programmatico, è notevolmente aumentato in Regione, negli ultimi anni, il numero delle prestazioni effettuate in regime diurno: nel 2007 solo i ricoveri in day surgery erano pari al 12,7 dei ricoveri totali
4) Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri 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)	In questi tre interventi, come in generale in tutti gli investimenti afferenti alla programmazione regionale è posta grande attenzione allo sviluppo e al rafforzamento delle attività di day hospital, day surgery e in generale all'attività di tipo ambulatoriale, in alternativa e a completamento dell'offerta degenziale ospedaliera tradizionale.
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)	Il tasso di ospedalizzazione nel 2007 è stato pari al 148,3 per 1.000 abitanti residenti Considerando la fuga extraregionale, nello stesso anno tale tasso è stato pari a 160,6 per 1.000 abitanti residenti
6) Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	Tutte le risorse sono destinate a interventi su ospedali per acuti con numero di posti letto superiori a 250
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)	Annualmente quota parte delle risorse con cui viene finanziato il piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisto di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse devono concorrere in via prioritaria, per le Aziende nelle quali sono in corso o in fase di completamento interventi di nuova edificazione e ristrutturazione complessiva della sede ospedaliera, all'acquisizione

<p>8) Sviluppo e 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 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 2005, 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 ricomprese 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>15) Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/1.6 a h dell'8/2/2006)</p> <p>16) Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma</p>	<p>degli arredi e delle attrezzature necessarie alle nuove sedi.</p> <p>Premesso che gli interventi inseriti nel presente Accordo fanno riferimento ai tre ospedali principali della rete regionale e non a strutture territoriali, nel testo del Documento programmatico sono stati inseriti i dati relativi all'assistenza territoriale regionale (RSA, Servizio infermieristico domiciliare, Servizio riabilitativo domiciliare e assistenza specialistica ambulatoriale)</p> <p>Sono state avviate e attuate azioni per il contenimento delle liste di attesa, la cui situazione regionale è mediamente buona, pur mantenendo ancora qualche punta di criticità per alcune prestazioni specialistiche, su cui viene mantenuto il dovuto livello di attenzione e di intervento.</p> <p>La Regione ha inserito i dati nel Sistema Osservatorio secondo quanto richiesto nel programma di avvio del Sistema</p> <p>Come indicato nel testo del Documento programmatico, le priorità indicate nelle disposizioni normative nazionali per l'utilizzo dei fondi statali trovano già una risposta soddisfacente nella situazione attuale e nel programma regionale degli investimenti.</p>
--	---

A4.2) CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE	NOTE
<p>Piano regionale sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008</p> <p>Indirizzi pluriennali delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali regionali</p> <p>Libro verde sul futuro del sistema sociosanitario regionale – Verso il piano sanitario e socio-sanitario 2010-2012</p>	<p>Approvato con DGR n. 2843/2006</p> <p>Attualmente è stata completata la verifica del piano finalizzata alla prossima approvazione del piano regionale sanitario e socio-sanitario regionale 2010-2012</p> <p>Approvati con DGR di generalità n. 2668/2008</p> <p>Hanno dato avvio all'iter istituzionale per la stesura del nuovo Piano sanitario e socio-sanitario regionale</p> <p>Con il Libro verde la Giunta regionale ha voluto rendere trasparenti le scelte da effettuare e affrontare, in modo partecipato, la definizione degli interventi prioritari nel rispetto della sostenibilità delle scelte da inserire nel nuovo piano sanitario e socio-sanitario.</p> <p>In analogia con strumenti simili adottati dalla Commissione europea e dal Governo italiano, il Libro verde è rivolto a tutti i soggetti istituzionali, sociali e professionali e serve per affrontare alcuni aspetti delle possibili decisioni da assumere.</p>

	<p>In particolare vi sono presentate tredici linee strategiche che si riferiscono agli indirizzi pluriennali sopra richiamati. Ogni linea è articolata in più parti: Su queste Linee è stata effettuata la consultazione pubblica che, iniziata con la presentazione del Libro Verde, si è conclusa venerdì 8 maggio 2009.</p>
<p>Piano sanitario e socio-sanitario 2010-2012</p>	<p>Approvato con DGR n. 465/2010 I tre interventi di cui al presente Accordo sono inseriti nel programma degli investimenti della programmazione regionale. I contenuti dei tre interventi sono in linea con le indicazioni del piano triennale.</p>
<p>Linee annuali per la gestione del SSR e piani annuali consolidati preventivo e consuntivo delle Aziende e degli Enti del SSR</p>	<p>Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2009, approvate con DGR n. 2364/2008. Programmazione annuale 2009 del Servizio Sanitario Regionale: adempimenti di cui all'art. 20 della LR 19.12.1996 n. 49 e smi, approvata con DGR n. 957/2009. Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2010, approvate con DGR n. 2643/2009.</p>

A4.3) CORRELAZIONE CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI

	Importo complessivo	% utilizzo dei fondi statali	Interventi attivati e avanzamento al 31.12.2009
I fase	186.246 milioni di lire pari a 96,2 milioni di euro	100 %	16 di 16
L. 135/1990	24.115 milioni lire pari a 12,5 milioni di euro	100 %	3 di 3
II fase - Messa in sicurezza	26,3 milioni di euro	100 %	0 di 1 (avanzamento dei lavori pari al 96 %)
II fase - Accordo di programma 2001 (dopo la revoca ex art. 1, commi 310-312, della legge n. 266/2005)	151,0 milioni di euro	56 %	2 di 5 (avanzamento dei lavori pari al 75 % circa)
Programma hospice	5,7 milioni di euro	51 %	2 di 4 (avanzamento complessivo pari al 45 % circa)
Radioterapia	0,3 milioni di euro 294,0 milioni di euro	100 % 76 %	1 di 1 24 di 31

A4.4) QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ADP

Esercizio finanziario	Stato	Regione [conto capitale o autorizzazione mutuo]	Totale
Anno 2010	140.353.155,51 14.100.000,00	13.804.714,52	168.257.870,03
Anno 2012	- 140.353.155,51 14.100.000,00	197.736.420,40 211.541.134,92	197.736.420,40 365.994.290,43
	42%	58%	100%

A4.5) QUADRO ECONOMICO DEGLI INTERVENTI CONTENUTI NELLA PROPOSTA DI ADP

	Importo complessivo	Fondi statali	Fondi regionali 5%	Fondi regionali altri fondi regionali **
Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo	140.000.000,00	32.533.579,60 14.100.000,00	1.712.293,66 742.105,26	90.912.021,48
Nuovo ospedale di Pordenone	180.000.000,00	64.125.000,00	3.375.000,00	112.500.000,00
Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: nuovo edificio degenze e servizi sanitari III lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	-
	365.994.290,43	140.353.155,51 * 14.100.000,00	8.129.113,44	203.412.021,48

* l'importo corrisponde ai fondi statali attribuiti direttamente all'IRCCS Burlo di Trieste per la nuova sede

** in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente

A4.6) ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE

TIPOLOGIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
	Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	1	-	1	-	-
Ristrutturazione *	1	-	-	-	-
Restauro	-	-	-	-	-
Manutenzione	-	-	-	-	-
Completamento	-	-	-	-	-
TOTALE	2	-	1	-	-

* intervento di ristrutturazione (ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara) e ampliamento (ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo)

A4.7) FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO	N. INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE *	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Riqualificazione e ammodernamento della rete regionale dell'offerta sanitaria per acuti: - adeguamento funzionale degli spazi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate e avanzate - adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico) - realizzazione di ambienti con caratteristiche di comfort e accoglienza ottimali	3	140.353.155,51 14.100.000,00	211.541.134,92	365.994.290,43	100 %

* in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente

A4.8) FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

	N. INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE *	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	3	140.353.155,51 14.100.000,00	211.541.134,92	365.994.290,43	100 %

* in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente

A4.9) FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE **	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a) Nuova costruzione	2	107.819.575,91	118.174.714,52	225.994.290,43	62 %
b) Ristrutturazione *	1	32.533.579,60 14.100.000,00	93.366.420,40	140.000.000,00	38 %
c) Restauro	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-
e) Completamento	-	-	-	-	-
f) Acquisto di Immobili	-	-	-	-	-
g) Acquisto di attrezzature	-	-	-	-	-
	3	140.353.155,51 14.100.000,00	211.541.134,92	365.994.290,43	

* intervento di ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara

e ampliamento (ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo)

** in parte conto capitale regionale, in parte autorizzazione a mutuo con garanzia di copertura delle corrispondenti rate annuali mediante risorse regionali di parte corrente

A4.10) ANALISI DELL'OFFERTA

	DATO REGIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti		
- pubblici	4.591	dato al 31.12.2007
- privati	738	dato al 31.12.2007
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza (RSA)	774	dato al 31.12.2007
Tasso di ospedalizzazione per acuti	148,3	senza fuga extraregionale
	160,6	con fuga extraregionale
Mobilità per acuti (valore)		
- attrazione (ricoveri)	59.242.000,00	
- fuga (ricoveri)	48.478.000,00	
Casi trattati in Assistenza domiciliare per 1.000 residenti (nel 2007)		
- Servizio infermieristico domiciliare: n. utenti	30.762	
n. accessi	472.684	
- Servizio riabilitativo domiciliare: n. utenti	9.801	
n. accessi	49.154	
% Anziani trattati in Assistenza domiciliare (% utenti > 64 anni)	9,8 %	
- Servizio infermieristico domiciliare	3,0 %	
- Servizio riabilitativo domiciliare		

A4.11) VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

	PRESENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
	ASSENZA	
	P - A	
A1 - Quadro demografico della Regione	P	- indice di vecchiaia più alto della media nazionale (cfr. paragrafo 1.1.2) QUADRO DEMOGRAFICO - mortalità più elevata della media nazionale
A2 - Quadro epidemiologico della Regione	P	- minor mortalità per malattie del sistema circolatorio - maggiore mortalità per tumori, malattie dell'apparato circolatorio e dell'apparato digerente - maggior mortalità per cause violente (incidenti stradali) - elevato tasso di infortuni sul lavoro

		(<i>cf. paragrafo 1.1.3) QUADRO EPIDEMIOLOGICO</i>)
A3 - Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	A	- saldo positivo - attrazione da parte dei poli ospedalieri regionali (<i>cf. paragrafo 1.1.5) QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA (INTRA ED EXTRA REGIONALE)</i>)
A4 - Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	A	(<i>cf. paragrafo 1.1.6) QUADRO ANTE OPER-AM</i>)
A5 - Analisi dell'offerta	A	(<i>cf. paragrafo 1.1.6) QUADRO ANTE OPER-AM</i>)
A6 - Criticità di accesso ai percorsi diagnostici-terapeutici	P	(<i>cf. paragrafo 1.1.4) ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO - Liste d'attesa</i>)

A4.12) ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	- L'intervento 1 (Compiensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo) comprende la realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo di Trieste, in sostituzione dell'attuale sede dell'Istituto. - L'intervento 2 (Nuovo ospedale di Pordenone) prevede la realizzazione della nuova sede dell'Ospedale di Pordenone in sostituzione della sede attuale. - L'intervento 3 (Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Nuovo edificio degenze e servizi sanitari - III lotto) prevede la realizzazione di una porzione del nuovo edificio ospedaliero (III lotto), che ospiterà degenze e servizi sanitari e andrà a sostituire parte dei padiglioni ospedalieri del comprensorio ospedaliero di Udine.
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	Tutti gli ospedali cui si riferiscono gli interventi di cui al presente Accordo (Ospedale Cattinara di Trieste, Ospedale infantile Burlo di Trieste, Ospedale di Pordenone, Ospedale di Udine) sono centri di riferimento della rete ospedaliera regionale Gli interventi di cui al presente Accordo non prevedono riconversioni ad altre funzioni sanitarie:
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	- le due sedi che verranno dismesse (attuale sede dell'IRCCS Burlo di Trieste e attuale Ospedale di Pordenone) verranno alienate - i padiglioni dismessi a seguito dell'attivazione del nuovo edificio dell'Ospedale di Udine verranno demoliti
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	Gli Ospedali di Udine, Trieste e Pordenone sono ospedali per acuti con più di 250 posti letto. L'Ospedale infantile Burlo ha meno di 250 posti letto.
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	Gli interventi di cui al presente Accordo vanno nella direzione complessiva prevista dalla programmazione sanitaria nazionale, della riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati e a carico del Servizio sanitario regionale non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	

A4.13) ANALISI DELL'OFFERTA DI TECNOLOGIE

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE		DATO NAZIONALE	
	N.	N. PER 1.000.000 RESIDENTI	N. PER 1.000.000 RESIDENTI	N. PER 1.000.000 RESIDENTI
TAC	<i>solo strutture pubbliche:</i> 26	21,2	-	25,3
RMN	<i>solo strutture pubbliche:</i> 13 <i>strutture pubbliche e private:</i> 33	10,6 26,9	-	13,5
ACCELERATORE LINEARE	<i>solo strutture pubbliche:</i> 9	7,3	-	4,6
GAMMA CAMERA	<i>solo strutture pubbliche:</i> 13	10,6	-	-
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	<i>solo strutture pubbliche:</i> 7	5,7	-	-

RADIOLOGIA	OFFERTA ATTUALE											DATO NAZIONALE	
	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	AO Porde none	AOU Trieste	AOU Udine	IRCCS Butlo	IRCCS GRO	Totale	
Eco tomografo interstittico	-	4	3	4	5	5	3	9	13	1	4	51	
Mammografo	-	2	2	1	1	2	2	3	4	-	1	18	
Ortopantomografo	-	2	1	2	2	3	2	1	2	1	-	16	
Portatile per radiografia	-	4	2	2	-	3	5	8	10	2	1	37	
Portatile per Radiografia DR	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Portatile per radioscopia	-	3	3	2	3	2	3	8	5	2	2	33	
Sezione radiologica convenzionale	-	4	1	5	3	7	3	7	8	1	-	39	
Sezione radiologica DR	-	3	1	1	2	-	3	2	1	-	-	13	
Sezione telecomandata convenzionale	-	-	-	3	1	1	1	-	-	1	-	7	
Sezione telecomandata digitale non diretta	-	1	3	1	3	1	2	3	2	1	1	18	
Sezione telecomandata DR	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Sistema per angiografia digitale (CR)	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	4	
Sistema per radiologia digitale (RM)	-	5	3	7	3	5	5	6	7	2	1	44	
Tomografo a risonanza magnetica (TAC)	-	2	1	-	-	-	2	2	3	1	2	13	
Tomografo assiale computerizzato (TAC)	-	2	2	1	2	2	2	3	4	1	1	20	
<i>totale</i>	-	36	22	29	25	31	33	53	61	13	13	316	

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	1
0.1) IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO.....	1
0.2) QUADRO FINANZIARIO.....	2
0.3) SINTESI DI RACCORDO CON IL PASSATO E CON QUANTO GIÀ REALIZZATO NELLE PRECEDENTI FASI DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTO.....	3
0.4) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI	4
0.5) SINTESI DELLA COERENZA INTERNA CON GLI OBIETTIVI CONTENUTI NEGLI ALTRI LIVELLI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE E DELLE CORRELAZIONI E DELLE COERENZE ESTERNE DELLA STRATEGIA CONTENUTA NELL'ACCORDO DI PROGRAMMA.....	5
0.6) SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO.....	5
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	8
1.1) SITUAZIONE DEL CONTESTO E BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	8
1.1.1) QUADRO SOCIO-ECONOMICO.....	8
Siti con particolari problemi ambientali	9
1.1.2) QUADRO DEMOGRAFICO	12
1.1.3) QUADRO EPIDEMIOLOGICO	14
1.1.4) ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO	15
Ospedalizzazione.....	15
Posti letto ospedalieri totali al 31.12 di ogni anno (anni 1998-2007)	16
Assistenza territoriale.....	17
Posti letto medi RSA totali al 31.12 di ogni anno (anni 1998-2007)	19
Assistenza specialistica ambulatoriale.....	20
Liste d'attesa.....	21
1.1.5) QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA (INTRA ED EXTRA REGIONALE).....	22
1.1.6) OFFERTA ANTE OPERAM.....	24
Strutture per l'assistenza ospedaliera	24
Stato di conservazione delle strutture e alla loro rispondenza ai requisiti minimi per l'accreditamento regionale	27
Dotazione tecnologica.....	29
Comprensorio di Cattinara	32
Ospedale di Pordenone.....	33
Polo ospedaliero udinese.....	33
Strutture per l'assistenza riabilitativa, residenziale e semiresidenziale, territoriale.....	34
1.1.7) ANALISI E VALUTAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	35
1.2) STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	37
1.2.1) IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI.....	37
1.2.2) DESCRIZIONE DELLA STRATEGIA.....	38
2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	39

2.1) OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	39
2.1.1) ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ.....	39
2.1.2) LA CATENA DEGLI OBIETTIVI.....	40
2.1.3) INTERVENTI PROGETTUALI.....	41
Intervento n. 1 - Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'IRCCS Burlo.....	41
Intervento n. 2 – Realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone	43
Intervento n. 3 – Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: Realizzazione del nuovo edificio per degenze e servizi sanitari - III lotto.....	44
2.1.4) OFFERTA POST OPERAM.....	45
2.2) COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	45
2.2.1) RELAZIONE E COMPLEMENTARITÀ TRA LE PRIORITÀ.....	45
2.2.2) ANALISI DEI RISCHI.....	46

3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALE E REGIONALE E CON LE STRATEGIE COMUNITARIE

3.1) COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE E INTERSETTORIALE.....	47
3.1.1) COERENZA CON GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE	47
3.1.2) COERENZA CON GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE.....	48
Programma investimenti art. 20 I e II fase (a finanziamento statale).....	49
Programma degli investimenti ex LN 135/1990 (a finanziamento statale).....	50
Programma investimenti radioterapia (a finanziamento statale).....	51
Programma degli investimenti ex art. 20 LN 67/1988 II fase	51
Fondi destinati a IRCCS, Policlinici e IZS.....	51
Accordo di programma del 2001	52
Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative (hospice) DM 28.09.1999 (a finanziamento statale).....	52
Programma regionale degli investimenti 2006-2015.....	53
3.2) SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI	58
3.2.1) ANALISI DELLE CONDIZIONI	58
3.2.2) SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA	59
3.2.3) SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA E GESTIONALE.....	60
3.2.4) SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE.....	60
3.2.5) SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE	61
3.2.6) SOSTENIBILITÀ DI INTERVENTI PER ATTIVITÀ MISTE ASSISTENZIALI/SCIENTIFICHE	61

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.1) SISTEMA DI INDICATORI	63
4.1.1) INDICATORI DI CONTESTO.....	63
4.1.2) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI PROGRAMMA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA.....	64
4.1.3) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA.....	65

4.2) IMPATTI DEL PROGRAMMA	66
4.2.1) ACCETTABILITÀ SOCIALE DEL PROGRAMMA.....	66
4.2.2) VALORE AGGIUNTO DEL PROGRAMMA.....	66
4.2.3) HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT.....	66

5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI **68**

5.1) SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA	68
5.1.1) PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI E FINANZIARI,.....	68
Comprensorio di Cattinara	69
Ospedale di Pordenone.....	70
Polo ospedaliero udinese.....	70
5.1.2) PRESUPPOSTI ECONOMICI E SOCIALI.....	71
5.1.3) QUALITÀ E INTENSITÀ DELLE RELAZIONI CON IL PARTENARIATO	71
5.2) MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	71
Monitoraggio finanziario.....	72
Monitoraggio fisico.....	72
Monitoraggio procedurale.....	73

APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO..... **74**

A1) MATRICE DEGLI OBIETTIVI	74
4.1.2) I DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI PROGRAMMA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA.....	74
4.1.3) DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA E RELATIVE FONTI DI VERIFICA.....	75
A2) ANALISI SWOT	76
A3) OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI.....	76
A4) SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE	77
A4.1) CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE.....	77
A4.2) CORRELAZIONE CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....	78
A4.3) CORRELAZIONE CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI	79
A4.4) QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ADP	80
A4.5) QUADRO ECONOMICO DEGLI INTERVENTI CONTENUTI NELLA PROPOSTA DI ADP....	80
A4.6) ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'A D P PER TIPOLOGIE.....	81
A4.7) FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI.....	81
A4.8) FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE.....	82
A4.9) FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO.....	82
A4.10) ANALISI DELL'OFFERTA	83
A4.11) VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO.....	83
A4.12) ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI.....	84
A4.13) ANALISI DELL'OFFERTA DI TECNOLOGIE.....	85