



GIUNTA REGIONALE

Seduta del 28 SET. 2018 Deliberazione N. 742

L'anno il giorno del mese di 28 SET. 2018

negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal

Sig. Presidente Giovanni LOLLI

con l'intervento dei componenti:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. <u>BERARDINETTI LORENZO</u> ASSENTE | 7. <u>PEPE DINO</u> |
| 3. <u>N'IGNARIO GIORGIO</u> | 8. <u>SCLOCCO MARINELLA</u> ASSENTE |
| 4. <u>PAOLOCCI SILVIO</u> | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Svolge le funzioni di Segretario Daniela Valenza

OGGETTO

Delibera di Giunta Regionale n. 402/2018 avente ad oggetto:

Programma straordinario investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20, L.67/88.

"NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009. 3° STRALCIO - Aggiornamento".

RIAPPROVAZIONE DOCUMENTO PROGRAMMATICO E SCHEDE TECNICHE INTERVENTI.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

- la legge 67/88, art. 20 ha disciplinato il "Programma pluriennale di investimenti in materia di ristrutturazione edilizia, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti";

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad Acta n. 65/2012 del 28/10/2012 avente per oggetto "Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria della Regione Abruzzo - Art. 20 L. 67/88 - Attuazione disposizioni L. 77/09 - Approvazione dello schema di Accordo di Programma e autorizzazione alla relativa sottoscrizione" con il quale si è provveduto ad approvare la documentazione costituita dal "Documento Programmatico", dall' Allegato "A" - Interventi e dalle "Schede tecniche degli interventi";

DATO ATTO che, a seguito delle osservazioni formulate dal NIV nella seduta del 25 marzo 2013, il Commissario ad Acta con Decreto n. 23/2014 del 28/02/2014 ha provveduto a riapprovare il "Documento Programmatico" dello schema di Accordo di Programma proposto;

RIBADITO, come evidenziato con detti Decreti nella parte motivazionale, che:

- la Regione Abruzzo porta a compimento le disposizioni della citata L. 77/09, avviata come detto, con gli interventi di consolidamento e ripristino delle strutture danneggiate dal sisma (AdP2° stralcio rimodulato) attraverso "la sottoscrizione di un nuovo AdP finalizzato alla ricostruzione e alla riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali riducendo il rischio sismico";
- la quota delle risorse destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, rispetta quanto disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art 1, comma 188, della legge 311/2004;
- il patrimonio ospedaliero presenta un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti dalla normativa sismica vigente (D.M. 14-1-2008), né ai requisiti minimi (D.P.R. 14/01/1997; L.R. 32/2007) né alla normativa antincendio (D. P. R. 151/2011 - D.M. 3 agosto 2015);

CONFERMATO, pertanto, che gli interventi proposti sono i seguenti:

- Realizzazione dei nuovi ospedali, di Avezzano, Lanciano, Sulmona e Vasto, in sostituzione di quelli esistenti;
- Ristrutturazione del P.O. di Penne (PE);
- Realizzazione della centrale operativa 118 con Eliporto ed Hangar presso l'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila;

RICHIAMATA la nota prot. n. DGPROGS 0013699-P-03/05/2016 con cui il Ministero della Salute ha trasmesso il verbale redatto dal NIV (Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici), riunitosi in data 27.04.2016, con il quale ha espresso parere favorevole a quanto previsto nell'Accordo di Programma proposto dalla Regione Abruzzo per un importo a carico dello stato di € 228.522.549,02 con l'invito a definire la priorità degli interventi da realizzare e ad aggiornare le stime degli immobili da alienare;

RICHIAMATA, altresì, la nota prot. n. DGPROGS 0015133-P-16/05/2016 con cui il Ministero della Salute ha comunicato per l'anno 2016 una disponibilità finanziaria complessiva pari ad € 101.921.056,87 messa a disposizione della Regione Abruzzo per il finanziamento degli interventi ritenuti prioritari tra quelli inseriti nell'Accordo di programma proposto;

CONSIDERATO che, a seguito della disponibilità finanziaria comunicata dal Ministero della Salute con la richiamata nota, la Regione Abruzzo ha approvato con DGR n. 742 del 15/11/2016 la "PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009, **3°STRALCIO**", perfezionata alla luce del parere formulato dal NIV nella seduta del 27 aprile 2016 e che prevede interventi, unitamente alle relative coperture finanziarie, come da seguente tabella:

Interventi	Importo Complessivo (€)	Art. 20 95% Stato (€)	Art. 20 5% Regione (€)	Somma recuperabile da partner privato (€)	Contributo della Regione Emilia-Romagna alla ASLI (€)
Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	83.676.000,00	23.442.200,00	1.233.800,00	59.000.000,00	
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona	17.500.000,00	16.625.000,00	875.000,00		
Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente	6.330.000,00	4.018.500,00	211.500,00		2.100.000,00
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	80.006.000,00	22.518.156,87	1.185.166,15	56.302.676,98	
Nuova costruzione del P.O. di Vasto	83.676.000,00	23.442.200,00	1.233.800,00	59.000.000,00	
Ristrutturazione del P.O. di Penne	12.500.000,00	11.875.000,00	625.000,00		
TOTALE	283.688.000,00	101.921.056,87	5.364.266,15	174.302.676,98	2.100.000,00

SPECIFICATO che il contributo della Regione Emilia-Romagna di € 2.100.000,00 è stato destinato alla ASL1 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila a seguito di convenzione, in forza della deliberazione della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 1255/2010, approvata con deliberazione del DG della ASL1 n. 1349/2011;

RICHIAMATE le note:

- prot. n. RA/0124699 del 20.12.2016 con la quale il Servizio Innovazione Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale ha fornito precisazioni a quanto emerso dai colloqui intercorsi per le vie brevi con i referenti del Ministero della Salute con particolare riferimento alla copertura finanziaria dell'accordo di programma proposto;
- prot. n. RA/0036979 del 16.02.2017 con la quale il Servizio Innovazione Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale ha integrato, in seguito alla richiesta di chiarimenti del Ministero della Salute, quanto precedentemente fornito circa la fattibilità e la sostenibilità dell'utilizzo dei contributi nell'ambito di operazioni di P.P.P.;
- prot. n. RA/0046837 del 24.02.2017 con la quale il Servizio Innovazione Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale ha dato riscontro alle osservazioni sollevate dai tecnici del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici in sanità all'incontro avuto in data 22.02.2017 presso gli uffici del Ministero della Salute;

RICHIAMATA la nota prot. n. DGPROGS 0007715-P-09/03/2017 con cui il Ministero della Salute ha trasmesso il verbale redatto dal NIV (Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici), riunitosi in data 08.03.2017, con il quale ha espresso parere favorevole a quanto previsto nell'Accordo di Programma proposto dalla Regione Abruzzo riservandosi di esprimere un successivo parere tecnico sulla base della presentazione dei progetti di fattibilità tecnica - economica degli interventi;

VISTA, altresì, la nota prot. n. DGPROGS 0009156-P del 22/03/2017 con cui il Ministero della Salute ha comunicato una maggiore disponibilità finanziaria di € 42.048.149,02 aggiornando ad € 143.969.205,89 la somma messa a disposizione della Regione Abruzzo per il finanziamento degli interventi ritenuti prioritari tra quelli inseriti nell'Accordo di programma proposto;

DATO ATTO che relativamente all'intervento di Sulmona la costruzione del nuovo corpo di fabbrica da adibirsi a ospedale è in via di ultimazione essendo la costruzione dello stesso iniziata in somma urgenza in conseguenza dell'elevatissima vulnerabilità sismica (0% di adeguatezza all' NTC 2008) e del continuo ripetersi di eventi sismici dopo quello disastroso del 6/4/2009;

CONSIDERATO che, a seguito della disponibilità finanziaria complessiva comunicata dal Ministero della Salute con la richiamata nota, la Regione Abruzzo ha approvato con DGR n. 197 del 18/04/2017 la "NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009, 3°STRALCIO", perfezionata alla luce del parere formulato dal NIV nella seduta dell'08 marzo 2017 che prevede interventi, unitamente alle relative coperture finanziarie, come da seguente tabella:

Interventi	Importo Complessivo (€)	Art. 20 95% Stato (€)	Art. 20 5% Regione (€)	Somma recuperabile da partner privato (€)	Contributo della Regione Emilia-Romagna alla ASL1 (€)
Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	83.676.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00	48.500.000,00	
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona	30.000.000,00	28.500.000,00	1.500.000,00		
Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente	6.330.000,00	4.018.500,00	211.500,00		2.100.000,00
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	80.006.000,00	32.741.305,89	1.723.226,63	45.541.467,48	
Nuova costruzione del P.O. di Vasto	83.676.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00	48.500.000,00	

Ristrutturazione del P.O. di Penne	12.500.000,00	11.875.000,00	625.000,00		
TOTALE	296.188.000,00	143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00

DATO ATTO che la copertura finanziaria complessiva del Programma di investimenti è conseguita, attraverso le seguenti risorse:

Art. 20 95% Stato (€)	Art. 20 5% Regione (€)	Somma recuperabile da partner privato (€)	Contributo della Regione Emilia- Romagna alla ASLI (€)	Importo complessivo (€)
143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00	296.188.000,00

RICHIAMATA la nota prot. n. RA/0186403 del 12.07.2017 con la quale il Servizio Strutture e Tecnologie in ambito Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale, HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale ha dato puntuale riscontro alle questioni sollevate, da parte del Ministero della Salute, con comunicazione e-mail del 04.07.2017 e, ancora, in adempimento a quanto richiesto in occasione dell'incontro avuto in data 31 luglio 2017 presso il Ministero della Salute e riportato nel verbale inviato via email in data 03 agosto 2017 dal Nucleo di valutazione DGPROG, con nota prot. n. RA/0250869 del 29.09.2017, ha trasmesso specifica relazione esplicativa;

DATO ATTO che facendo seguito a quanto concordato in data 24 gennaio 2018 nell'incontro tenuto presso gli uffici del Ministero della Salute, il Servizio Strutture e Tecnologie in ambito Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale, HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale con nota prot. n. RA/0028272 del 31/01/2018 ha trasmesso la documentazione richiesta consistente in:

- progetto di fattibilità relativo ai singoli presidi ospedalieri;
- fascicolo contenente quadro programmatico, iter procedimentale della proposta di AdP, congruità dei costi unitari di realizzazione e compatibilità economica-finanziaria per gli interventi di costruzione dei nuovi ospedali di Avezzano, Lanciano e Vasto.

DATO ATTO, altresì, che con nota prot. n. RA/0031124 del 02/02/2018, a completamento della documentazione prodotta in data 31 gennaio 2018, è stata trasmessa nota dell'Assessore alla Programmazione Sanitaria, Dott. Silvio Paolucci, che evidenzia la possibilità per il bilancio regionale di porsi a garanzia delle rate di canone derivanti dalla costruzione dei nuovi ospedali per il periodo transitorio intercorrente tra il momento di pagamento della prima rata e l'andata a regime delle stesse che in ogni caso, fin dall'inizio, troveranno seppur parziale copertura con i minori costi di funzionamento;

ATTESO che per la costruzione dei nuovi ospedali di Avezzano, Lanciano e Vasto ricompresi nella nuova proposta di AdP 3° stralcio approvata con DGR 197/2017, la Regione Abruzzo indica il ricorso a procedure di partenariato pubblico privato (PPP) ricorrendo allo strumento della finanza di progetto (PF) così come declinato dal comma 1 dell'art. 183 del D.Lgs. 50/2016 (Codice dei Contratti Pubblici) e, vale a dire, affidando una "concessione ponendo a base di gara il progetto di fattibilità, mediante pubblicazione di un bando di gara finalizzato alla presentazione di offerte che contemplino l'utilizzo di risorse totalmente o parzialmente a carico dei soggetti proponenti";

CONSIDERATO che, con note prot. n. DGPROGS 12110-P del 19/04/2018 e prot. n. DGPROGS 0012985-P del 27/04/2018 il Ministero della Salute invita la Regione Abruzzo ad aggiornare ed integrare la documentazione trasmessa al fine di raggiungere quella completezza necessaria al perfezionamento dell'Accordo di Programma proposto;

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 402 del 12/06/2018 con la quale è stata approvata la "NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009, **3°STRALCIO - Aggiornamento**", aggiornata ed integrata, così come richiesto con note prot. n. DGPROGS 12110-P del 19/04/2018 e prot. n. DGPROGS 0012985-P del 27/04/2018 dal Ministero della Salute;

VISTO il SOTTOPARERE del 27 giugno 2018 (Rif. Prot. 74/2018) con cui l'ufficio VII della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha segnalato alcune correzioni e/o integrazioni da apportare alla delibera di Giunta Regionale n. 402/2018, al Documento Programmatico, alle Schede Tecniche Interventi ed agli elaborati progettuali;

RICHIAMATO il decreto del Commissario ad Acta n. 55/2016 del 10.06.2016 così come modificato dalla DGR 505/2016, che ha definito il Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018 e il decreto n. 79/2016 del 21.07.2016, con il quale è stato approvato il documento tecnico di "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" in seguito al recepimento del DM 70/2015;

TENUTO CONTO che, ai sensi del richiamato art. 4 comma 6 della legge 77/09, "alla Regione Abruzzo, con riferimento agli interventi in materia di edilizia sanitaria, di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, è riconosciuta priorità nell'utilizzo delle risorse disponibili nel bilancio statale ai fini della sottoscrizione di un nuovo Accordo di programma finalizzato alla ricostruzione ed alla riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali riducendo il rischio sismico";

RICHIAMATA la nota prot. n. 19300 del 17.09.2007, concernente gli Accordi di Programma sottoscritti ai sensi dell'art. 1, comma 180 della Legge n. 311/2004 sui Piani di rientro dai disavanzi, con la quale il Ministero della Salute, al 4° comma, ha disposto che "tutti gli schemi dei provvedimenti deliberativi di interventi attuativi del programma di investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/88 e degli accordi di programma già sottoscritti, debbano essere trasmessi alla scrivente Direzione Generale, attraverso il sistema di gestione documentale dei Piani di rientro, per la preventiva approvazione";

RILEVATO che l'atto riveste carattere di urgenza a causa dell'improrogabilità dell'obiettivo prioritario indicato dalla Legge 77/09 di eliminazione/riduzione del rischio sismico delle strutture sanitarie, in particolar modo dopo gli ultimi eventi sismici che hanno interessato la Regione Abruzzo, definite dal OPCM 3274/2003 "opere strategiche" e per garantire la realizzazione del programma di cui alla Legge 34/96 e pertanto non viene inviato per l'acquisizione del parere preventivo;

CONSIDERATO che la presente deliberazione afferisce all'attività ordinaria in quanto redatta per apportare le correzioni e/o integrazioni di cui al SOTTOPARERE del 27 giugno 2018 (Rif. Prot. 74/2018) espresso dall'ufficio VII della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;

DATO ATTO che l'atto in questione è validamente assunta, per le motivazioni sopra riportate, ai sensi dell'articolo 86, comma 3, del vigente Statuto, nel periodo di vacatio dell'Organo Consiliare a seguito dello scioglimento dello stesso, per effetto del decreto del Consiglio Regionale n. 24 del 16.08.2018;

RILEVATO che la presente deliberazione comporta oneri a carico del bilancio regionale per la quota del 5% pari ad € 7.577.326,63;

DATO ATTO che:

1. Il Dirigente regionale del Servizio "Strutture e Tecnologie in Ambito Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale, HTA", competente nelle materie trattate nel presente provvedimento, ha espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico amministrativa dello stesso, apponendovi la propria firma in calce;
2. Il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apponendo la sua firma sul presente provvedimento, sulla base del parere favorevole di cui al precedente punto 1, attesta che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;

CON VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa,
che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

- **di approvare** il nuovo Documento Programmatico e le Schede Tecniche Interventi, relativi alla "NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009, **3°STRALCIO - Aggiornamento**", che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, perfezionati alla luce del SOTTOPARERE del 27 giugno 2018 (Rif. Prot. 74/2018) espresso dall'ufficio VII della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, secondo la disponibilità finanziaria complessiva pari ad € 143.969.205,89 assegnata alla Regione Abruzzo per il finanziamento degli interventi ritenuti prioritari tra quelli inseriti nell'Accordo di programma proposto di cui:

Art. 20 95% Stato (€)	Art. 20 5% Regione (€)	Somma recuperabile da partner privato (€)	Contributo della Regione Emilia- Romagna alla ASL1 (€)	Importo complessivo (€)
143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00	296.188.000,00

- **di confermare** l'Allegato "A" - Interventi" allegato alla citata propria Deliberazione n. 402/2018 del 12/06/2018 avente ad oggetto "NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6 DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009, **3°STRALCIO - Aggiornamento**" e quant'altro non in contrasto con il presente provvedimento;

- **di specificare** che gli interventi proposti, oggetto del presente atto, sono elencati nel seguente prospetto unitamente alle relative coperture finanziarie:

Interventi	Importo Complessivo (€)	Art. 20 95% Stato (€)	Art. 20 5% Regione (€)	Somma recuperabile da partner privato (€)	Contributo della Regione Emilia- Romagna alla ASL1 (€)
Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	83.676.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00	48.500.000,00	
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona	30.000.000,00	28.500.000,00	1.500.000,00		
Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente	6.330.000,00	4.018.500,00	211.500,00		2.100.000,00
Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	80.006.000,00	32.741.305,89	1.723.226,63	45.541.467,48	
Nuova costruzione del P.O. di Vasto	83.676.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00	48.500.000,00	
Ristrutturazione del P.O. di Penne	12.500.000,00	11.875.000,00	625.000,00		
TOTALE	296.188.000,00	143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00

- **di precisare** che la Regione Abruzzo ha provveduto a garantire la copertura finanziaria, a carico del proprio bilancio, per l'importo di € 12.627.513,45 comprensivo della quota del 5% per la realizzazione degli interventi proposti nel presente Accordo di Programma (impegnata con DG2/94 del 13.11.2012 e DG2/16 del 03.04.2013 sul capitolo di previsione della spesa n. 82323);

- **di incaricare** il Servizio Strutture e Tecnologie in ambito Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale, HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale ad inoltrare, il presente provvedimento, al BURAT per la relativa pubblicazione ed a trasmetterlo ai competenti Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze, per la relativa validazione prevista nell'Accordo intervenuto con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di rientro dei disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

- **di demandare** al Servizio Strutture e Tecnologie in ambito Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale, HTA del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Giunta Regionale gli adempimenti successivi e conseguenti al presente provvedimento.

L.R. 14.9.1999, n. 77, art. 23

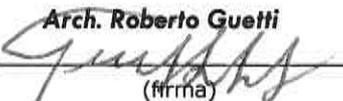
DIPARTIMENTO REGIONALE (Art. 14 L.R. 77/99): **PER LA SALUTE E IL WELFARE**

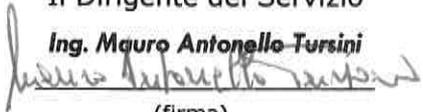
SERVIZIO / POSIZIONE DI STAFF: **STRUTTURE E TECNOLOGIE IN AMBITO SANITARIO,
SOCIO-SANITARIO E SOCIALE, HTA**

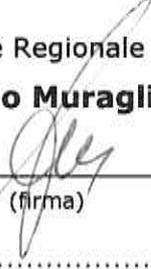
UFFICIO: **PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE INTERVENTI DI EDILIZIA
SOCIO-SANITARIA**

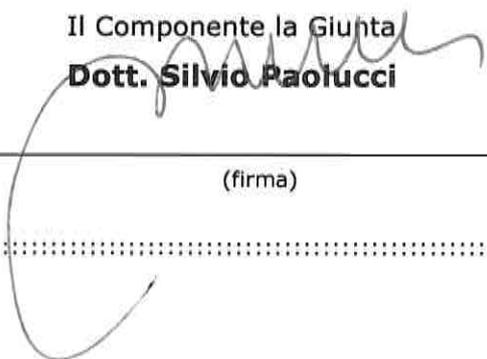
L' Estensore
Ing. Donato Coletti

(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio
Arch. Roberto Guetti

(firma)

Il Dirigente del Servizio
Ing. Mauro Antonello Tursini

(firma)

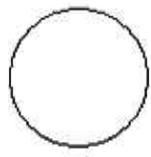
Il Direttore Regionale
Dott. Angelo Muraglia

(firma)

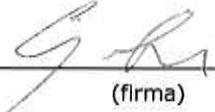
Il Componente la Giunta
Dott. Silvio Paolucci

(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta

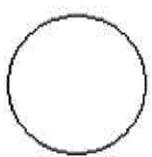
(firma)



Il Presidente della Giunta

(firma)

Copia conforme all'originale per uso amministrativo

L'Aquila, li _____



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta

(firma)

.....



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE ABRUZZO

Regione Abruzzo



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 ABRUZZO

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 67/88

*NUOVA PROPOSTA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE
DEGLI INVESTIMENTI SANITARI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 6
DELLA LEGGE N. 77 DEL 24 GIUGNO 2009. 3° STRALCIO. - *Aggiornamento**

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Indice

Glossario	5
RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	6
1 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	11
1.a La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono	11
1.a.1 Quadro epidemiologico	11
1.a.2 Quadro demografico	12
1.a.3 Quadro socio-economico	14
1.a.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso	15
1.a.5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra e extra-regionale)	19
1.a.6 Offerta <i>ante operam</i>	22
1.a.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale	30
1.b Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	30
1.b.1 Identificazione dei bisogni assistenziali	30
1.b.2 Descrizione della strategia	31
2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	33
2.a Obiettivi del programma	33
2.a.1 Analisi dei problemi e priorità	33
2.a.2 La catena degli obiettivi	33
2.a.3 Interventi progettuali	33
2.a.4 Offerta <i>post-operam</i>	35
2.b Coerenza interna della strategia	35
2.b.1 Relazione e complementarità delle priorità	35
2.b.2 Analisi dei rischi	35
3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	37
3.a Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale	37
3.a.1 Coerenza con le priorità della Programmazione 2014-2020	37
3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale	37
3.b Sostenibilità degli interventi	39
3.b.1 Analisi delle condizioni	39
3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria	39
3.b.3 Sostenibilità amministrativa e gestionale	50
3.b.4 Sostenibilità di risorse umane	50
3.b.5 Sostenibilità ambientale	59
3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche	59
4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	60
4.a Sistema di indicatori	60
4.a.1 Indicatori di contesto	60
4.a.2 Indicatori di programma	60



4.a.3	Indicatori di Efficacia ed Efficienza	61
4.a.4	Definizione del Sistema di Indicatori	62
4.a.5	Fonti di verifica	64
4.b	Impatti del programma	65
4.b.1	Accettabilità sociale del programma	65
4.b.2	Valore aggiunto del programma	65
4.b.3	Health Technology Assessment	65
5	SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	66
5.a	Presupposti e sistemi di gestione del Programma	66
5.a.1	Presupposti organizzativi e finanziari	66
5.a.2	Presupposti economici e sociali	66
5.a.3	Qualità ed intensità delle relazioni con il partenariato	66
5.b	Sistemi di monitoraggio del programma	67
5.b.1	Monitoraggio finanziario	68
5.b.2	Monitoraggio fisico	69
5.b.3	Monitoraggio procedurale	69
	APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO	70
5.c	Matrice del quadro logico (C1)	70
5.d	Analisi S.W.O.T (C2)	71
5.e	Obiettivi/Indicatori/Interventi (C3)	72
5.f	Sintesi delle informazione per autovalutazione (C4)	72



Glossario

Glossario

BENEFICIARIO FINALE	Enti pubblico o privato responsabile della committenza degli interventi finanziati con fondi pubblici (statali e/o regionali), come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 legge 67/88)
DESTINATARIO	Soggetti individuati come utenti effettivi finali dei beni e servizi sanitari che saranno resi disponibili dagli interventi realizzati
RESPONSABILE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA	Funzionario designato dalla Regione con il compito di coordinare e vigilare sull'attuazione dell'accordo attraverso il monitoraggio periodico; in questo ambito il soggetto responsabile analizza le situazioni di criticità emerse e promuove le azioni correttive
SOGGETTI INTERESSATI	Anche portatori di interesse o stakeholders. Sono tutti i soggetti direttamente interessati all'Accordo di programma quali: il Ministero della salute, il Ministero dell'Economia e Finanze, la Regione, la Provincia autonoma, l'Ente interessato. Soggetti indirettamente interessati sono gli enti locali, le imprese e loro associazioni, gli utenti e loro associazioni.
PROGRAMMA	Progetti di genere diverso in differenti settori economici che convergono per raggiungere i medesimi obiettivi specifici e generali
OBIETTIVO GENERALE	Obiettivi di rango più ampio di quelli specifici, aventi per scopo il raggiungimento di modifiche del quadro generale dell'offerta sanitaria e dello stato sanitario della popolazione di riferimento
OBIETTIVO SPECIFICO	Obiettivo da raggiungere attraverso l'attuazione dell'intervento e che avrà durata superiore al progetto stesso. Lo scopo ultimo è sempre quello di ottenere dei benefici sostenibili per il gruppo destinatario dell'intervento progettuale
INTERVENTO	L'azione puntuale che deve essere intrapresa per conseguire un obiettivo operativo. Definito anche come operazione e/o progetto.
PROGETTO	Azione puntuale e/o insieme di attività integrate mirate a raggiungere obiettivi predeterminati in un dato lasso di tempo (da t_0 a t_1), secondo un preciso piano d'azione
INDICATORE	Descrizione operativa degli obiettivi generali, degli obiettivi specifici del progetto e dei risultati, in termini di quantità e di qualità, con l'indicazione del tempo e dello spazio
FONTI DI VERIFICA	Indicano dove e in quale forma sono reperibili le informazioni sul raggiungimento degli obiettivi specifici e dei risultati dell'intervento
QUADRO LOGICO	Strumento che ordina all'interno di una matrice obiettivi, indicatori, fonti di verifica e condizioni di un intervento o di un programma. Gli obiettivi sono elencati in base al loro livello gerarchico
S.W.O.T.	Strumento propedeutico alla programmazione. Evidenzia in modo sintetico punti di forza e di debolezza, opportunità e rischi di un progetto/programma

RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

Identificazione dell'accordo

Con l'approvazione del programma di investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un Accordo di Programma (anno 2008) integrativo tra lo Stato e Regione, è stato previsto un programma che prevede di:

- portare a compimento le disposizioni della citata L. 77/09 riguardante gli interventi di consolidamento e ripristino delle strutture danneggiate dal sisma;
- razionalizzare la rete ospedaliera nel rispetto della programmazione regionale;
- innovare il parco strutturale ospedaliero che presenta attualmente un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti dalla normativa vigente;
- potenziare ed ammodernare il parco tecnologico come disposto dall'art. 10 dell'intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, c. 188, della L. 311/2004 destinando a detta finalità la quota pari al 27,35% delle risorse previste.

All'interno di tale contesto, si inserisce il presente Accordo, che ha per oggetto la realizzazione di quattro nuovi PO di Avezzano, Lanciano, Vasto e Sulmona, la realizzazione di una centrale operativa del 118 e la ristrutturazione del PO di Penne.

Al fine di poter rappresentare l'intero quadro strategico delle azioni individuate per il perseguimento degli obiettivi di modifica dell'offerta sanitaria esplicitati nell'Accordo, nella trattazione si farà riferimento, e saranno descritti, interventi non contenuti nel presente accordo, da realizzarsi oppure in corso di realizzazione.

Quadro finanziario

Tabella 1: Quadro finanziario riassuntivo

Art.20 95% Stato	Art.20 5% Regione	Somma recuperabile da partner privato	Altri finanziamenti	Importo complessivo
143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00	296.188.000,00

Fonte: Elaborazioni Interne

Tabella 2: Quadro finanziario dettagliato per interventi

N.	ASL	Tipologia di intervento	Localizzazione	Titolo e finalità del progetto	Importo Complessivo intervento (€ 367.000/PL)	Copertura Finanziaria			
						Art. 20 L.67/88		Altri finanziamenti ASL	Somma recuperabile da partner privato
						95% Stato	5% Regione		
1	Avezzano/Sulmona/L'Aquila	Presidio ospedaliero	Avezzano	Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	83.878.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00		48.500.000,00
2	Avezzano/Sulmona/L'Aquila	Presidio ospedaliero	Sulmona	Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona	30.000.000,00	28.500.000,00	1.500.000,00		
3	Avezzano/Sulmona/L'Aquila	Presidio ospedaliero	L'Aquila	Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente	6.330.000,00	4.018.500,00	211.500,00	2.100.000,00	
4	Lanciano/Vasto/Chieti	Presidio ospedaliero	Lanciano	Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	80.008.000,00	32.741.305,89	1.723.226,63		45.541.467,48
5	Lanciano/Vasto/Chieti	Presidio ospedaliero	Vasto	Nuova costruzione del P.O. di Vasto	83.878.000,00	33.417.200,00	1.758.800,00		48.500.000,00
6	Pescara	Presidio ospedaliero	Penne	Ristrutturazione del P.O. di Penne	12.500.000,00	11.875.000,00	625.000,00		
Totale					296.188.000,00	143.969.205,89	7.577.326,63	2.100.000,00	142.541.467,48

Fonte: Elaborazioni Interne

Sintesi del raccordo con il passato

Ai sensi dell'art. 5 bis, D.Lgs. 502/1992, come introdotto dall'art. 5, comma 2, D.Lgs. 229/99 sono stati stipulati tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo i seguenti Accordi di Programma:

- **AdP stralcio 2004:** sottoscritto in data 14/10/2004 concernente il "potenziamento delle dotazioni tecnologiche di alcune strutture ospedaliere e territoriali, nonché la realizzazione di interventi prioritari in materia di ristrutturazione per la messa a norma e il completamento di alcuni presidi",

con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di 32 interventi prioritari a stralcio dell'intero programma deliberato dal Consiglio regionale con il citato provvedimento n. 69/6 del 26.06.04, il cui importo è pari a € 35.244.307,88, di cui a carico dello Stato € 30.280.964,94;

- **AdP integrativo dello stralcio 2004:** sottoscritto in data 31/07/2007 concernente la "realizzazione di alcuni interventi per la riqualificazione dei settori nevralgici - cardiologia e cardiocirurgia e i settori dell'emergenza - urgenza - dei presidi ospedalieri maggiori ed il potenziamento dei servizi sanitari territoriali presso i distretti e poliambulatori", con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di n. 13 interventi il cui importo è pari a € 27.440.341,61, di cui a carico dello Stato 23.461.492,08;
- **AdP 2° stralcio:** sottoscritto in data 15/05/2008 concernente la "riqualificazione e il potenziamento tecnologico dei servizi sanitari regionali attraverso interventi sui presidi di riferimento aziendale nonché sui distretti sanitari, RSA e strutture territoriali nelle diverse province", con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di n. 17 interventi il cui importo è pari a € 90.768.876,56, di cui a carico dello Stato € 67.503.411,04.

Le attività intraprese per portare all'ammissione a finanziamento gli interventi inclusi nell'AdP 2° stralcio hanno subito un netto arresto causato dal doloroso evento del terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito l'Abruzzo. Per lo stesso motivo, due degli interventi inclusi nell'AdP integrativo dello stralcio 2004, afferenti il P.O. di L'Aquila (interventi n. 6 e n. 7), non sono stati ammessi a finanziamento da parte del Ministero della Salute in quanto non sono più proponibili alla luce delle recenti condizioni strutturali del P.O. medesimo.

Pertanto, a seguito dell'evento terremoto, è stato individuato l'obiettivo strategico "Ripristinare il funzionamento del P.O. San Salvatore all'Aquila", per fronteggiare il danneggiamento, anche grave, di diversi fabbricati colpiti dal sisma ai sensi della L. 77/09, art 4, comma 6, sulla base della quale è stato possibile giungere alla sottoscrizione di un nuovo AdP finalizzato alla ricostruzione e alla riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali riducendo il rischio sismico nell'ambito degli interventi già programmati dalla Regione Abruzzo nell'AdP 2° stralcio.

Con la delibera del Commissario ad Acta n. 48 del 09.08.2010 è stata approvata la rimodulazione in 13 interventi per un totale complessivo di € 82.590.396,65, di cui a carico dello Stato € 70.473.185,49 derivanti da:

- AdP 2° stralcio per un importo a carico dello Stato di € 67.503.411,04;
- Programmazione delle economie determinatesi nell'ambito della delibera CIPE 53/1998 concernenti "Completamento e Sicurezza" per un importo a carico dello Stato di € 1.169.490,82;
- Interventi afferenti l'AdP Integrativo dello stralcio 2004 n.6 e n.7 per un totale a carico dello Stato di € 1.800.283,63 (Tabella 6).

Tabella 3: Scheda riassuntiva AdP precedenti

Linee di finanziamenti	Ammessi a finanziamento (Quota a carico dello Stato)	Utilizzati	Residui	% di utilizzo delle risorse
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP Stralcio 2004 (14/10/2004)	28.735.466,94	25.608.494,11	3.126.972,83	89,12%
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP Integrativo dello stralcio 2004 (26/07/2007)	21.661.208,45	18.367.060,68	3.294.147,77	84,79%
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP 2° Stralcio Rimodulato (09/08/2010)	70.473.185,49	22.757.851,83	47.715.533,66	32,29%
Totale	120.869.860,88	66.733.206,42	54.136.654,46	55,21%

Fonte: Elaborazioni Interne

Tabella 4: Scheda riassuntiva AdP stralcio 2004 degli interventi ammessi a finanziamento

N	ASL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Altro Cofinanziamento ASL	Ammissione al finanziamento	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL			
				95% Stato	5% Regione				
2	Avezzano/Sulmona	Messa a norma quartiere operatorio	2.848.776,26	2.435.703,70	128.194,93	284.877,63		24/05/2006	100,00%
3	Avezzano/Sulmona	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi nonché adeguamento ai requisiti del DPR 14.1.1997 n.37 del blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Sulmona	2.326.476,08	1.989.137,05	104.691,42	232.647,61		19/03/2007	0,00%
4	Chieti	Completamento DSB con annesso poliambulatorio	450.700,97	385.349,33	20.281,54	45.070,10		07/06/2006	92,58%
5	Chieti	Completamento DBS Miglianico	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	92,40%
6	Chieti	Completamento DBS Tolo	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		07/08/2006	100,00%
7	Chieti	Completamento DBS Cirognola	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	100,00%
8	Chieti	Completamento DBS Ortona	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	31,82%
9	Chieti	Potenziamento di funzioni e servizi	498.447,00	400.522,19	21.080,12	46.844,70		24/05/2006	100,00%
10	Chieti	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Ortona e Guardiagrele	2.456.500,00	2.100.307,50	110.542,50	245.650,00		24/05/2006	100,00%
11	Chieti	Ristrutturazione, Adeguamento e messa a norma	1.381.522,20	1.181.201,48	82.168,50	138.152,22		24/05/2006	97,92%
12	Lanciano/Vasto	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi della rete territoriale delle strutture della AUSL di Lanciano/Vasto (DD. SS.BB. Di Castiglione M.M., Torricella Peligna, S. Salvo e Gissi)	286.080,02	244.598,42	12.873,80	28.608,00		24/05/2006	34,40%
13	Lanciano/Vasto	Completamento DSB	1.809.330,55	1.546.977,62	81.419,87	180.933,06		24/05/2006	100,00%
14	Lanciano/Vasto	Sistemazione Locali adibiti a servizi	121.240,00	103.860,20	5.455,80	12.124,00		24/05/2006	100,00%
15	Lanciano/Vasto	Adeguamento a norme antincendio	338.293,47	289.240,91	15.223,21	33.829,35		24/05/2006	100,00%
16	Lanciano/Vasto	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Lanciano, Alassa, Casoli e Gissi	2.548.864,84	2.179.279,44	114.698,92	254.886,48		24/05/2006	100,00%
17	L'Aquila	Completamento DSB	518.458,90	441.570,85	23.240,56	51.845,89		23/11/2005	57,17%
18	L'Aquila	Sistemazione Locali adibiti a servizi	1.032.913,80	883.141,30	46.481,12	103.291,38		24/05/2006	89,75%
20	L'Aquila	Realizzazione Elipporto per Servizio del 118 e Sistemazione Accessi Stradali in Sicurezza	929.622,42	794.827,17	41.833,01	82.962,24		23/11/2005	96,10%
21	Pescara	Adeguamento antincendio	361.519,62	309.099,45	16.268,39	36.151,96		09/03/2006	100,00%
22	Pescara	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Penne e Popoli	1.221.712,65	1.044.584,31	54.977,07	122.171,27		11/04/2006	100,00%
23	Pescara	Ristrutturazione reparto di Neonatologia	1.057.538,63	840.277,44	33.898,81	74.888,25	308.676,13	31/10/2006	48,27%
24	Pescara	Ristrutturazione Materno-Infantile	3.346.640,71	2.861.377,81	150.698,83	334.664,07		24/05/2006	96,55%
25	Pescara	Dotazione Apparecchiature e Arredi Polo Sanitario di Picciano	258.228,44	220.785,32	11.820,28	25.822,84		19/03/2007	62,36%
26	Pescara	Polo Sanitario Adeguamento	1.032.913,79	883.141,29	46.481,12	103.291,38		09/03/2006	100,00%
27	Teramo	Completamento 2 RSA di Casalena	598.102,59	485.727,71	25.584,82	56.810,28		18/02/2006	100,00%
28	Teramo	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Teramo e Avei	3.169.074,78	2.709.558,94	142.608,37	316.907,46		24/03/2006	100,00%
29	Teramo	Ristrutturazione, Adeguamento e messa a norma	2.552.741,39	2.182.693,89	114.873,36	255.274,14		18/02/2006	100,00%
30	Teramo	Interventi di messa a norma vecchio P.O. di Giulianova	493.706,97	422.119,46	22.216,81	49.370,70		20/12/2005	100,00%
31	Regione Abruzzo	Realizzazione di una nuova rete di radiocollegamenti	1.290.000,00	1.225.500,00	64.500,00			06/09/2005	100,00%
32	Regione Abruzzo	Acquisto di attrezzature informatiche	258.228,45	245.317,03	12.911,42			08/09/2005	100,00%
		Totale	33.746.384,01	28.735.466,94	1.512.392,99	3.188.847,94	308.676,13		89,12%

Fonte: Elaborazioni Interne

Tabella 5: Scheda riassuntiva AdP stralcio integrativo 2004 degli interventi ammessi a finanziamento

N	ASL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Ammissione al finanziamento	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL		
				95% Stato	5% Regione			
1	Avezzano/Sulmona	Adeguamento e messa a norma dell'ex Centro Polio da adibire a Centro Ambulatoriale di Riabilitazione	258.228,45	220.785,32	11.620,28	25.822,85	19/02/2009	93,94%
2	Avezzano/Sulmona	Completamento arredi ed attrezzature per nuovo Blocco Operatorio	1.291.228,80	1.104.000,62	58.105,30	129.122,88	13/01/2009	100,00%
3	Avezzano/Sulmona	Ristrutturazione Pronto Soccorso ed Attivazione posti letto tecnici	1.316.456,90	1.125.570,65	59.240,56	131.645,69	19/02/2009	98,74%
4	Chieti	Completamento Dipartimento di cardiologia e cardiocirurgia	12.136.737,13	10.376.910,25	546.153,17	1.213.673,71	18/06/2008	100,00%
5	Lanciano/Vasto	Ristrutturazione ed Ampliamento del Servizio di Pronto Soccorso	1.328.284,00	1.135.682,82	59.772,78	132.828,40	22/10/2008	92,50%
8	Pescara	Completamento DSB di Scarfa	258.228,44	220.785,32	11.620,28	25.822,84	22/10/2008	61,62%
9	Pescara	Realizzazione DSB con annesso Poliambulatorio	1.252.407,98	1.070.808,82	56.358,36	125.240,80	20/04/2009	100,00%
10	Pescara	Ristrutturazione Reparti di Rianimazione e Anestesia	3.000.000,00	2.585.000,00	135.000,00	300.000,00	22/10/2008	94,48%
11	Pescara	Nuovo Pronto Soccorso	2.840.512,94	2.428.638,56	127.823,08	284.051,29	22/10/2008	0,00%
12	Teramo	Realizzazione di un D.H. e Poliambulatorio	723.039,66	618.198,91	32.536,78	72.303,97	28/07/2008	100,00%
13	Teramo	Potenziamento della dotazione tecnologica e degli arredi della rete territoriale delle strutture della AUSL di Teramo (RSA di Castilenti e Centro di riabilitazione di Colonnella)	929.622,42	794.827,17	41.833,01	92.962,24	20/04/2009	49,12%
		Totale	25.334.746,72	21.661.208,44	1.140.063,60	2.533.474,67		84,79%

Fonte Elaborazioni interne

Tabella 6: Scheda riassuntiva rimodulazione afferente all'AdP 2° stralcio, agli interventi n.6 e n.7 dell'AdP integrativo dello stralcio 2004 ed economie delibera CIPE 53/1998

N	ABL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Altro Cofinanziamento ASL	Ammissioni e ai finanziamenti	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL			
				95% Stato	5% Regione				
1	L'Aquila	Lavori urgentissimi per il ripristino strutturale e funzionale dell'Ospedale Civile "San Salvatore" di L'Aquila	12.197.703,28	10.429.036,30	548.896,65	1.219.770,33		27/01/2011	100,00%
2_1	L'Aquila	Realizzazione del nuovo reparto di Anatomia Patologica ed altri servizi sanitari presso l'Edificio 10 del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" di L'Aquila	3.900.000,00	3.334.500,00	175.500,00	390.000,00		07/09/2011	65,70%
2_2	L'Aquila	Interventi di ripristino, riparazione, riorganizzazione funzionale e adeguamento antincendio dell'Edificio Delta 8 del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" di L'Aquila	6.200.000,00	5.301.000,00	279.000,00	620.000,00		07/09/2011	40,97%
2_3	L'Aquila	Interventi di riparazione e ripristino di alcuni edifici del Presidio Ospedaliero del "San Salvatore" di L'Aquila	12.755.000,00	10.905.525,00	573.975,00	1.275.500,00			0,00%
3	Teramo	Adeguamento a norma, messa in sicurezza e potenziamento del P.O. "Mazzini" di Teramo	19.584.876,43	16.862.018,43	887.474,65	1.835.383,35		04/04/2011	30,89%
4	Pescara	Ristrutturazione del P.O. "Spirito Santo" di Pescara	14.772.659,26	12.630.623,67	664.769,67	1.477.265,93			0,00%
5	Chieti	Ristrutturazione e acquisto arredi ed attrezzature R.S.A. di Ortona e D.S.B. di Guardiagrele (CH)	526.931,35	450.526,30	23.711,91	52.693,14			0,00%
6	Teramo	Completamento RSA in località Casalena di Teramo	1.554.535,27	1.329.127,66	89.954,09	155.453,53		04/04/2011	23,46%
7	Pescara	Potenziamento del DSB - POL di Montesilvano	619.748,28	529.884,78	27.888,67	61.974,83			88,80%
8	L'Aquila	Ristrutturazione dei locali ex ONPI per la realizzazione di una R.S.A. a L'Aquila	2.110.000,00	1.545.497,27	81.341,96	180.759,92	302.400,85	11/11/2011	100,00%
9	Teramo	Adeguamento a norma e messa in sicurezza e potenziamento del P.O. "S. Liberatore" di Atri	2.668.942,78	2.281.946,08	120.102,43	266.894,28		04/04/2011	0,00%
10	Lanciano/Vasto	Adeguamento a norma e messa in sicurezza e potenziamento del P.O. "Renzetti" di Lanciano	2.700.000,00	2.308.500,00	121.500,00	270.000,00		23/01/2013	65,01%
11	Avezzano/Sulmona	Adeguamento a norma e messa in sicurezza del P.O. "S. S. Filippo e Nicola" di Avezzano	3.000.000,00	2.565.000,00	139.000,00	300.000,00		07/09/2011	29,59%
		Totale	82.890.396,66	70.473.186,49	3.709.116,03	8.105.695,31	302.400,85		32,29%

Fonte: Elaborazioni interne

Definizione degli obiettivi dell'AdP

Si riportano nel seguito gli obiettivi generali e specifici del programma le cui caratteristiche verranno meglio dettagliate nel Capitolo 2.

Obiettivi generali

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

G2. Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate

Obiettivi specifici

S1. Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

Sintesi della coerenza interna

Si sottolinea che la coerenza con la programmazione sanitaria è presente nel presente documento ogni qualvolta si faccia riferimento agli obiettivi operativi, ripresi e ribaditi da molteplici documenti regionali figli della programmazione regionale e nei documenti attuativi regionali:

- Potenziamento della rete di emergenza;
- Messa a norma e in sicurezza dei nodi ospedalieri della rete;
- Potenziamento tecnologico e potenziamento della diagnostica;
- Potenziamento dell'assistenza socio sanitaria agli anziani;
- Riduzione del rischio sismico (attuazione delle disposizioni della legge 77/09 e successive NCT 2018 approvate con DM 17/01/2018 ed entrate in vigore al 22/03/2018);
- Adeguamento alla normativa antincendio.

Sintesi della coerenza esterna

Si sottolinea che la coerenza con la programmazione sanitaria con gli altri settori regionali si rileva prevalentemente nelle politiche di sinergia tra ricerca e impresa locale e nella valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche a loro supporto.

Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale

Le principali fonti normative di interesse ai fini dell'AdP sono:

- Programma Operativo 2010;
- Programma Operativo 2011-2012;
- D.Lgs. 95/12 - convertito in L.135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending review*);
- DM 70/2015 che ha previsto i nuovi obiettivi di programmazione della rete ospedaliera;
- DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" in seguito al recepimento del DM 70/2015;
- DCA 55/2016 - Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese 2016-2018 e successiva DGR n.576 del 22/09/2016.

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

1.a La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

1.a.1 Quadro epidemiologico

Si stima che ad oggi in Regione Abruzzo il 21% della popolazione ha più di 65 anni e tale incidenza tenderà ad aumentare fino al 35% nel 2050. Circa il 31% della popolazione italiana è affetta da patologie croniche. In termini assoluti questo si traduce in un numero di pazienti cronici pari a circa 18,6 milioni in tutta Italia e 420 mila nella sola Regione Abruzzo, di questi il 77% ha più di 65 anni.

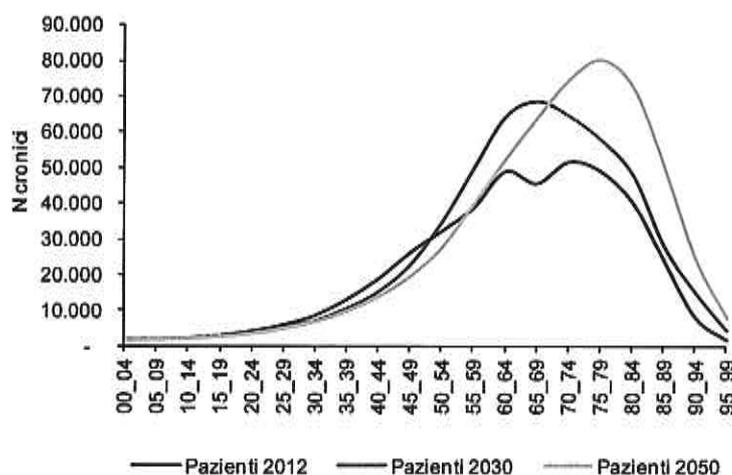
Tra i pazienti cronici circa il 63% soffre di patologie cardiocircolatorie, il 27,4% di patologie endocrine e metaboliche, il 27,4% di gastroenteropatie, il 15,7% di diabete, il 12,8% di neoplasie, il 10,3% di broncopneumopatie, l'8,9% di neuropatie (le cosiddette "non communicable disease").

Al fine di progettare e dimensionare in modo corretto la rete di assistenza sia ospedaliera che territoriale è indispensabile tenere conto dell'evoluzione demografica di Regione Abruzzo nei prossimi decenni.

Ipotizzando che l'aspettativa di "vita in salute" resti in linea con la stima attuale e considerando il grande *boom* di nascite avvenuto tra il 1945 ed il 1964 (il cosiddetto "*baby boom*") - che rappresentano gli anziani di oggi e di domani - si assisterà ad un progressivo aumento della popolazione anziana a cui sarà associato un aumento del numero di pazienti con patologie croniche. Tale evidenza è maggiormente rilevante se si considera che diminuirà progressivamente il rapporto fra il numero di persone in età lavorativa (persone attive, da 15 a 64 anni), che possono effettivamente "prenderci cura" dell'anziano, e il numero di persone anziane (over 65), passando dall'attuale 3,1 ad 1,5 nel 2050.

Facendo riferimento ai dati demografici elaborati dall'ISTAT e alle relative proiezioni della distribuzione della popolazione abruzzese per classi d'età, da oggi al 2050, è possibile stimare l'evoluzione nel tempo del numero di persone affette da patologie croniche. Ipotizzando che la probabilità di ammalarsi ad una data età resti costante nel tempo, ovvero trascurando gli effetti legati alla variazione dell'esposizione ai fattori di rischio e alla prevenzione, ed assumendo che le previsioni ISTAT sull'evoluzione demografica siano affidabili, la distribuzione di pazienti cronici per età e la loro crescita è mostrata nel grafico seguente. Si stima che, in Regione Abruzzo, si passerà da 429.208 pazienti cronici nel 2012 a 564.803 nel 2050, con un aumento del 32%.

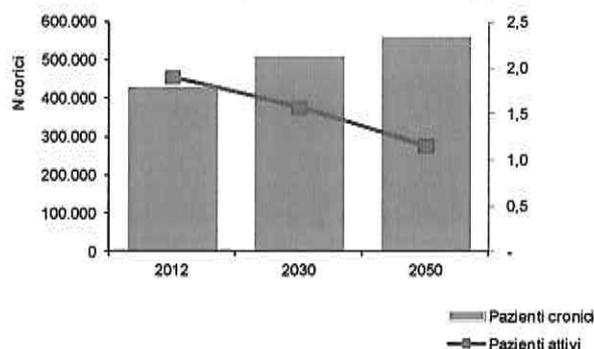
Figura 1: Distribuzione dei pazienti cronici per classi d'età dal 2012 al 2050



Fonte: Elaborazioni interne

Il grafico che segue mostra nel periodo temporale 2012-2050 il rapporto tra il numero di pazienti cronici e la popolazione attiva che potenzialmente potrebbe prestar loro assistenza. Mentre nel 2012, per ogni persona con cronicità esistono 2,1 persone attive, nel 2050 questo rapporto si approssima all'unità (1,3 persone attive per ogni malato cronico).

Figura 2: Numero di pazienti cronici e rapporto con la popolazione attiva nel tempo (2012-2050)

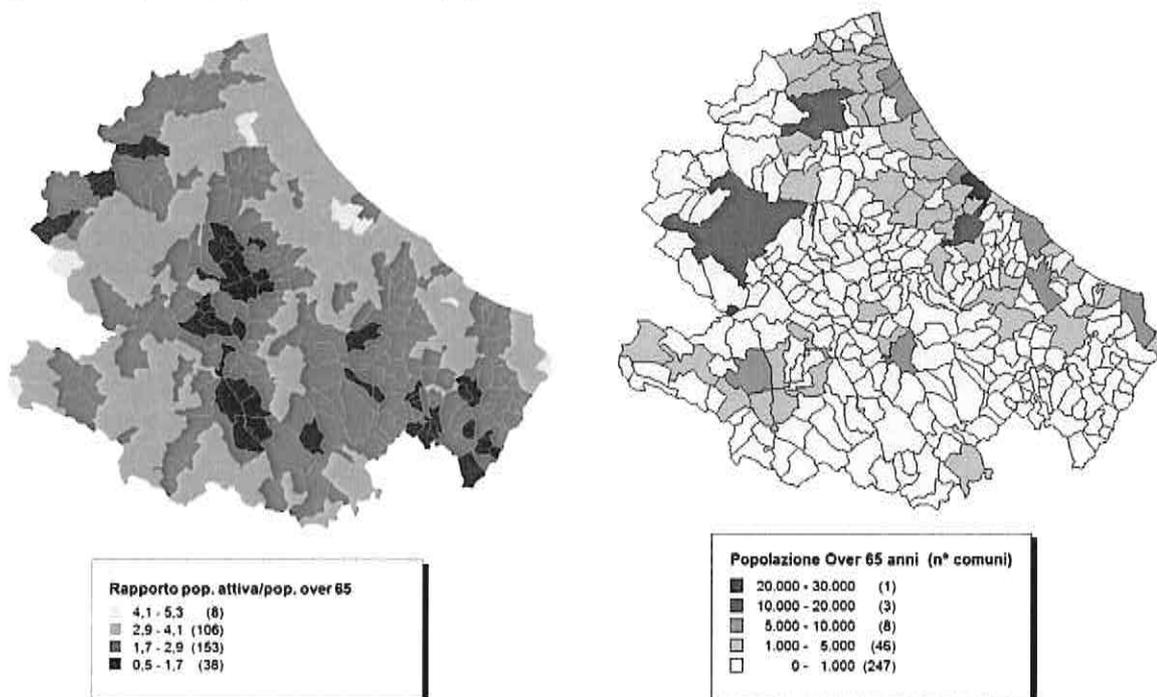


Fonte: Elaborazioni interne

In sintesi l'aumento delle patologie croniche unito alla diminuzione della popolazione "attiva" che è in grado di prendersi cura del paziente cronico porterà ad una crescente necessità di adeguare la rete di assistenza regionale, sia ospedaliera che territoriale.

Le due cartine sottostanti mostrano per comune abruzzese rispettivamente il rapporto tra la popolazione attiva e la popolazione over 65 e il numero di popolazione over 65. Si evidenzia che nelle zone costiere ed urbanizzate si registrano la più alta densità di anziani in termini assoluti e un rapporto tra popolazione attiva e over 65 tra il 3,5 e 5,3, al contrario delle zone rurali e montane.

Figura 3: Rapporto popolazione attiva/popolazione over 65 e densità di anziani



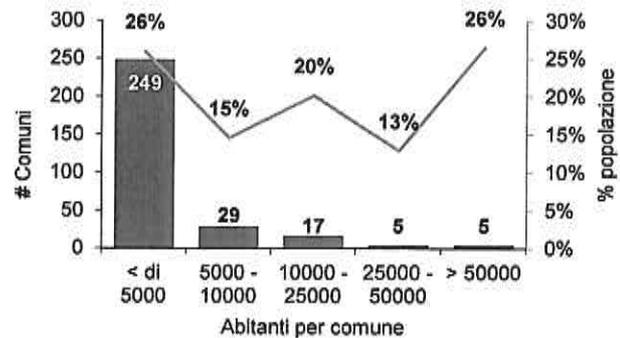
Fonte: Elaborazioni interne

1.a.2 Quadro demografico

Gli abitanti di Regione Abruzzo sono 1.322.247. La densità di popolazione in Abruzzo è bassa: 122 ab/kmq contro, ad es., Cinisello Balsamo (MI) che ha una densità di popolazione pari a 5.900 ab/kmq. L'area più densamente popolata è quella della provincia di Pescara, mentre l'area di L'Aquila con 60 ab/kmq è quella a densità minore. Il 26% della popolazione è concentrata nelle 5 città che hanno più di 50.000 abitanti. 249 comuni hanno meno di 5.000 abitanti.

Figura 4: Popolazione di Regione Abruzzo 2017 e distribuzione per provincia

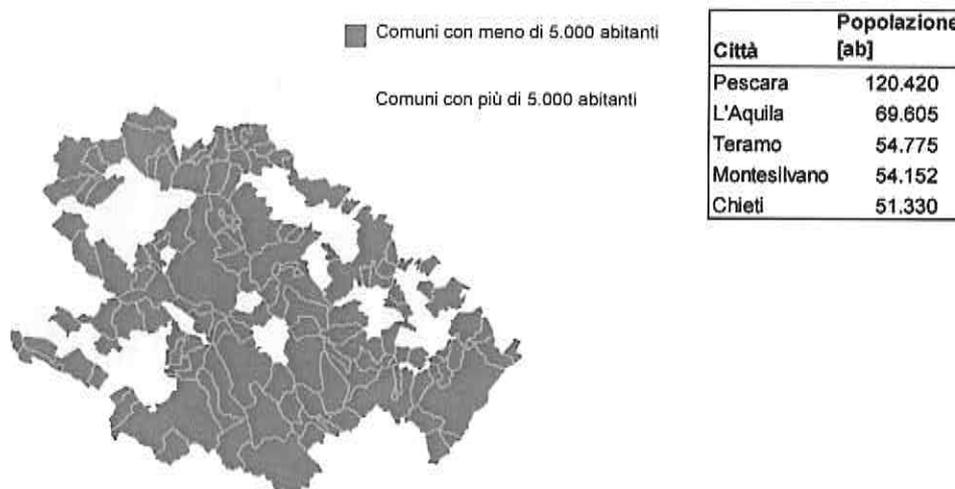
Provincia	Superficie [kmq]	Popolazione [ab]	Densità [ab/kmq]
Pescara	1.230	321.309	261
L'Aquila	5.047	301.910	60
Teramo	1.954	309.859	159
Chieti	2.600	389.169	150
Abruzzo	10.832	1.322.247	122



Fonte: Dati Comuniverso 2017

Gli unici Comuni con una popolazione superiore ai 50.000 abitanti sono Pescara (città più popolosa con 120.420 abitanti), L'Aquila (69.605), Teramo (54.775), Montesilvano (54.152) e Chieti (51.330).

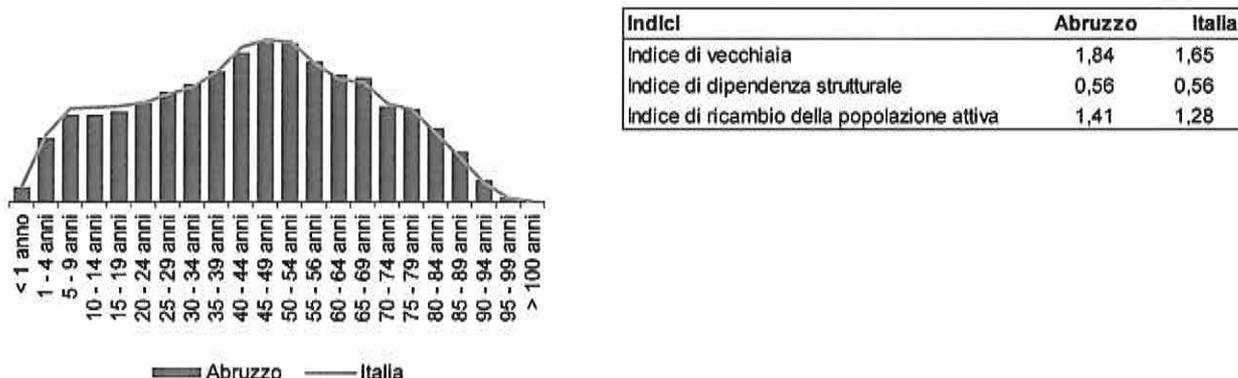
Figura 5: Distribuzione della popolazione nei comuni di Regione Abruzzo, popolazione nelle 5 maggiori città 2017



Fonte: Dati Comuniverso 2017

La popolazione abruzzese è in media più vecchia della media italiana, infatti presenta un indice di vecchiaia pari a 1,84 a fronte di un valore nazionale di 1,65. Un indice di vecchiaia di 1,84 implica che ogni 100 persone anziane ce ne siano 184 over 65. Il rapporto tra la popolazione attiva, cioè in età da lavoro, e quella non attiva è in linea con il valore nazionale pari a 0,56, mentre il ricambio della popolazione è più lento, infatti ogni 100 persone che si avvicinano all'età da lavoro ce ne sono 141 che si avviano alla pensione.

Figura 6: Distribuzione della popolazione per classe di età e indici caratterizzanti la popolazione

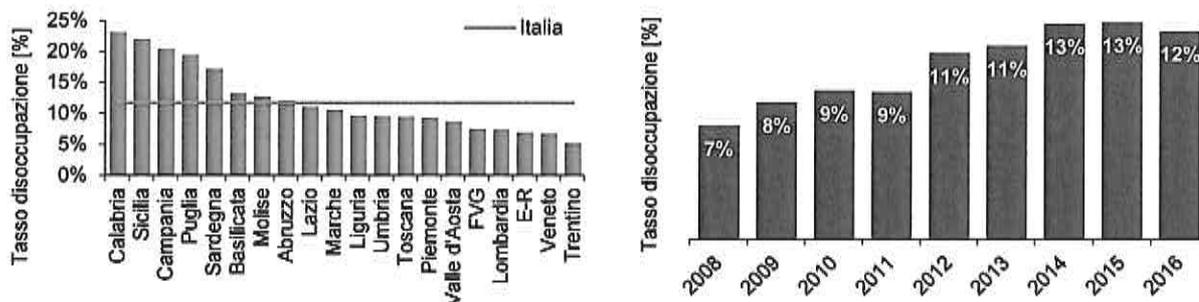


Nota: L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione over 65 e quello under 14
 L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non da lavoro (under 14 e over 65) rispetto alla popolazione in età da lavoro
 L'indice di ricambio della popolazione attiva è il rapporto tra la popolazione che si avvicina alla pensione (60-64 anni) e quella che si avvicina all'età lavorativa (15-19 anni)
 Dati: ISTAT 2016

1.a.3 Quadro socio-economico

Nel 2016 il tasso di disoccupazione di Regione Abruzzo era del 12%, un punto percentuale più basso dei due anni precedenti, ma superiore ai valori registrati dal 2008 al 2013. Il dato abruzzese è totalmente in linea con la media nazionale che riporta un tasso pari al 12%, l'Abruzzo è l'ottava regione per disoccupazione.

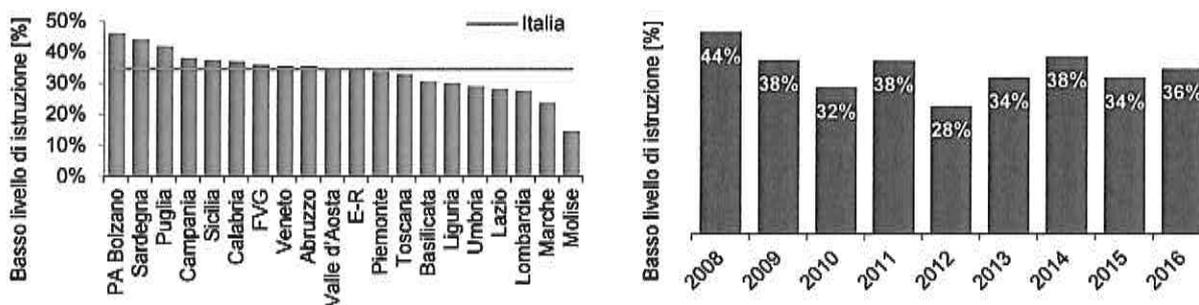
Figura 7: Tasso di disoccupazione 2016 Regioni e Regione Abruzzo '08 - '16



Fonte: HFA Ultimo anno disponibile

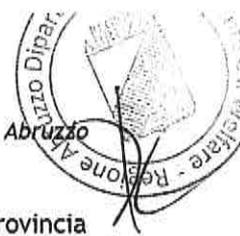
Per quanto riguarda l'istruzione, il 35% della popolazione italiana tra i 24 e i 65 presenta un livello di istruzione che si ferma alla licenza media (basso livello di istruzione), l'Abruzzo supera leggermente il valore nazionale raggiungendo il 36%. Il valore del 2016 è in crescita rispetto agli anni precedenti.

Figura 8: Basso livello di istruzione 2016 Regioni Italiane e Regione Abruzzo '08 - '16



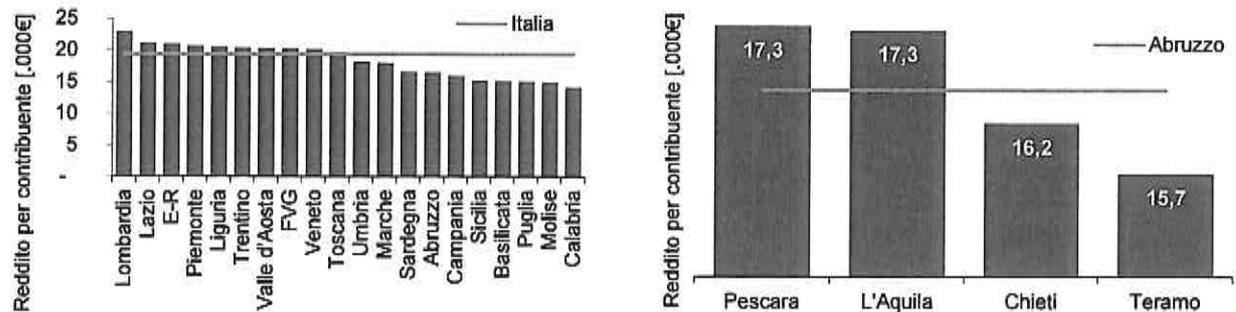
Fonte: Dati HFA Ultimo anno disponibile

Il reddito medio per contribuente degli abitanti della Regione Abruzzo è di circa 16.000€, sotto la media nazionale che ha un valore di 19.300€, infatti è la settima regione per reddito a contribuente più basso.



L'Aquila e Pescara sono le Provincie con il reddito medio più elevato, Teramo con 15.700€ è la provincia più povera.

Figura 9: Reddito per contribuente Regioni Italiane e per provincia abruzzese 2015



Fonte: Comuni Italiani Ultimo anno disponibile

1.a.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

1.a.4.1 Domanda Ospedaliera

Nell'ambito della documentazione relativa alla sintesi delle analisi di monitoraggio effettuate dal Siveas, inviata dal Ministero con protocollo 274 del 23 dicembre 2011 per mezzo del sistema di gestione documentale, è stato condiviso un documento di principi e criteri metodologici per il monitoraggio del SSR nel tempo (monitoraggio di sistema).¹

Dall'applicazione di tale metodologia ai dati disponibili presso il Ministero della Salute sono emerse evidenze per l'anno 2017, che sono state prese come punto di riferimento del presente paragrafo, al fine di facilitare la comune interpretazione della situazione regionale.

Dal confronto tra i dati della Regione Abruzzo con il *benchmark*² emerge che le ospedalizzazioni per acuti in regime ordinario per 1.000 abitanti hanno valori simile nei due casi: 105 per l'Abruzzo e 106 per il *benchmark* nel 2016. In entrambi i casi si è registrata una diminuzione dal 2009 al 2016, -2,5% per l'Abruzzo e -2% per il *benchmark*. Tra il 2016 e il 2017 in Abruzzo si è registrato un calo sensibile delle ospedalizzazioni del -17%.

Anche i ricoveri in *day hospital* sono leggermente inferiori in regione Abruzzo (24 dimessi per 1.000 abitanti) rispetto al *benchmark* (28) con un CAGR '09-'16 in entrambi i casi circa del -6%.

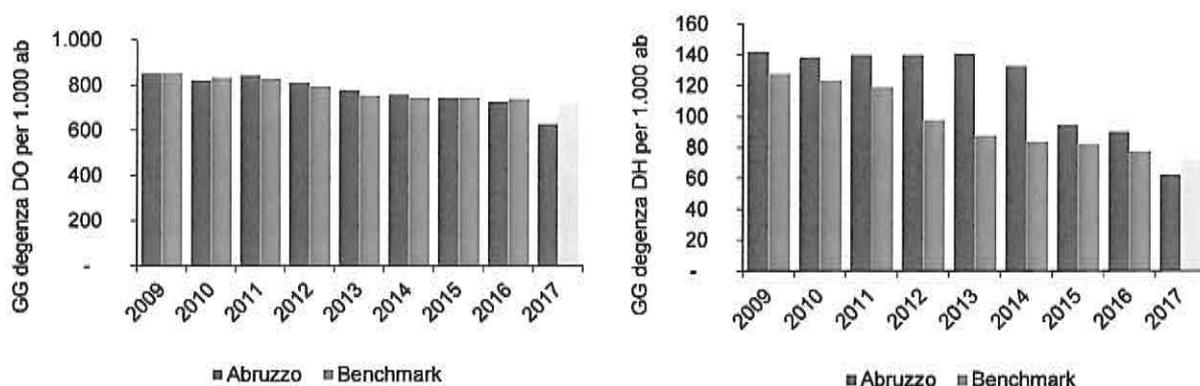
Per quanto riguarda le giornate per 1.000 abitanti in degenza ordinaria per acuti sono inferiori rispetto al *benchmark* (729 dimessi contro 740) mentre quelli in *day hospital* sono superiori (91 dimessi contro 78). Nel 2017 si registra un calo del -13% per le giornate in DO e del -31% per quelle in DH.

Le giornate in *day hospital* sono costantemente sopra il valore *benchmark* tra il 2009 e il 2016 anche se in diminuzione con un CAGR '09-'16 del -6,2%. Si segnala una riduzione del 30% tra il 2014 e il 2015 e il del 31% tra il 2016 e il 2017 anno in cui il dato di regione Abruzzo è inferiore alle proiezioni relative al *benchmark*.

¹ L'analisi si basa sul confronto tra Regione Abruzzo e benchmark dell'indicatore "Numero di giornate di degenza media per 1000 abitanti anno standardizzato per età". Tale indicatore è particolarmente indicato per valutare eventuali aree di miglioramento per la Regione poiché da informazioni in merito ad andamenti quantitativi (Numero di ricoveri per 1000 abitanti). L'indicatore viene poi ulteriormente disaggregato per distinguere tra ricoveri in Degenza Ordinaria e in Day Hospital.

² Il benchmark di riferimento è composto dalle Regioni che non sono assoggettate a Piano di Rientro, ossia le tutte le Regioni d'Italia fatte salve: Molise, Campania, Lazio, Sicilia, Abruzzo e Calabria.

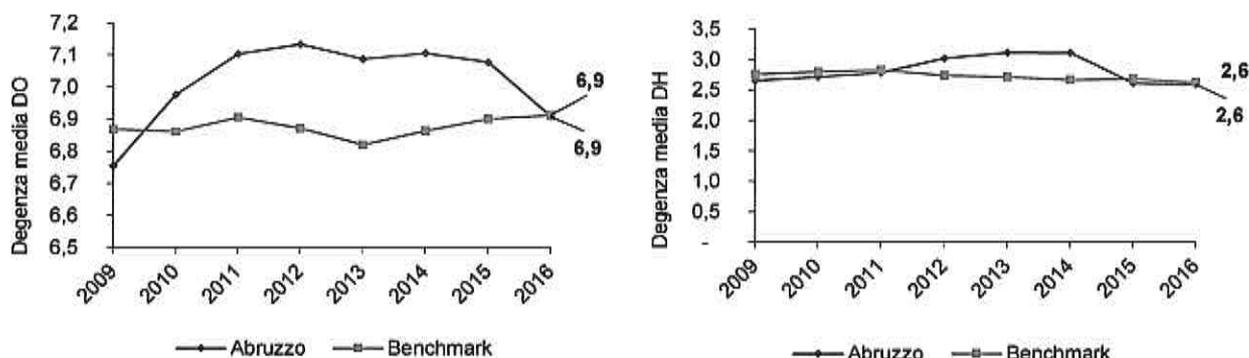
Figura 10: Giornate di degenza ordinaria e *day hospital* per 1.000 abitanti per acuti '09 - '17



Nota: I dati 2017 del benchmark sono stime effettuate tenendo conto dall'andamento delle giornate di degenza dal 2009 al 2016
 Fonte: SDO 2017

La degenza media in DO per acuti nel 2016 sia in Abruzzo che per il Benchmark è pari a 6,9. Per quanto riguarda il DH dal 2015 in poi la degenza media dell'Abruzzo ha valori confrontabili e di poco inferiori a quelli benchmark, nel 2016 presentano lo stesso valore pari a 2,6.

Figura 11: Degenza media di degenza ordinaria e *day hospital* per acuti '09 - '16

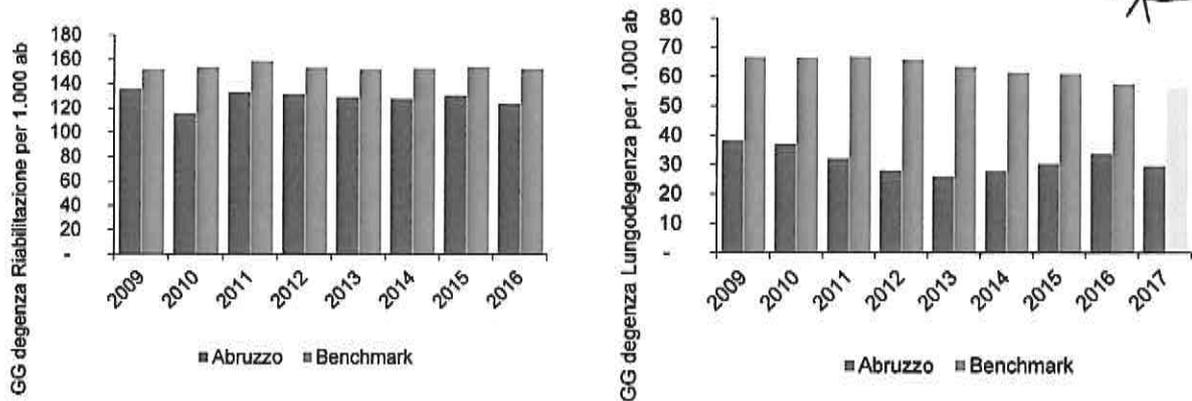


Fonte: SDO 2016

I ricoveri in riabilitazione sono diminuiti leggermente (CAGR '09-'16 -0,4%) e si registra una riduzione anche delle giornate di degenza che sono sempre inferiori al benchmark dal 2009 al 2016 (124 contro 153 nel 2016).

Il tasso di ospedalizzazione della lungodegenza è diminuito con un CAGR '09-'11 del -2%, registrando un aumento delle giornate di degenza per 1.000 abitanti che però rimane ampiamente sotto il valore benchmark (38 contro 54 nel 2016). In Abruzzo, nel 2017 si registra una diminuzione delle giornate relative alla lungodegenza (-13%).

Figura 12: Giornate di Riabilitazione e Lungodegenza per 1.000 abitanti '09 - '17

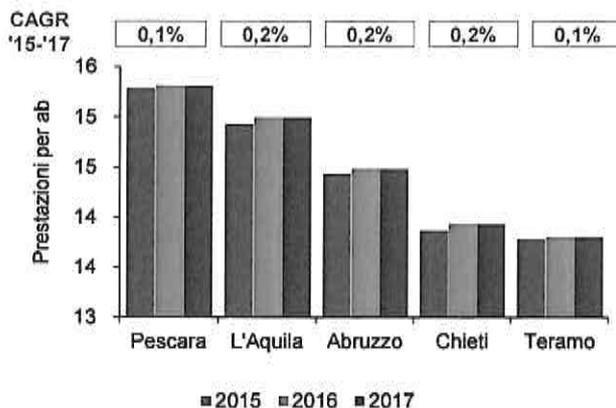


Nota: I dati 2017 del benchmark sono delle stime effettuate tenendo conto dall'andamento delle giornate di degenza dal 2009 al 2016, per quanto riguarda la riabilitazione si è scelto di non utilizzarli poiché reputati poco attendibili
Fonte: SDO 20176

1.a.4.2 Domanda territoriale

Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale specialistica le prestazioni erogate agli esterni per abitante presentano un CAGR pressochè costante sia per le Aziende che per la Regione con valori pari allo 0,1% e allo 0,2%.

Figura 13: Prestazioni per esterni per abitante di specialistica ambulatoriale



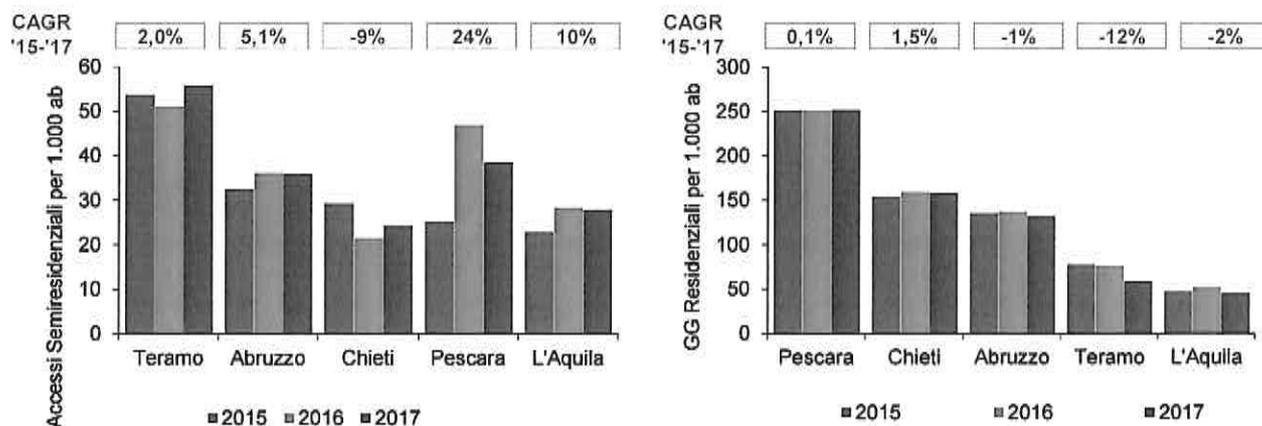
Fonte: STS 21

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale le giornate di assistenza presentano una CAGR rilevante per le aziende di L'Aquila e Teramo dove si rileva un CAGR del -4%. In totale la regione abruzzo presenta un CAGR negativo pari a 1,1%.

Si presenta nel seguito il dettaglio di giornate di degenza e accessi per 1.000 abitanti relativi all'assistenza per anziani, all'assistenza per disabili (fisici e psichici) e l'assistenza ai malati terminali.

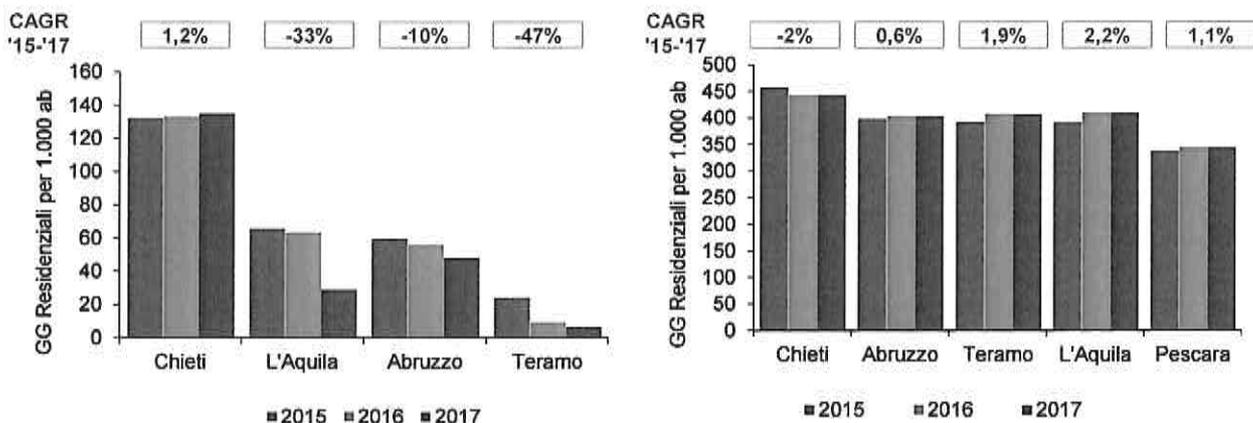
Per quanto riguarda l'assistenza semiresidenziale è presente un'offerta relativa solo all'assistenza psichiatrica.

Figura 14: Accessi e Giornate di assistenza per 1.000 abitanti di assistenza psichiatrica



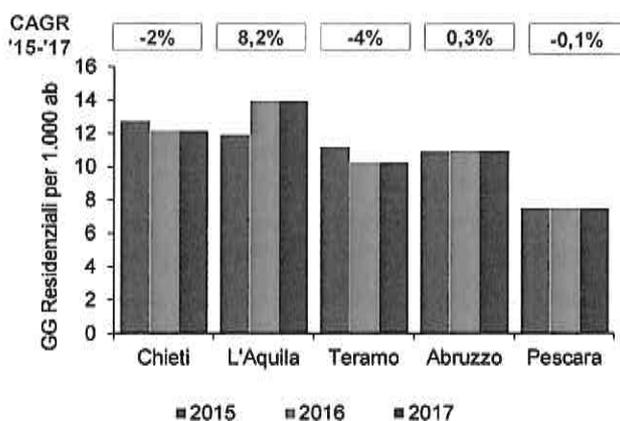
Fonte: STS 24

Figura 15: Giornate di assistenza residenziale per 1.000 abitanti di assistenza per i disabili e per anziani



Fonte: STS 24

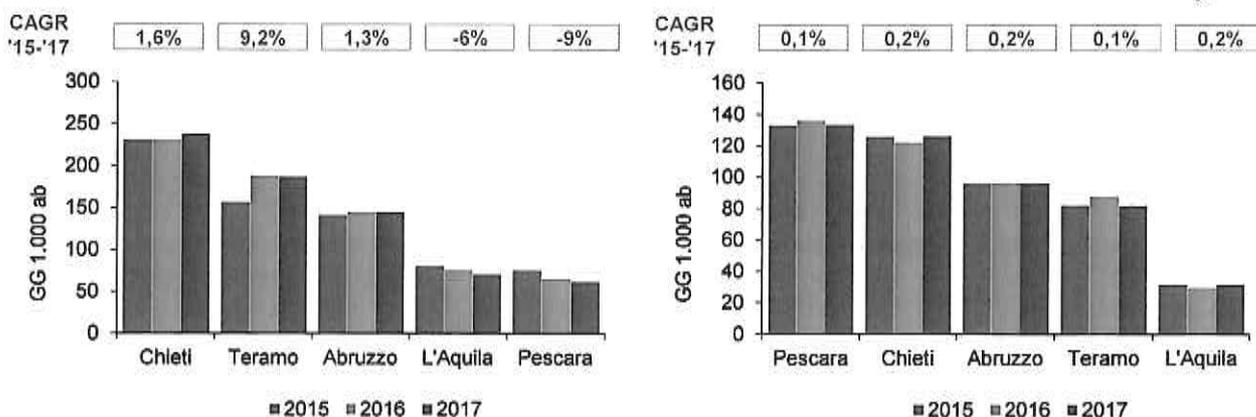
Figura 16: Giornate di assistenza residenziale per 1.000 abitanti di assistenza ai malati terminali



Fonte: STS 24

In contrapposizione all'assistenza riabilitativa ospedaliera, quella territoriale è in crescita per quanto riguarda le giornate di degenza semiresidenziali (CAGR '15-'17 +1,3%), residenziali (+0,2%) e per gli accessi ambulatoriali (+3,3%). Nelle Aziende di Pescara e Avezzano-Sulmona-L'Aquila si registra una riduzione delle giornate di riabilitazione semiresidenziale.

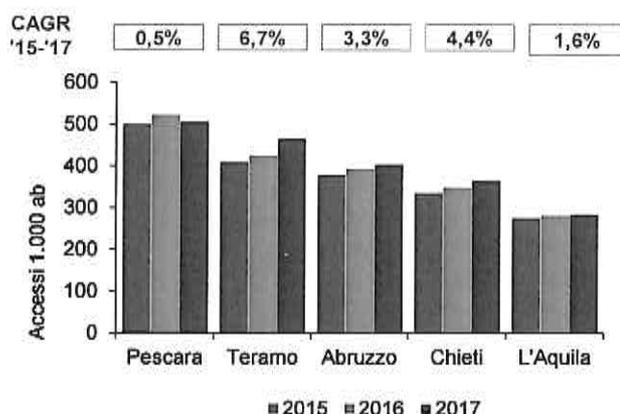
Figura 17: Giornate per 1.000 abitanti di riabilitazione semiresidenziale e residenziale



Fonte: RIA 11 2017

La crescita maggiore nell'ambito della riabilitazione territoriale si registra in regime ambulatoriale ed in particolare nelle aziende di Lanciano-Vasto-Chieti (CAGR +4,4%) e Teramo (CAGR +6,7%).

Figura 18: Accessi di riabilitazione ambulatoriale per 1.000 abitanti '15-'17



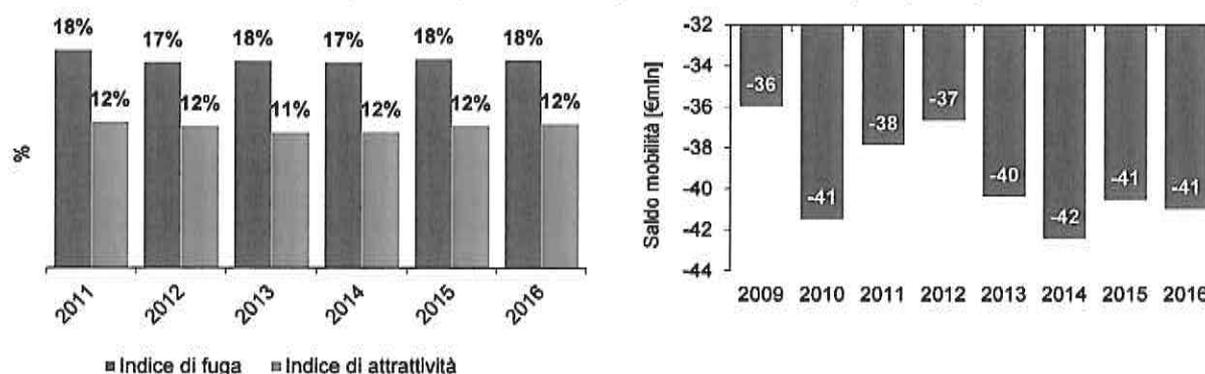
Fonte: RIA 11 2017

1.a.5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra e extra-regionale)

Il saldo di mobilità attiva e passiva per l'anno 2016 è complessivamente negativo, sia per i ricoveri in degenza ordinaria sia per quelli in *day hospital* ed ammonta a -41 €mln, stabile rispetto al 2015. Il saldo di mobilità è sempre stato negativo dal 2009 ad oggi, dal 2013 non è più sceso al di sotto dei 40 €mln.

Entrambi le determinanti seguono il *trend* generale di riduzione del numero dei ricoveri, la mobilità passiva ha un CAGR del -2% in DO e del -6% in DH, mentre quella attiva è in riduzione del 3% sia in regime ordinario che in *day hospital*.

La Regione ha un indice di fuga superiore all'indice di attrattività: 18% contro 12%. Entrambi gli indicatori sono rimasti pressochè costanti nel corso degli anni, dal 2011 al 2016.

Figura 19: Mobilità attiva vs. passiva - giornate di degenza ordinaria e *day hospital* per 1000 abitanti

Nota: L'Indice di fuga è il numero di dimessi con residenza in abruzzo che hanno ricevuto prestazioni in altre regioni diviso il numero di dimessi totali dell'abruzzo
 Fonte: Dati SDO 2009-2016

La struttura che assorbe più mobilità attiva è l'Ospedale San Salvatore di L'Aquila con 3.109 dimessi, il 13% del totale. Dei primi 10 ospedali che assorbono il 77% della mobilità attiva, 5 sono pubblici e 5 sono privati. L'Ospedale S. Salvatore e il PO S. Pio di Vasto sono gli unici che hanno un *trend* di mobilità attiva positivo (CAGR '11-'16 2% e 4%).

Tabella 7: Principali strutture che assorbono la mobilità attiva

Struttura	Dimessi	% su totale	CAGR '11-'16	Pubblico/ Privato
Ospedale San Salvatore - L'Aquila	3.109	13%	2%	Pubblico
P.O. S. Filippo e Nicola - Avezzano	2.877	12%	-1%	Pubblico
Casa Di Cura Privata Villa Letizia - L'Aquila	1.945	8%	-7%	Privato
P.O. Spirito Santo - Pescara	1.853	8%	-3%	Pubblico
P.O. S.Pio Da Pietralcina - Vasto	1.801	7%	4%	Pubblico
Casa Di Cura INI Canistro - Canistro	1.712	7%	-3%	Privato
Casa Di Cura Pierangeli - Pescara	1.464	6%	-17%	Privato
P.O. SS. Annunziata - Chieti	1.448	6%	-6%	Pubblico
Casa Di Cura Villa Serena - Citta' Sant'Angelo	1.317	5%	5%	Privato
Casa Di Cura Di Lorenzo - Avezzano	1.218	5%	-5%	Privato

Fonte: Dati SDO 2009-2016

Alcune delle principali prestazioni erogate agli abruzzesi in mobilità passiva corrispondono a quelle erogate ai cittadini delle altre regioni in Abruzzo, rendendone possibile in via teorica il recupero. In altri termini alcune prestazioni che attraggono mobilità attiva dalle altre Regioni sono le stesse per cui molti abruzzesi si rivolgono altrove alimentando i flussi di mobilità passiva. Dalle tabelle riportate sotto si evince che per alcuni dei principali ACC medici quali ad esempio "altre malattie del tessuto connettivo" e "osteotrosi" e per l'ACC chirurgico "procedure su muscoli e tendini", i flussi di mobilità attiva e passiva si compensano.



Tabella 8: Mobilità attiva e passiva ACC Diagnosi 2016

ACC Diagnosi - Mobilità passiva	Dimessi	% su totale	CAGR '11-'16
Altre Malattie Del Tessuto Connettivo	1.279	4%	2%
Chemioterapia E Radioterapia	1.141	3%	-8%
Deformazioni Acquisite Del Piede	1.081	3%	5%
Osteoartrosi	1.073	3%	-1%
Disturbi Articolari E Lussazioni Da Trauma	803	2%	4%
Altre Anomalie Congenite	743	2%	-1%
Spondilosi, Patologie Dei Dischi Intervertebrali	722	2%	-1%
Altri E Non Specificati Tumori Benigni	651	2%	-4%
Nati Vivi Sani	614	2%	-7%
Altri Disturbi Del Sistema Nervoso	548	2%	-4%

ACC Diagnosi - Mobilità attiva	Dimessi	% sul totale	CAGR '11-'16
Osteoartrosi	1.463	6%	1%
Altre Malattie Del Tessuto Connettivo	1.045	4%	-11%
Calcolosi Delle Vie Urinarie	750	3%	-5%
Altri Disturbi Articolari Non Traumatici	724	3%	20%
Altri Disordini Endocrini, Metabolici E Nutrizionali	627	3%	10%
Ernia Addominale	508	2%	2%
Nati Vivi Sani	502	2%	7%
Gravidanza - Parto Normale	440	2%	3%
Malattie Delle Vie Biliari	424	2%	0%
Disturbi Articolari E Lussazioni Da Trauma	409	2%	-27%

Fonte: Dati SDO 2009-2016

Tabella 9: Mobilità attiva e passiva ACC Intervento 2016

ACC Intervento - Mobilità passiva	Dimessi	% su totale	CAGR '11-'16
Altre Procedure Diagnostiche (Anamnesi, Valutazione, Consulto)	1.830	5%	0%
Altre Procedure Terapeutiche	974	3%	-2%
Asportazione Di Borsite O Correzione Di Deformita' Delle Dita	905	3%	6%
Altre Procedure Terapeutiche Su Muscoli E Tendini	776	2%	4%
Chemioterapia Per Tumore	570	2%	-9%
Artroscopia	509	1%	6%
Sostituzione Dell'Anca, Totale E Parziale	484	1%	0%
Artrodesi Vertebrale	459	1%	10%
Procedure Di Sala Operatoria Su Naso, Bocca E Faringe	426	1%	0%
Artroplastica Del Ginocchio	420	1%	0%

ACC Intervento - Mobilità attiva	Dimessi	% sul totale	CAGR '11-'16
Artroplastica Del Ginocchio	833	3%	0%
Esercizi Di Terapia Fisica, Manipolazioni E Altre Procedure	713	3%	-4%
Sostituzione Dell'Anca, Totale E Parziale	558	2%	-1%
Litotripsia Extracorporea Vie Urinarie	499	2%	-6%
Asportazione, Drenaggio Ostruzione Urinaria	479	2%	9%
Altre Procedure Terapeutiche	476	2%	22%
Altre Procedure Terapeutiche Su Muscoli E Tendini	460	2%	1%
Altre Procedure Di Assistenza Al Parto	450	2%	5%
Asportazione Di Lesione Cutanea	382	2%	-3%
Terapia Fisica Diagnostica	367	2%	102%

Fonte: Dati SDO 2009-2016

Un altro dato importante è che i flussi interregionali di mobilità attiva e passiva interessano le stesse Regioni, vale a dire che quelle Regioni da cui arriva la mobilità passiva dall'Abruzzo sono le stesse Regioni che attraggono mobilità attiva dall'Abruzzo. Dalla Regione Lazio arriva circa il 46% della mobilità attiva sul totale e il Lazio attrae il 21% della passiva; dalla Regione Marche proviene il 9% della

mobilità attiva sul totale e sempre le Marche attraggono il 33% di mobilità passiva; infine, dalla Regione Molise arriva circa il 19% della mobilità attiva attraendo il 4% della mobilità passiva.

1.a.6 Offerta ante operam

1.a.6.1 Analisi dei posti letto della rete abruzzese

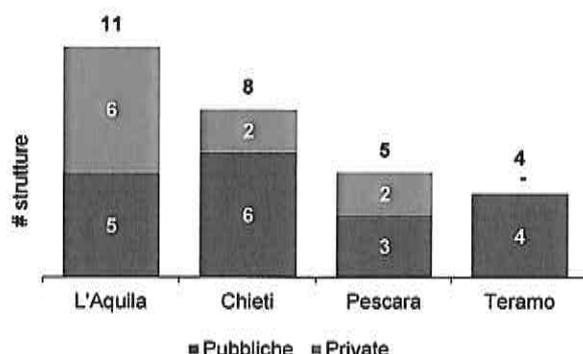
Il DCA 79/2016 ha previsto una rimodulazione dell'offerta ospedaliera per adeguarla agli standard del Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 Aprile 2015.

L'articolazione della rete ospedaliera è stata quindi organizzata secondo il principio delle Reti cliniche integrate (modello *Hub e Spoke*) nel modo seguente:

- 7 presidi di DEA di I livello, con i 2 presidi di Chieti e Pescara, in connessione funzionale, per le funzioni previste per un DEA di II livello;
- 4 Ospedali sedi di Pronto Soccorso (PO di Sulmona, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero);
- 2 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (Penne e Castel di Sangro);
- 1 Polo Ospedaliero (Ortona) afferente al rispettivo presidio principale (Chieti) con attività sanitaria elettiva e programmata;
- 2 Riconversioni- riqualificazioni dei presidi ospedalieri a bassi volumi di attività, con contestuale identificazione delle modalità e dei tempi di riconversione (Atessa e Popoli). La riconversione del PO di Popoli è stata prorogata al 2020 secondo quanto previsto dall'emendamento alla Finanziaria sulla base di quanto previsto dal Decreto SISMA.

In Regione Abruzzo sono presenti 28 strutture, 18 pubbliche e 10 private così ripartite: 11 nell'Aziende di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (5 pubbliche e 6 private), 8 a Lanciano-Vasto Chieti (2 private e 6 pubbliche), 5 a Pescara (2 private e 3 pubbliche) e 4 a Teramo.

Figura 20: Strutture pubbliche e private della Regione Abruzzo per azienda, 2017

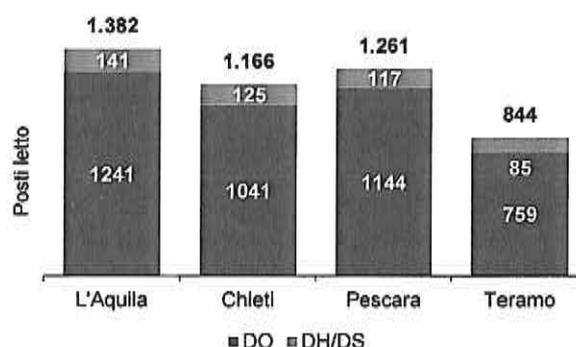


Fonte: HSP 2017

In Regione Abruzzo ci sono 4.653 posti letto, 4.185 in regime ordinario e 468 in *day hospital*, il 74% dei posti letto è situato in strutture pubbliche. Le Aziende di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Pescara hanno rispettivamente il 30% e il 27% dei posti letto della Regione.

Figura 21: Principali strutture che assorbono la mobilità attiva

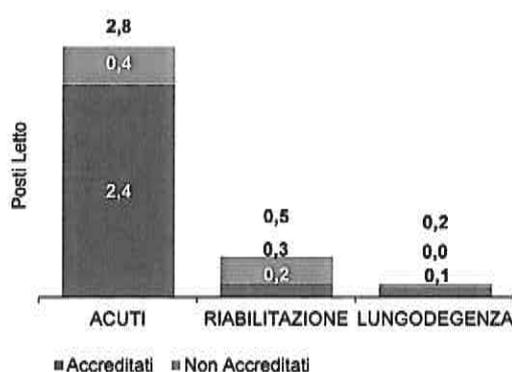
	DO	DH/DS	Totale
Pubblici	3.070	382	3.452
Privati	1.115	86	1.201
Totale	4.185	468	4.653



Fonte: HSP 2017

La dotazione dei posti letto ripartita tra acuti, riabilitazione e lungodegenza risulta leggermente inferiore agli *standard* definiti dal Patto per la Salute 2011. Per gli acuti si registra un valore di 2,9 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di 3,3 richiesti e per la lungodegenza e riabilitazione 0,61 contro 0,7 richiesti.

Figura 22: Posti letto per attività Regione Abruzzo, 2017



Tipo	Non		Totale
	Accreditati	Accreditati	
ACUTI	2,49	0,42	2,90
RIABILITAZIONE	0,17	0,29	0,46
LUNGODEGENZA	0,11	0,04	0,15
Totale	2,77	0,75	3,52

Fonte: HSP 2017

I posti letto per l'assistenza ospedaliera nelle strutture pubbliche sono ripartiti come da tabella seguente.

Tabella 10: Posti letto assistenza ospedaliera delle strutture pubbliche

Struttura	DO	DH/DS
Ospedale San Salvatore	347	54
Po Sulmona ' Dell' Annunziata'	135	12
Po Avezzano 'S. Filippo E Nicola'	206	32
Presidio Ospedaliero 'Castel Di Sangro'	37	3
Po Tagliacozzo ' Umberto I'	40	-
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' Chieti	365	50
P.O. Lanciano Renzetti	184	27
P.O. Vasto S.Pio Da Pietralcina	197	16
P.O. Atesa 'San Camillo De Lellis'	54	2
P.O. 'G. Bemabeo' Ortona	87	27
P.O. 'Spirito Santo' Pescara	531	56
P.O. S. Massimo Di Penne	72	14
P.O.'S.S. Trinita" Popoli	56	4
Ospedale Mazzini	397	46
Ospedale Maria S.S. Dello Splendore	120	11
Ospedale San Liberatore Di Atri (Te)	126	18
Ospedale Della Val Vibrata	116	10
Totale posti letto pubblici	3.070	382

Fonte: HSP 2017

I posti letto per l'assistenza ospedaliera nelle strutture private sono suddivisi in accreditati e non accreditati come segue.

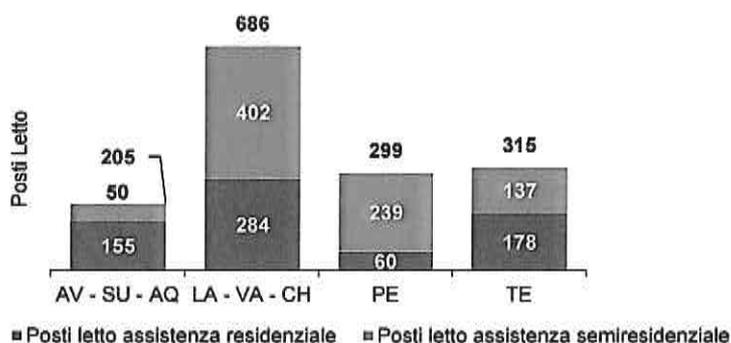
Tabella 11: Posti letto assistenza ospedaliera delle strutture private

Struttura	DO	DH/DS (non	DH/DS	DO totali	DH/DS totali
	DO (non acc)	(accreditati)	acc)		
Casa Di Cura 'Di Lorenzo'	18	65	18	5	83
Casa Di Cura Privata L'Immacolata	15	67	-	3	82
Casa Di Cura 'S Raffaele Spa'	46	55	-	-	101
Casa Di Cura Privata Villa Letizia	83	64	6	6	147
Nova Salus Srl	-	30	-	-	30
Casa Di Cura I.N.I. Canistro	-	33	-	2	33
Casa Di Cura S. Francesco	26	20	-	-	46
Casa Di Cura Privata 'Dott. Spatocco'	-	108	-	3	108
Casa Di Cura Pierangeli	-	148	-	13	148
Casa Di Cura Villa Serena	-	337	-	30	337
Totale posti letto strutture private	188	927	24	62	1115

Fonte: HSP 2017

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale i posti letto dedicati alla riabilitazione territoriale in Regione sono 1.505 di cui 677 per l'assistenza residenziale e 828 per quella semiresidenziale.

Figura 23: Posti letto per riabilitazione con assistenza residenziale e semiresidenziale per Regione Abruzzo, 2017



Fonte: RIA 2017

Analisi delle apparecchiature

In riguardo al parco tecnologico delle quattro Aziende, l'attuale dotazione tecnologica per la diagnostica considerata di maggior rilevanza, è riportata nella tabella sottostante.

Tabella 12: Dotazione Tecnologica a maggior rilevanza economica (2017)

Macchinario	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	Totale
Apparecchio Portatile per Radioscopia	29	16	21	12	78
Tomografo Assiale Computerizzato	13	8	6	6	33
Mammografo	9	9	6	4	28
Tomografo a Risonanza Magnetica	10	6	5	2	23
Sistema per Angiografia Digitale	3	3	5	3	14
Gamma Camera Computerizzata	5	4	2	1	12
Acceleratore Lineare	3	2	1	2	8
Sistema CT/PET Integrato	1	1	1	0	3

Fonte: HSP 2017

Tabella 13: Dotazione Tecnologica a maggior rilevanza economica per strutture interessate dagli interventi

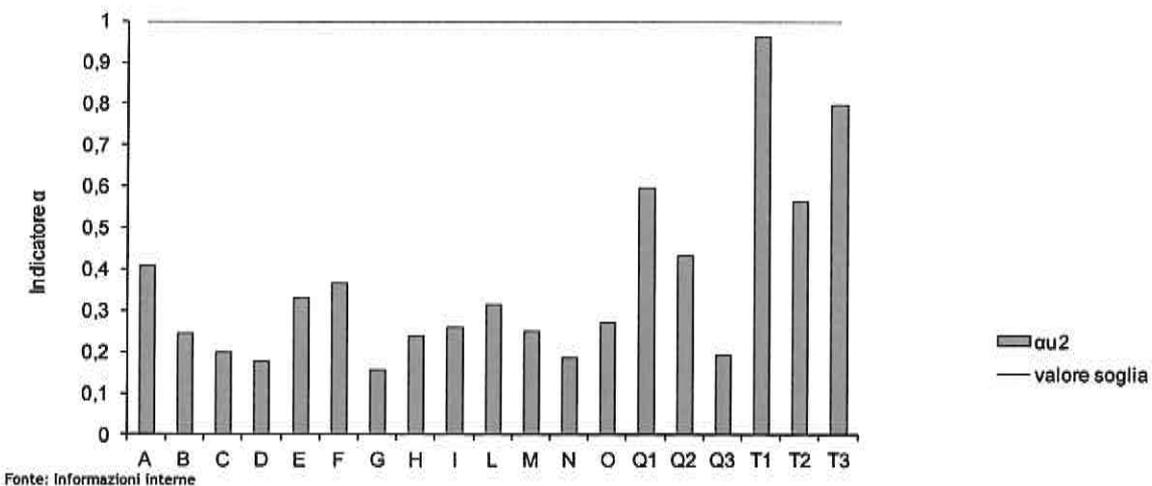
Macchinario	PO Sulmona	PO Avezzano	PO Lanciano	PO Vasto	Totale
Apparecchio Portatile per Radioscopia	5	5	2	5	17
Tomografo Assiale Computerizzato	1	2	1	1	5
Gamma Camera Computerizzata	2	-	2	-	4
Mammografo	1	1	1	1	4
Tomografo a Risonanza Magnetica	-	1	1	1	3
Sistema per Angiografia Digitale	-	1	-	-	1

Fonte: HSP 2017

1.a.6.2 Analisi del rischio sismico

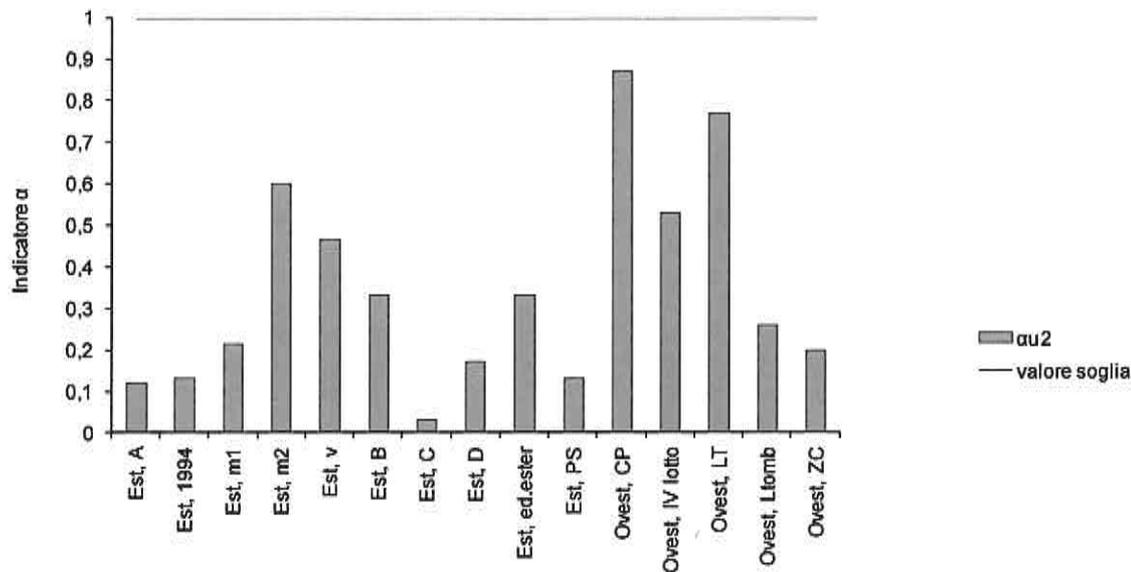
Di seguito si riporta il dettaglio dell'indicatore di rischio au_2 , ossia l'indicatore del rischio di danno severo, per ciascun corpo di fabbrica delle strutture. Come si evince, è sempre inferiore al limite richiesto dalle norme, ossia al valore soglia dell'unità che caratterizza casi a basso rischio.³ La base di calcolo per gli indicatori di sismicità quali au_2 , è coerente con l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri OPCM 3274 del 20 marzo 2003 e s.m.i. e con la successiva Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri OPCM 3431 del 3 maggio 2005.

Figura 24: Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Avezzano



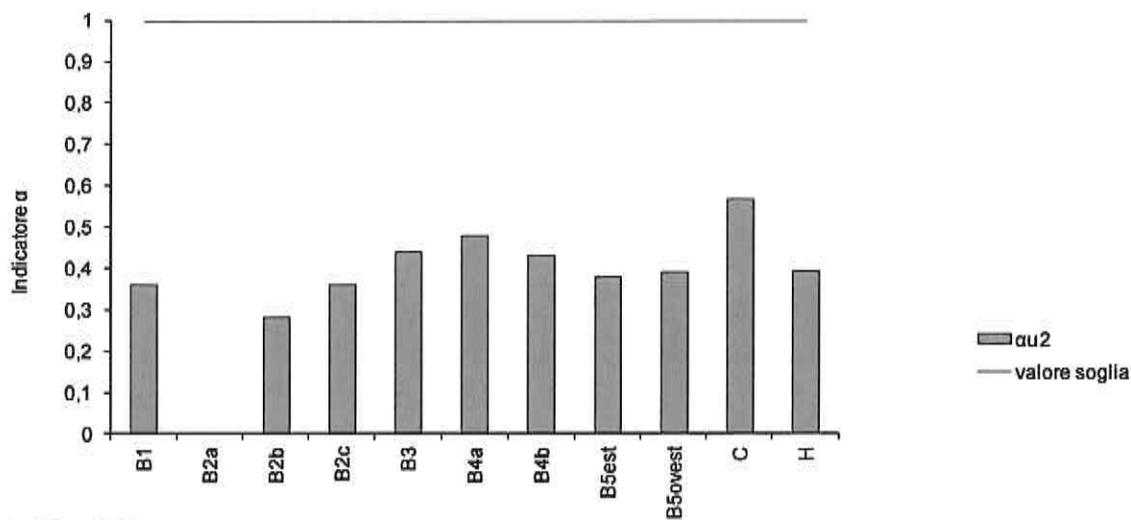
³ Si richiama che au_2 è calcolato come il rapporto tra il PGAD5 e il PGAD510%.

Figura 25: Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Giulianova



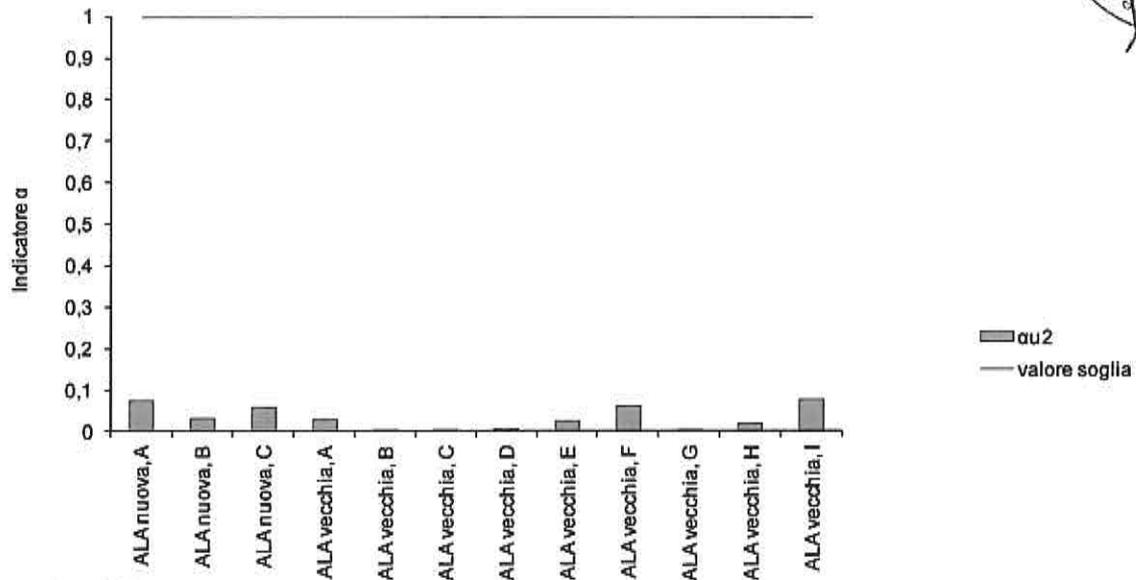
Fonte: informazioni interne

Figura 26: Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Lanciano



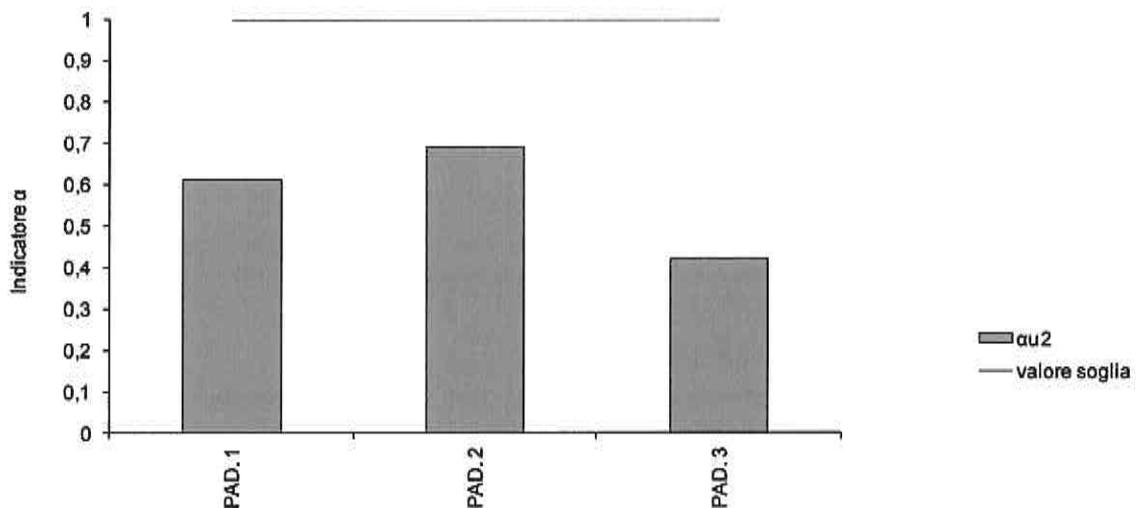
Fonte: informazioni interne

Figura 27: Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Sulmona



Fonte: Informazioni interne

Figura 28: Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Vasto



Fonte: Informazioni interne

Su detti presidi si è applicata la metodologia per la verifica della qualità di utilizzo degli stessi che tiene conto, oltre che dell'Allegato A delle Norme Tecniche delle Costruzioni (NCT) versione 2018 concernente il calcolo della pericolosità sismica, anche:

- dei dati relativi al “Primo programma regionale di verifiche tecniche su edifici pubblici e infrastrutture di cui all’OPCM 3274/2003”, desunte dalle relazioni redatte dai tecnici incaricati per ciascuna delle ex sei ASL della Regione Abruzzo, il cui territorio è stato interamente dichiarato sismico dal 2003;
- del documento del Ministero della Salute (gruppo di lavoro DM 22.12.2000) “Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali”;
- delle linee guida “Metodologia per l’esecuzione degli studi di fattibilità per le verifiche sulla sicurezza e sulla funzionalità degli edifici ospedalieri e socio sanitari esistenti” deliberate dalla Giunta Regionale della Regione Veneto in materia di indirizzo tecnico-sanitario con atto n.1693 dell’8/10/2011.

In merito al primo punto le verifiche di vulnerabilità sismica hanno portato ad esaminare la funzionalità dei presidi per giungere alla “diagnosi degli edifici esistenti” stabilendo attraverso “la valutazione di sicurezza sismica o vulnerabilità sismica” se il P.O. è in grado o meno di resistere alla combinazione sismica di progetto.

D'altra parte, in merito al secondo punto, le “raccomandazioni” del Ministero della Salute sono tutte volte, soprattutto in caso di mantenimento delle strutture esistenti (costruite peraltro prima della classificazione in zone sismiche e pertanto non rispondenti ai criteri di antisismicità), a garantire che esistano, una volta determinati gli “obiettivi di sicurezza”, gli stati limite tali da garantire l'assenza di crolli di importanti parti strutturali e la funzionalità dei servizi essenziali.

Viene altresì sconsigliato il recupero di strutture in muratura in quanto sulle stesse è frequente l'impossibilità ad intervenire anche per motivi di rispetto architettonico della struttura.

In merito al terzo punto, dalle linee guida adottate dalla Regione Veneto emerge “una griglia operativa sulla quale confrontare per ciascun edificio i diversi valori/pesi definiti rispetto alla sicurezza sismica, alla capacità di utilizzo post sisma per arrivare a formulare un giudizio di qualità sull'edificio al fine di orientare gli interventi verso il mantenimento della struttura oppure verso la sua sostituzione, garantendo al contempo la funzionalità dell'esistente”. Da tale metodologia si riprende l'articolazione della verifica degli ospedali esistenti (ricordando che gli stessi sono stati classificati “opere strategiche”) come di seguito indicato:

- verifica della qualità strutturale dell'ospedale/unità strutturale;
- verifica delle funzioni esistenti e programmate nell'ospedale;
- verifica della qualità d'uso dell'ospedale (opera strategica).

La qualità strutturale di ciascun presidio comprende alcune importanti valutazioni:

- individuazione della vita nominale che rappresenta il numero degli anni nel quale il presidio deve poter essere usato per lo scopo al quale è destinato;
- individuazione delle prestazioni del presidio che deve individuare l'entità massima delle azioni di progetto che la struttura allo stato attuale è capace di sostenere con i margini di sicurezza richiesti dalle NTC.

Il valore funzionale esistente e programmato rappresenta la qualità edilizia in relazione alle funzioni sanitarie esistenti o programmate e stabilisce se e quanto è necessario il mantenimento. Esso comprende:

- l'analisi delle funzioni di ciascun presidio;
- la verifica degli standard funzionali di adeguatezza degli spazi esistenti rispetto ai requisiti sanitari e di agibilità.

Box 1: Allegato Funzioni

Il valore funzionale esistente e programmato rappresenta la qualità edilizia in relazione alle funzioni sanitarie esistenti o programmate e stabilisce se e quanto è necessario il mantenimento. Esso comprende:

- L'analisi delle funzioni di ciascun presidio;
- La verifica degli standard funzionali di adeguatezza degli spazi esistenti rispetto ai requisiti sanitari e di agibilità.

Funzioni
Presenza servizi sanitari essenziali in caso di emergenza
Presenza servizi accessori al funzionamento anche post sisma
Presenza servizi non essenziali in caso di emergenza
Standard funzionali (adeguatezza degli spazi esistenti rispetto ai requisiti sanitari di agibilità)
Indicatore di funzionalità (capacità di ospitare le funzioni individuate in termini dimensionali e in termini sanitari)
Indicatore di agibilità (corrispondenza della normativa vigente)*
Indicatore di utilizzo (le funzioni B1 vanno verificate rispetto agli elementi necessari al loro funzionamento, il valore degli elementi impiantistici è spesso maggiore rispetto al valore della struttura edilizia)*
Indicatori di accessibilità (verifica della logistica necessaria: aree esterne, viabilità, sistemi di trasporto ecc)

Nota: *Gli indicatori di agibilità e di utilizzo sono calcolati in base alle normative vigenti. Un esito positivo per tali indicatori implica l'adempimento agli standard per: Certificato Prevenzione Incendi (CPI), Gas medicali, Impianto elettrico, Impianto termico.

L'indagine effettuata ha consentito di valutare la qualità dell'edificio e il suo valore d'uso nonché la quantificazione del costo al fine di comprendere la qualità edilizia in relazione alle funzioni sanitarie esistenti o programmate stabilendo la tipologia di intervento.

Tre le alternative analizzate:

- mantenimento della struttura esistente;
- ristrutturazione e razionalizzazione dell'ospedale esistente;
- realizzazione di un nuovo ospedale in un nuovo sito in sostituzione della struttura attuale.

La prima alternativa consiste nell'adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture esistenti. Considerato che si tratta di "opere strategiche", non si realizzerebbero le opere indicate dalla attuale normativa in materia di sicurezza antisismica.

La seconda alternativa consiste in una profonda ristrutturazione degli ospedali esistenti attraverso la riqualificazione delle strutture e la concentrazione dei servizi anche attraverso ampliamenti che devono comprendere interventi di adeguamento alla normativa vigente (sismica DM 17/01/2018, requisiti minimi LR 32/2007 e ss.mm.ii, antincendio DM 19/03/2015). L'investimento risulta particolarmente oneroso considerato che si aggiungono anche i costi di mantenimento della struttura con l'aggravante che si raddoppiano i tempi di realizzazione per i connessi spostamenti temporanei che si devono assicurare per consentire i lavori. Ai costi va aggiunto, quale perdita, la riduzione della capacità produttiva e la conseguente riduzione dei ricavi (vedi dettagli nei paragrafi successivi) perché mettere a norma le stanze di degenza senza avere possibilità di estendere la superficie, comporta l'eliminazione di posti letto.

La terza alternativa prevede la costruzione di nuove strutture ospedaliere che siano in grado di assicurare la *mission* grazie a caratteristiche strutturali/ tipologiche/ impiantistiche rispondenti alle attuali normative, linee guida nazionali e regionali.

Il confronto tra le alternative sopra esposte ha condotto alle seguenti conclusioni:

- si esclude la prima alternativa del "mantenimento" delle attuali strutture: gli interventi riguarderebbero soltanto la manutenzione straordinaria escludendo interventi di adeguamento sismico come disposto dall'attuale normativa in caso di "opere strategiche";
- si esclude la seconda alternativa della "ristrutturazione" degli ospedali esistenti in quanto è stato calcolato un costo di ristrutturazione troppo vicino alla spesa da sostenere per la costruzione dei

nuovi, rischiando così di mantenere in vita presidi anti economici e non produttivi. Ulteriore ragione legata all'esclusività di questa alternativa risiede nell'invasività degli interventi la cui esecuzione porterebbe alla temporanea chiusura dei presidi ospedalieri interessati o, nella migliore delle ipotesi, di parte degli stessi.

Alla luce di dette considerazioni si propone di realizzare la costruzione di quattro nuovi ospedali, assicurando in questo modo strutture antisismiche, progettate nel rispetto della normativa vigente (sismica DM 17/01/2018, requisiti minimi LR 32/2007 e ss.mm.ii, antincendio DM 19/03/2015), a vantaggio di una maggiore produttività, di una flessibilità in termini di ruolo e capacità nella rete futura, di una razionalizzazione dei costi anche in termini di personale e dell'aderenza alla nuova visione dell'ospedale che emerge dal decalogo caratterizzante la proposta di "Nuovo Modello di Ospedale" elaborata dall'arch. Renzo Piano su incarico del Ministero della Salute.

1.a.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

La distribuzione dei posti letto nelle Aziende sanitarie risulta inadeguata a recepire la progressiva trasformazione di una parte dell'attività più tradizionale di ricovero in altre forme di assistenza meno rigide e più attente alla necessità di ridurre al massimo la separazione degli ambiti familiari e sociali di riferimento. Tale evidenza induce dunque la necessità di coniugare, ai diversi livelli, i servizi di base indispensabili ai cittadini, con i centri ad elevato contenuto specialistico e tecnologico.

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo. Sul fronte della residenzialità la criticità maggiore riguarda la consistenza delle liste d'attesa, soprattutto in alcuni territori. La rete regionale delle strutture fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione con carenze, in certi contesti di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

Il principio che ispirerà il modello organizzativo è rappresentato dal raggiungimento delle cure, attraverso percorsi che assicurino, caso per caso e per differenti tipologie di bisogno, prevenzione diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e lungo assistenza.

Già in coerenza con quanto sopra delineato, nell'ambito della DGR 92/2018 sono stati deliberati i progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Le linee specifiche oggetto di finanziamento sono state: 1. Attività di assistenza Primaria, 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali, 3. Cure palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa e specialistica, 4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione, 5. Gestione cronicità, 6. Reti oncologiche.

1.b Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.b.1 Identificazione dei bisogni assistenziali

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale viene determinata sulla base di quanto disposto dall'art. 15 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n.135, in coerenza con quanto indicato dal Patto della Salute e in ottemperanza alle indicazioni contenute nel Regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Conferenza Stato - Regioni 5 agosto 2014), recepito con DM 70/2015, che ha previsto nuovi obiettivi di programmazione per la rete ospedaliera.

L'adeguamento della rete ospedaliera ai parametri del DM 70 ha l'obiettivo, non di ridurre l'offerta, ma di rimodularla, per dare al cittadino la struttura adeguata al suo bisogno, con una ridefinizione dei posti letto che verranno riconvertiti.

Regione Abruzzo attua il DM 79/2015 con DCA 79/2016 riordinando l'assetto della rete ospedaliera delineata nel 2010 con il DCA 45/2010 che prevedeva una differente metodologia di calcolo del fabbisogno dei posti letto per mille abitanti. Il DCA 79/2016 ridetermina inoltre i contenuti e le scelte del DCA 11/2013 con le afferenze ai DEA di I livello e ai PS e adegua i punti di riferimento di alcune reti di specialità, in particolare le reti tempo dipendenti secondo il modello *Hub and Spoke*.

In stretta correlazione con quanto sopra è necessario che:

- le strutture ospedaliere rispondano ai requisiti minimi normativi anche in termini di sismica e antincendio;

- le strutture ospedaliere siano caratterizzate da *layout* e macchinari adeguati a rispondere alle esigenze di cura dei cittadini abruzzesi;
- la mobilità passiva extra regionale venga ridotta.

1.b.2 Descrizione della strategia

Al fine di garantire una sanità sicura, rispondente ai bisogni dei cittadini e qualitativamente elevata, si rende necessario che Regione disponga di presidi ospedalieri che rispettino la normativa vigente ed in particolar modo:

- **SISMICA** (DM 17/01/2018);
- **REQUISITI MINIMI** (LR 32/2007 e ss.mm.ii);
- **ANTINCENDIO** (DM 19/03/2015);

e che al loro interno siano organizzati in modo tale da consentire l'accorpamento delle discipline e dei fattori produttivi, così da garantire non soltanto un risparmio in termini economici, ma soprattutto un miglioramento della qualità nelle prestazioni erogate.

Con la sottoscrizione dell'AdP in argomento, Regione Abruzzo si propone di

- portare a compimento le **disposizioni della citata L. 77/09** riguardante gli interventi di consolidamento e ripristino delle strutture danneggiate dal sisma attraverso la riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali riducendo il rischio sismico. Per ciò che concerne il PO di Sulmona, la realizzazione è stata avviata nelle more di sottoscrizione dell'AdP alla luce dell'assoluta inadeguatezza sismica della struttura e del continuo verificarsi di scosse sismiche su un'area a forte rischio sismico e con sistemi di faglie adiacenti a quelle interessate dal sisma del 6 aprile 2009;
- razionalizzare la rete ospedaliera nel rispetto della programmazione regionale (Atti del Commissario ad Acta n. 45/2010 del 3.08.2010 e n. 84 del 9.10.2010), in recepimento del D.L. 6.07.2012, n. 95 art. 15, comma 13, lettera C) convertito con L. 135 del 7.08.2012 (adeguamento dello standard dei posti letto ospedalieri, accreditati ed effettivamente a carico del SSR) ed in recepimento del decreto 70 del 2 aprile 2015 che adotta il "*Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- innovare il parco strutturale ospedaliero che presenta attualmente un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti dalla normativa sismica vigente (D.M. 14.01.2008), né ha i requisiti minimi (DPR 14/01/1997), né alla normativa antincendio (DPR 151/2011);
- potenziare ed ammodernare il parco tecnologico come disposto dall'art. 10 dell'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, c. 188, della L. 311/2004 destinando a detta finalità la quota pari al 34,19% delle risorse previste.

Ai fini di perseguire e portare a compimento nel migliore dei modi la strategia regionale, è essenziale disporre di dati completi, tempestivi e standardizzati che permettano di monitorare domanda e offerta di prestazioni e i relativi costi, per poter meglio programmare le scelte del futuro.

Per rispondere alle evidenze sopra citate Regione intende completare, in linea con quanto previsto per le Regioni in Piano di Rientro all'art. 79, L. 133/2008 e all'art.2 comma 70 della L.191/2009, l'implementazione di un modello di monitoraggio strutturato e continuativo per la raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR. Tale modello dovrà supportare le attività di pianificazione e di allocazione delle risorse, fornire alle ASL le informazioni necessarie per avviare concrete azioni di ottimizzazione delle modalità di impiego dei propri fattori produttivi e nonché gli strumenti per l'implementazione delle attività di certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

Pertanto, la strategia che Regione Abruzzo intende adottare, per il rispetto dei requisiti in termini di sismicità per la riqualificazione della rete di offerta consta delle seguenti linee di azione:

- realizzare i quattro nuovi ospedali di Avezzano, Lanciano, Sulmona e Vasto, dimensionandoli in base al fabbisogno di assistenza degli abruzzesi. Le strutture attuali presentano un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti dalla normativa sismica vigente ed è stato stimato che la nuova costruzione sarebbe più economica dell'eventuale ristrutturazione;

- potenziare gli ospedali di grandi dimensioni: attraverso la realizzazione centrale operativa 118 con Eliporto ed Hangar presso l'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila;
- ristrutturare il P.O. di Penne con interventi finalizzati alla riorganizzazione del presidio sanitario attraverso la concentrazione delle attività ospedaliere nel blocco B;
- utilizzare in modo appropriato ed efficiente l'ospedale e potenziare il territorio, attraverso:
 - il potenziamento dei meccanismi di filtro dell'urgenza come l'OBI per prevenire ricoveri per sintomi;
 - il potenziamento del territorio mediante l'istituzione di nuove strutture sanitarie a valenza territoriale per evitare i ricoveri per diagnostica (UCCP e AFT);
 - la diffusione di percorsi di cura standard per alcune patologie rilevanti per indirizzare in maniera efficace la casistica ed evitare ricoveri medici in chirurgia;
 - lo sviluppo della chirurgia in *Day Surgery*, per liberare le sale operatorie dagli interventi a bassa complessità.

2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.a Obiettivi del programma

2.a.1 Analisi dei problemi e priorità

Dall'analisi dei bisogni e dell'offerta *ante-operam*, presentati al Capitolo 1, si può riassumere che la situazione attuale del sistema ospedaliero abruzzese presenti le seguenti criticità (in ordine di priorità):

- strutture ospedaliere non sicure dal punto di vista sismico;
- strutture ospedaliere con un *layout* e macchinari inadeguati a rispondere alle esigenze di cura dei cittadini abruzzesi;
- mobilità passiva extra regionale da ridurre.

2.a.2 La catena degli obiettivi

Valutate le criticità e le priorità di cui al paragrafo precedente, si identificano gli obiettivi generali, specifici ed operativi del programma. Tali obiettivi rappresentano l'attuazione di una ulteriore fase di interventi in coerenza con gli obiettivi previsti anche in sede di Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese 2016 - 2018.

Obiettivi generali

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

G2. Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate

Obiettivi specifici

S1. Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

Obiettivi operativi

O1. Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali

O2. Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli *outcome* per ciascuna prestazione

O3. Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti

O4. Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed elisoccorso

O5. Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale

O6. Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa

2.a.3 Interventi progettuali

Le risorse economiche si devono concentrare sugli interventi di massima priorità, distribuendosi poi sugli altri interventi a seconda del grado di urgenza. In particolare:

- **costruzione di tre nuovi ospedali (Avezzano, Lanciano e Vasto) e organizzazione degli stessi per area d'intensità, in quanto rappresentano in Regione un punto di riferimento per la garanzia del**

soddisfacimento dei LEA, il recupero di flussi di mobilità passiva e il raggiungimento di livelli qualitativi elevati sulle prestazioni;

- **costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona** attraverso la realizzazione del Lotto 2 del nuovo P.O. di Sulmona, l'adeguamento impiantistico e funzionale dell'Ala Nuova dell'attuale presidio, la demolizione dell'Ala vecchia dell'attuale presidio e la realizzazione della pista di atterraggio dell'elisoccorso e sistemazioni esterne. Si rileva che per ciò che concerne il PO di Sulmona, la realizzazione è stata avviata nelle more di sottoscrizione dell'AdP alla luce dell'assoluta inadeguatezza sismica della struttura e del continuo verificarsi di scosse sismiche su un'area a forte rischio sismico e con sistemi di faglie adiacenti a quelle interessate dal sisma del 6 aprile 2009;
- **ristrutturazione del P.O. di Penne:** la ristrutturazione del PO di Penne è prioritaria perché, data l'alta densità abitativa, Penne e una serie di comuni limitrofi, in caso di chiusura dell'ospedale, vedrebbero un aumento considerevole del tempo per raggiungere l'ospedale più vicino, a causa anche della particolare morfologia del territorio;
- **realizzazione centrale operativa 118 con Eliporto ed Hangar presso l'Ospedale civile San Salvatore di L'Aquila.**

Tabella 14: Quadro finanziario

Art.20 95% Stato	Art.20 5% Regione	Somma recuperabile da partner privato	Altri finanziamenti	Importo complessivo
143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00	296.188.000,00

La scelta di costruire nuove strutture in altri siti piuttosto che ristrutturare le vecchie, è più economica; in aggiunta a ciò l'“adeguamento” o il “miglioramento” dei presidi ospedalieri esistenti non eliminerebbe il rischio sismico. Continuerebbe a persistere come effetto collaterale un elevato rischio sismico residuo: gli edifici ristrutturati raggiungerebbero un rapporto massimo di au_2 di 0.7 e non 1.

Combinando le necessità dettate dalla popolazione coinvolta, emerge la priorità di concentrarsi in *primis* sui presidi ospedalieri di Avezzano, Lanciano, Vasto e Sulmona, in coerenza con le somme disponibili per gli interventi. I 4 ospedali rappresentano, nel raggruppamento dei 12 ospedali di dimensioni medio - basse, quelli a maggior rischio sismico e contemporaneamente a bacino di utenza più rilevante in termini di popolazione, oltre ad essere supporto dei grandi ospedali di Chieti, Pescara, Teramo e l'Aquila.

La scelta della nuova costruzione è avvalorata dal fatto che l'adeguamento delle strutture esistenti alla LR 32/2007 e ss.mm.ii. potrebbe comportare la riduzione dei posti letto per stanza, con conseguente riduzione del numero totale di posti letto degli ospedali a causa del fatto che gli edifici attuali non consentono ulteriori espansioni. Questo potrebbe comportare un'ulteriore riduzione delle prestazioni erogate e il successivo disallineamento con la domanda di ricoveri per i residenti dei consistenti bacini di riferimento.

Tabella 15: Obiettivi strategici e relativi interventi progettuali

Obiettivi	Interventi	Valorizzazione complessiva	di cui Art.20 95% Stato
A) Potenziare gli ospedali di grandi dimensioni	Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente	6.330.000,00	4.018.500,00
B) Ricostruire <i>ex-novo</i> , adeguare a norma o mettere in sicurezza gli ospedali di medie dimensioni	Nuova costruzione del P.O. di Avezzano Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Sulmona Nuova Costruzione del P.O. di Vasto Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano Ristrutturazione del P.O. di Penne	289.858.000,00	139.950.705,89
Valorizzazione complessiva		296.188.000,00	143.969.205,89

A fronte di una assegnazione complessiva di € 228.522.755,61, la Regione Abruzzo può usufruire di risorse finanziarie pari ad € 143.969.205,89, rese disponibili dal Ministero dell'Economia e delle Finanze a copertura dell'Accordo di Programma proposto, derivanti da:

- € 87.389.794,02 da art. 20 L. 67/88 - 2° fase (Assegnazione Delibera CIPE n. 52/1998);
- € 7.850.145,00 da art. 20 L. 67/88 (Assegnazione Delibera CIPE n. 65/2002 del 02/08/2002);
- € 48.729.266,87 da art. 20 L. 67/88 (Quota parte sul totale di € 60.357.372,57 derivante da Assegnazione Delibera CIPE n. 98/2008 del 18/12/2008);

- € 2.100.000,00 come somma messa a disposizione dalla regione Emilia Romagna per il P.O. di L'Aquila a seguito di accordo di programma con la ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila (Convenzione in forza della deliberazione della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 1255 del 6 settembre 2010, approvata a seguito della deliberazione del Direttore Generale della ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila, n. 1349 del 10 agosto 2011) impegnati con determinazione n° 377 del 18/07/2011;
- € 7.577.326,63: a carico di Regione;
- Costituiscono capitolo a sé stante i finanziamenti da reperire sul mercato con forme di partenariato pubblico - privato al fine di coprire il fabbisogno economico necessario per realizzare il programma proposto. Tale fabbisogno è stimato in € 142.541.467,48.

2.a.4 Offerta *post-operam*

La realizzazione degli interventi previsti dal presente programma comporterà la ridefinizione dell'offerta di assistenza in linea con l'attuale quadro normativo e programmatico regionale, esito delle modifiche apportate dalla Regione negli anni passati.

2.b Coerenza interna della strategia

2.b.1 Relazione e complementarità delle priorità

Le indicazioni che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale trovano rispondenza con gli obiettivi specifici del Programma. Tali indicazioni si riferiscono:

- alla realizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il DCA 79/2016 in attuazione al DM 70/2015;
- alla messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, per garantire adeguati *standard* di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- all'innovazione e all'ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute.

L'analisi della rete di offerta ospedaliera abruzzese delineata nei paragrafi precedenti mette in luce la necessità di investimenti, da un lato per la necessità di innovare e migliorare gli aspetti organizzativi ma anche e soprattutto per risolvere quelle situazioni strutturali più critiche e che potrebbero diventarlo anche di più in un futuro prossimo.

Le criticità strutturali degli ospedali di Avezzano, Lanciano e Vasto frenano lo sviluppo dell'attività sanitaria. Ciò ha portato alla necessità di provvedere alla realizzazione di nuove strutture in alternativa alle esistenti, con capacità adeguata alle attuali esigenze ma al contempo in grado di adeguarsi nel tempo alle modifiche, anche non lievi, che lo sviluppo tecnologico e della pratica medica renderanno necessarie.

La progettazione di nuovi complessi edilizi, oltre a risolvere i problemi strutturali dal punto di vista normativo, consentiranno anche di studiare con attenzione le modalità di *layout* più adeguate per rispondere all'ottimizzazione dei flussi di pazienti, visitatori, personale e merci.

2.b.2 Analisi dei rischi

Si riporta nella matrice seguente il dettaglio dell'analisi effettuata che tiene conto:

- dell'evoluzione del fabbisogno sanitario per la regione Abruzzo;
- della rete ospedaliera che ad esso fa e farà fronte;
- dell'elevato rischio sismico di ognuna delle strutture in oggetto dell'intervento;
- dell'economicità della soluzione "nuova costruzione" rispetto a quella della "ristrutturazione".

Tabella 16: Matrice SWOT

Fattori Interni	
S. Forza	W. Debolezza
La particolare collocazione delle strutture, coerente al fabbisogno di assistenza determinato dalla popolazione interessata	La vetustà strutturale dei presidi esistenti, che presentano oggettive difficoltà a rispondere ai requisiti riguardanti la normativa antisismica, antincendio e sicurezza
La presenza di personale qualificato	L'insufficienza, in termini di spazi disponibili per le attività sanitarie e l'accoglienza dell'utenza, delle aree destinate all'emergenza urgenza
La qualità dell'assistenza e la presenza di eccellenze	L'impossibilità per la restante rete di offerta di farsi carico dell'assistenza attualmente erogata dalle strutture oggetto dell'intervento
	La difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio
Fattori Esterni	
O. Opportunità	T. Rischi
La realizzazione delle nuove strutture "ex-novo" progettandone il <i>layout</i> in modo intelligente e funzionale	I vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione
L'economicità della soluzione "nuova costruzione" rispetto alla "ristrutturazione"	La bassa attrazione extraregionale
Il potenziamento della diagnostica	
Il potenziamento del <i>day surgery</i> e del <i>one day surgery</i>	



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

3.a Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale

3.a.1 Coerenza con le priorità della Programmazione 2014-2020

La politica regionale unitaria, comunitaria e nazionale, riconosce la necessità di contribuire in modo significativo allo sviluppo della capacità di ricerca, innovazione, creazione e applicazione della conoscenza, alla più ampia diffusione della società dell'informazione e al migliore utilizzo del potenziale applicativo delle Tecnologie di Informazione e Comunicazione: nell'ambito della Programmazione 2014-2020 e più specificatamente nell'Accordo di Partenariato 2014-2020, tali elementi sono identificati (ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE n. 1303/2013) con l'Obiettivo Tematico 1 - "rafforzare la ricerca, lo sviluppo tecnologico e l'innovazione" e l'Obiettivo Tematico 2 - "migliorare l'accesso alle Tecnologie di Informazione e Comunicazione, nonché l'impiego e la qualità delle medesime".

Tale argomento si inquadra, quindi, nel più ampio obiettivo di promozione di una "Crescita intelligente (sviluppare un'economia basata sulla conoscenza e sull'innovazione)" previsto dalla strategia Europa 2020.

La strategia proposta si prefigge tra l'altro di agire a favore dell'innovazione nell'offerta di ricerca scientifica con il sostegno dei punti di riconosciuta eccellenza e della realizzazione di progetti di rilievo che possano costruire mirate collaborazioni di scopo tra Amministrazioni, ricerca e imprese.

Tra gli obiettivi specifici previsti dall'Accordo di Partenariato 2014-2020, risultano connessi alla strategia del programma di investimenti i seguenti punti:

- sostegno alla valorizzazione economica dell'innovazione attraverso la sperimentazione e l'adozione di soluzioni innovative nei processi, nei prodotti e nelle formule organizzative;
- sostegno alle attività collaborative di Ricerca & Sviluppo per lo sviluppo di nuove tecnologie sostenibili, di nuovi prodotti e servizi (realizzate dalle imprese in collegamento con altri soggetti dell'industria, della ricerca e dell'università,...);
- rafforzamento del sistema innovativo regionale e nazionale;
- interventi a supporto della qualificazione dell'offerta di servizi ad alta intensità di conoscenza e ad alto valore aggiunto tecnologico;
- sostegno alle infrastrutture della ricerca considerate critiche/cruciali per i sistemi regionali;
- soluzioni tecnologiche per la digitalizzazione e innovazione dei processi interni dei vari ambiti della Pubblica Amministrazione nel quadro del sistema pubblico di connettività quali ad esempio la giustizia (informatizzazione del processo civile), la sanità, il turismo, le attività e i beni culturali, i servizi alle imprese.

3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale

Si sottolinea che la coerenza con la programmazione settoriale è presente nel presente documento ogniqualvolta si faccia riferimento ai seguenti documenti:

- DM 70
- Programma Operativo 2010;
- Programma Operativo 2011-2012;
- D.Lgs. 95/12 - convertito in L.135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending Review*);
- DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" in seguito al recepimento del DM 70/2015;
- DCA 55/2016 - Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese 2016-2018 e successiva DGR n.576 del 22/09/2016.

Al fine di evidenziare la continuità delle azioni/obiettivi posti in essere nel campo degli investimenti, si specificano di seguito i risultati ottenuti attraverso una lettura trasversale degli interventi inclusi nei descritti AdP con ricadute sensibili sulla "sicurezza" sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Gli ambiti in cui maggiormente sono stati realizzati gli obiettivi operativi sono i seguenti:

- **potenziamento della rete di emergenza** attraverso la riqualificazione dei tre settori nevralgici e di rilevanza regionale quali la Cardiocirurgia e trapianti del nuovo P.O. di Chieti, il Pronto Soccorso e l'Anestesia e Rianimazione del P.O. di Pescara, l'installazione di una nuova postazione di Elisoccorso e di una nuova rete di radiocollegamenti;
- **messa a norma e in sicurezza dei nodi ospedalieri della rete** in termini di adeguamento a normativa disabili, adeguamento impiantistico (DPR 14/01/1997, L.626/94, L.46/90), adeguamento per la sicurezza (D.Lgs. 81/08), ristrutturazione locali ai fini dell'accessibilità e della sicurezza, sistemazione aree esterne ai fini dell'accessibilità e della sicurezza delle strutture sanitarie, della riorganizzazione logistica, distributiva ed impiantistica delle aree funzionali delle stesse con conseguente rilevante ammodernando di manufatti edilizi spesso desueti e risalenti agli anni 60/70 dei presidi di L'Aquila, Teramo, Atri;
- **potenziamento tecnologico della diagnostica** mediante l'innovazione dell'attuale parco tecnologico dei servizi/ reparti prevalentemente afferenti i piccoli/ medi ospedali (PP.OO. di Pescara, Castel di Sangro, Tagliacozzo, Sulmona, Ortona, Guardiareale, Atessa, Casoli, Gissi, Penne Pescara, Popoli, Teramo e Atri) attraverso i quali è stata migliorata l'attività ospedaliera di diagnosi, cura e riabilitazione a bassa complessità, potenziata la prevenzione secondaria, ridimensionate le liste di attesa e arginata la mobilità passiva;
- **potenziamento dell'assistenza socio sanitaria agli anziani** attraverso l'adeguamento e l'ampliamento di strutture residenziali (RSA di L'Aquila, Teramo-Casalena) per i soggetti non autosufficienti totali o parziali o affetti da Alzheimer o Parkinson garantendo una adeguata assistenza e la riduzione della quota di ricoveri ad alto rischio di inappropriata;
- **riduzione del rischio sismico** (attuazione delle disposizioni della legge 77/09 e successive NCT 2018 approvate con DM 17/01/2018 ed entrate in vigore al 22/03/2018) attraverso il ripristino strutturale e funzionale del P.O. di L'Aquila e l'adeguamento alle norme di sicurezza e potenziamento degli ospedali di grandi dimensioni (Pescara e Teramo) e di piccole/medie dimensioni (Atri);
- **adeguamento alla normativa antincendio** delle strutture sanitarie attraverso la realizzazione, all'interno dell'attuazione dell'AdP stralcio 2004 e dell'AdP rimodulato, degli interventi necessari all'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi dei PP.OO. di Giulianova, Casoli, Teramo, Atri, Pescara nonché della RSA di Città Sant'Angelo sulla scorta delle determinazioni della Conferenza Stato Regioni approvate nella seduta del 4 aprile concernente la "Proposta di aggiornamento della normativa antincendio inerente le strutture sanitarie" in attesa della definizione da parte degli Organi centrali dei necessari adempimenti-quadro (Piano straordinario di adeguamento, Strumento legislativo, Piano finanziario e Regola tecnica antincendio). Ai precedenti interventi sono da aggiungere gli ulteriori interventi programmati a valere sui fondi art. 20 messi a disposizione con delibera CIPE n. 16/2013 con programma di interventi approvato dal Ministero della Salute con nota 25/09/2017.

Inoltre Regione Abruzzo, all'interno dei programmi di investimento finalizzati (L. 05/06/1990 n.135, concernente il programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS; L. 31/01/1996 n. 34, concernente il programma di interventi nel settore materno-infantile; DL 28/12/1998 n. 450 concernente il programma per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa; D.Lgs. 28/07/2000 n. 254, concernente il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale; L. 23/12/1998 n. 448, art. 71, concernente il programma di interventi e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani) ha realizzato i seguenti obiettivi operativi con:

- **finanziamento materno-infantile**, le cui somme non spese sono state rimodulate a favore di interventi mirati; (Decreto del Commissario ad Acta n.66/2012) si è realizzato il potenziamento dei servizi dedicati alla donna e al bambino adeguando i reparti afferenti ai Dipartimenti materno-infantili, alle Unità operative di ostetricia e ginecologia e alla rete consultoriale territoriale e le sale parto dei presidi ospedalieri di Sulmona, Ortona, Chieti e Sant'Omero;



- **finanziamento intramoenia**, le cui somme non spese sono state rimodulate a favore di interventi mirati (Decreto del Commissario ad Acta n. 68/2011). È in corso di realizzazione l'adeguamento degli ambulatori dei PP.OO. di L'Aquila, Castel di Sangro, Ortona, Atesa, Chieti, Pescara, Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero e delle degenze dei PP.OO di Castel di Sangro, Ortona, Atesa, Casoli, Chieti, Pescara, Penne, Popoli, Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero;
- finanziamento concernente la **lotta all'AIDS**. Si è realizzato l'adeguamento dei reparti di malattie infettive di Pescara, L'Aquila e Chieti;
- finanziamento concernente la **riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani**. Sono in corso di ultimazione gli interventi di adeguamento a norma/ristrutturazione/potenziamento tecnologico ricadenti sul P.O. di L'Aquila.

3.b Sostenibilità degli interventi

3.b.1 Analisi delle condizioni

Gli ospedali di Lanciano, Vasto e Avezzano fanno parte della rete emergenza urgenza abruzzese e sono sede di DEA di I livello con funzione di *spoke* per le reti tempo dipendenti e le patologie complesse. A seguito del riordino della rete ospedaliera, il presidio di Avezzano ha assorbito gli ulteriori accessi al PS precedentemente afferenti a Tagliacozzo; il presidio di Lanciano ha assorbito gli accessi al PS di Atesa; il presidio di Vasto ha assunto ruolo di DEA di I livello *spoke* per garantire adeguata copertura alle reti tempo dipendenti.

L'ospedale di Sulmona fa parte della rete emergenza urgenza ed è sede di Pronto Soccorso.

I presidi di Pescara, Guardiagrele e Tagliacozzo sono stati formalmente convertiti in Punti di Primo Intervento (PPI) e, funzionalmente, anche Ortona e Atesa ancorché non ancora dichiarati tali.

Per perseguire una maggiore efficienza della spesa connessa agli ospedali, oltre che una messa in sicurezza degli immobili, è necessario che gli edifici di nuova costruzione vengano progettati anche tenendo in conto l'ottimizzazione dei flussi separati tra personale, pazienti, visitatori e merci.

3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria

Per la valutazione della sostenibilità economica e finanziaria degli interventi previsti si evidenziano due tipologie di osservazioni: le prime legate alla costruzione dei tre nuovi ospedali nell'ipotesi di ricorso ad un Partenariato Pubblico Privato *Light*, le seconde legate ai restanti interventi.

Nel caso dei tre ospedali di nuova costruzione, oltre alle informazioni di dettaglio riportate nei paragrafi seguenti e che dimostrano la sostenibilità del canone di disponibilità da riconoscere al *partner* privato, si sottolinea che nel transitorio che intercorrerà tra la disponibilità dei nuovi ospedali e l'anno di regime in cui i risparmi assorbiranno per intero le rate di canone vale la copertura garantita con le maggiori disponibilità di cui Regione potrà godere con la scadenza delle cartolarizzazioni (Prot.n.RA./0030153/18/SAN del 01/02/2018). Le cartolarizzazioni adottate da Regione per il ripiano dei debiti sanitari pregressi, sono costituite da:

- D'Annunzio S.r.l che prevede rimborsi semestrali fino al 05/01/2021 (una rata nel 2021), per una quota annua di 29,90 €mln;
- D'Annunzio Finance che prevede rimborsi semestrali fino al 04/06/2021 (ultime due rate nel 2021), per una quota annua di 11,11 €mln;
- Adriatica Finance che prevede rimborsi semestrali fino al 04/06/2021 (ultime due rate nel 2021), per una quota annua di 15,14 €mln.

Di tali quote, 25.544.172,01 € sono stati utilizzati per la copertura del disavanzo di amministrazione presunto al 31.12.2014 (per ulteriori dettagli si rimanda alla Deliberazione Consiliare 105_1_ del 22-12-2017).

Pertanto, rispetto ad una quota di ammortamento annua delle cartolarizzazioni pari a 56,16 €mln fino all'anno 2020, a partire dal 2022 Regione Abruzzo avrà disponibilità ulteriori per circa 31 €mln.

Nel caso dei restanti interventi legati al P.O. di Sulmona, al P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa 118 con eliporto e *hangar* presso l'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila, Regione ritiene che ci sia coerenza tra le risorse messe a disposizione dall'Art. 20, comprese quelle derivanti dal contributo dell'Emilia Romagna, e quelle predisposte per l'attuazione degli interventi. D'altronde

si tratta di operazioni di sostituzione / ristrutturazione / ammodernamento di strutture sanitarie già esistenti ed operative. Tutti gli interventi sono concepiti in modo da rinnovare in maniera efficace e soprattutto efficiente l'offerta esistente, con l'obiettivo di migliorare, al più a parità di costi di gestione, i livelli di servizio attualmente erogati. Non ci saranno dunque costi emergenti legati alla gestione.

3.b.2.1 Avezzano

Per la costruzione del nuovo ospedale di Avezzano si è ipotizzato il ricorso ad un Partenariato Pubblico Privato *Light* (PPP) e se ne è calcolato il Piano Economico Finanziario (PEF).

Il PEF per l'ospedale di Avezzano riceve in *input* le seguenti ipotesi:

- durata della costruzione: 4 anni;
- durata della gestione: 20 anni;
- valore dell'investimento: 83.676.000 € (Iva inclusa);
- valore del contributo ex art. 20 L. 67/88: 35.176.000 € (Iva inclusa); importo a carico dello Stato € 33.417.200,00 importo a carico della Regione € 1.758.800,00;
- manutenzioni edili e impiantistiche: 1,7% annuo calcolato sul valore dell'investimento;
- leva finanziaria iniziale: 70%;
- costo del debito: 4,32% (*spread* 3%, costo garanzie 0,30%);
- costo dell'*equity*: 8,54% calcolato secondo i seguenti dati di input e una metodologia proposta dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;
- WACC (costo medio ponderato del capitale): 4,86%.

A fronte dei dati succitati, si prevede che il canone di disponibilità da corrispondere all'operatore privato sia pari a 6.106.000 €, sui cui si prevede l'applicazione di una aliquota IVA del 10% (ai sensi della determinazione 100/2016 dell'Agenzia delle Entrate).

Per la dimostrazione della sostenibilità del canone di disponibilità sono state effettuate due valutazioni: la prima legata al confronto con i costi legati all'adeguamento strutturale degli edifici esistenti, la seconda legata al conto economico a regime del presidio di nuova costruzione.

Per quanto riguarda il confronto con i costi legati ai lavori di adeguamento, nell'ipotesi di ricorrere a un tradizionale finanziamento bancario per coprire il fabbisogno finanziario generato dalla differenza tra costi di adeguamento e risorse ex art. 20, la rata annuale ammonterebbe a 1,31 milioni per Avezzano (ipotizzando un finanziamento a 20 anni al tasso del 3.5%).

A questo costo deve essere sommato il costo relativo alle manutenzioni (incluse nel contratto di *PPP light*) e l'inefficienza energetica dovuta all'obsolescenza delle strutture e degli impianti.

Il costo totale annuo di investimenti minimi di adeguamento ammonterebbe quindi a circa 3 milioni per l'ospedale di Avezzano cioè il 39% del canone di disponibilità a lordo di IVA.

Il differenziale tra canone di disponibilità e costi associati ai lavori di adeguamento, sono la sola stima dei lavori, che troveranno copertura nelle efficienze gestionali derivanti dal passaggio a strutture progettate per intensità di cura che porterà ad una riduzione del costo del personale e dei tanti servizi legati alla gestione delle superfici (pulizia, acqua, elettricità, ecc...).

Tabella 17: Stima costi lavori di adeguamento

€ mln	Adeguamento antincendio	Adeguamento antisismico	Adeguamento impianti	Totale	Investimento rispetto a nuovo ospedale
Avezzano	4,34	27,44	11,5	43,28	51,77%

Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda l'ipotesi di conto economico dell'ospedale di nuova costruzione sono state prese in considerazione tutte le variabili produttive.

Sulla base della configurazione della rete prevista dal DCA n.79/2016 si può presumere che il PO di Avezzano, sede di DEA di I livello, riuscirà a raggiungere un tasso di occupazione dei posti letto per acuti al 90%.

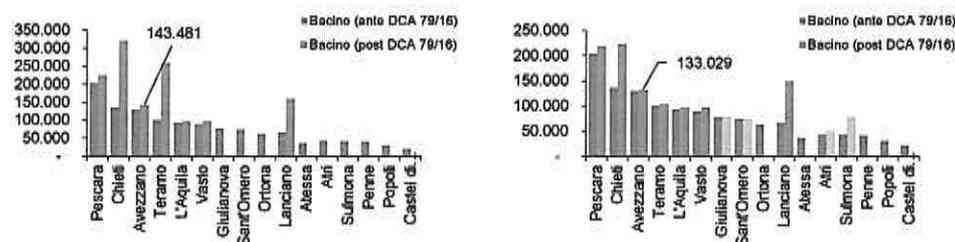
Tabella 18: Bacino di utenza e offerta di PL x 1.000 ab

	Bacino di utenza ante DCA n.79/16	PL per 1.000 ab ante DCA n.79/16	Bacino di utenza post DCA n.79/16	PL per 1.000 ab post DCA n.79/16
Avezzano	130.374	1,72	143.481	1,59

Fonte: Elaborazioni interne

Come mostrato nei grafici sottostanti nel calcolo dei bacini di utenza, sia considerando esclusivamente i PO sede di DEA di I livello che considerando anche i PO sede di PS, i PL per 1.000 abitanti risultano inferiori alla soglia ministeriale dei 3,7 PL per 1.000 abitanti. Dunque è ragionevole ritenere che il nuovo PO raggiungerà agevolmente il TO pari al 90%.

Figura 29: Bacini per presidio ospedaliero (sinistra) e bacini per presidio ospedaliero con sede di Pronto Soccorso (destra)



Fonte: Rilevazione Google Maps

I ricavi legati al valore della produzione comprendono la quota di ricavi da ricovero, da attività ambulatoriale e per funzioni. Il valore della produzione, considerando ricoveri e ambulatorio, medio a posto letto del PO di Avezzano è pari a 230.902,48 €/PL. Aggiungendo a tale valore anche una valorizzazione forfettaria delle funzioni coerente con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende Ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 *sexies* del Dgls 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione), il ricavo medio per il PO di Avezzano per posto letto è pari a 330.190,54 €/PL.

Tabella 19: Ricavi del presidio con le funzioni valorizzate al 30% del totale dei ricavi (produzione e funzioni)

Ricavi (€Mln)	
Ricoveri	39,6
Ambulatorio	13,1
Funzioni	22,6
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	75,3

Fonte: Elaborazioni interne

La valorizzazione dei ricavi da ricovero è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi per ricoveri in degenza ordinaria e in *Day Hospital*. I ricavi per ricoveri in **degenza ordinaria** sono stati stimati come prodotto del valore medio del DRG per il numero di ricoveri annui per singola disciplina. Il valore medio del ricovero è stato stimato sulla base della valorizzazione media dei ricoveri erogati attualmente per ciascuna disciplina. Il numero di ricoveri stimati annui è stato ottenuto come rapporto tra numero di giornate di ricovero (in un ipotesi di tasso di occupazione dei posti letto del 90% come previsto dal DCA 79/2016) e la degenza media per disciplina dei ricoveri erogati attualmente. I ricavi per ricoveri in *Day Hospital* sono stati stimati come rapporto tra giornate di degenza su 240 gg lavorativi/anno e ipotizzando un numero di accessi al giorno (tasso di rotazione) pari a 1,5.

Tabella 20: Suddivisione dei ricavi in Degenza Ordinaria e *Day Hospital* e parametri di calcolo dell'attività

Ricavi (€Mln)		Parametri	
Ricoveri DO	34,3	PL totali	228
Ricoveri DH	5,3	PL DO	203
Totale	39,6	PL DH	25
		Tasso di occupazione	0,9
		Tasso di rotazione DH	1,5

Fonte: Elaborazioni Interne

La valorizzazione dei ricavi da attività ambulatoriale è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi da visite, laboratorio e radiodiagnostica. La valorizzazione dei ricavi da visite è stata ottenuta come prodotto della tariffa media di una visita per il numero di visite. La tariffa media di una visita è stata stimata sulla base della valorizzazione media delle prestazioni erogate attualmente. Il numero di visite è stato calcolato considerando la durata media di una visita ed il tempo di apertura annuo di un ambulatorio per il numero di laboratori. È stata ipotizzata una saturazione pari al 70%. La valorizzazione dei ricavi per attività di laboratorio è stata calcolata come prodotto tra il numero di prestazioni di laboratorio per esterni stimate e la tariffa media. La tariffa media di una prestazione di laboratorio è stata stimata sulla base della media dei valori attuali. I ricavi per attività di radiodiagnostica sono calcolati come prodotto tra tariffa media e numero di prestazioni per tipologia di tecnologia. La tariffa media di una prestazione di radiodiagnostica per tecnologia è stata stimata sulla base dei valori attuali. Il numero di prestazioni per tipologia di tecnologia è dato dal prodotto del tempo di disponibilità dell'apparecchiatura per anno per la saturazione, ipotizzata pari al 60% solo per le prestazioni per esterni, rapportato alla durata media di un esame per tipologia di tecnologia. Il numero di tecnologie utilizzato per le stime è quello riportato nella tabella che segue.

Tabella 21: Composizione dei ricavi da ambulatorio e parametri di calcolo delle visite e dal laboratorio

Visite	5,7	Parametri	
Laboratorio	2,0	Numero ambulatori	23
Radiodiagnostica	5,4	Ore apertura ambulatorio	3.300
Totale ambulatorio	13,1	Saturazione	1
		Tempo medio	20
		Tariffa media	36
		Parametri	
		Prestazioni laboratorio	300.000
		Tariffa media	6,5

Fonte: Elaborazioni Interne

Tabella 22: Parametri di calcolo per i ricavi da radiodiagnostica: Numero di macchine (sinistra), tempo medio esame (centro) e ore di attività per esterni all'anno(destra)

Tipo Macchina	# macchine	T.Medio (min)	Ore esterni/anno
RX Flussi	4	11,0	26.400
US	12	25,6	79.200
CT	1	23,9	6.600
MR	1	29,1	6.600
NUCL	-	29,1	-
RT	-	27,0	-
MAMMO	1	20,0	6.600
MOC	1	22,9	6.600
C-amm ANGIO	1	15,0	6.600
C-amm GENERICO	1	39,9	6.600
RX mobili	-	-	-
CT simulator	-	-	-
Rx Dentale	1	11,0	6.060

Fonte: Elaborazioni Interne

I ricavi per funzioni costituiscono la remunerazione che ciascuna struttura riceve in virtù di specifiche attività erogate non remunerate attraverso la tariffa. L'articolo 8 *sexies* del Dlgs 502/1992 individua le seguenti macrocategorie di attività per le quali le strutture possono essere remunerate a funzione:

programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione; programmi di assistenza a malattie rare; attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992; programmi sperimentali di assistenza; programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espanto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

In assenza di una metodologia specifica per i presidi ospedalieri, la stima del valore dei ricavi per funzioni è stata effettuata in linea con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende Ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 sexies del Dlgs 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione).

Qualora, in via prudenziale, si abbattesse tale valore del 30% comunque i ricavi medi a posto letto erogati dal presidio di Avezzano sono pari a **300.173,22 €/PL**.

Tabella 23: Valore dei ricavi con le funzioni decurtate del 30%

Ricavi (€Mln)	
Ricoveri	39,6
Ambulatorio	13,1
Funzioni	15,8
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	68,5

Fonte: Elaborazioni interne

3.b.2.2 Lanciano

Per la costruzione del nuovo ospedale di Lanciano si è ipotizzato il ricorso ad un Partenariato Pubblico Privato *Light* (PPP) e se ne è calcolato il Piano Economico Finanziario (PEF).

Il PEF per l'ospedale di Lanciano riceve in *input* le seguenti ipotesi:

- durata della costruzione: 4 anni;
- durata della gestione: 20 anni;
- valore dell'investimento: 80.006.000 € (Iva inclusa);
- valore del contributo ex art. 20 L. 67/88: 34.464.532,52 € (Iva inclusa); importo a carico dello Stato € 32.741.305,89 importo a carico della Regione € 1.723.226,63;
- manutenzioni edili e impiantistiche: 1,7% annuo calcolato sul valore dell'investimento;
- leva finanziaria iniziale: 70%;
- costo del debito: 4,32% (*spread* 3%, costo garanzie 0,30%);
- costo *dell'equity*: 8,54% calcolato secondo i seguenti dati di input e una metodologia proposta dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;
- WACC (costo medio ponderato del capitale): 4,86%.

A fronte dei dati succitati, si prevede che il **canone di disponibilità** da corrispondere all'operatore privato sia pari a **5.557.000 €**, sui cui si prevede l'applicazione di una aliquota IVA del 10% (ai sensi della determinazione 100/2016 dell'Agenzia delle Entrate).

Per la dimostrazione della sostenibilità del canone di disponibilità sono state effettuate due valutazioni: la prima legata al confronto con i costi legati all'adeguamento strutturale degli edifici esistenti, la seconda legata al conto economico a regime del presidio di nuova costruzione.

Per quanto riguarda il confronto con i costi legati ai lavori di adeguamento, nell'ipotesi di ricorrere a un tradizionale finanziamento bancario per coprire il fabbisogno finanziario generato dalla differenza

tra costi di adeguamento e risorse ex art. 20, la rata annuale ammonterebbe a 1,51 milioni per Lanciano (ipotizzando un finanziamento a 20 anni al tasso del 3.5%).

A questo costo deve essere sommato il costo relativo alle manutenzioni (incluse nel contratto di *PPP light*) e l'inefficienza energetica dovuta all'obsolescenza delle strutture e degli impianti.

Il costo totale annuo di investimenti minimi di adeguamento ammonterebbe quindi a circa 3,86 milioni per l'ospedale di Lanciano cioè il 49% del canone di disponibilità a lordo di IVA.

Il differenziale tra canone di disponibilità e costi associati ai lavori di adeguamento, sono la sola stima dei lavori, che troveranno copertura nelle efficienze gestionali derivanti dal passaggio a strutture progettate per intensità di cura che porterà ad una riduzione del costo del personale e dei tanti servizi legati alla gestione delle superfici (pulizia, acqua, elettricità, ecc...).

Tabella 24: Stima costi lavori di adeguamento

€mln	Adeguamento antincendio	Adeguamento antisismico	Adeguamento impianti	Totale	Investimento rispetto a nuovo ospedale
Lanciano	0,2	31,62	13,28	45,1	56,38%

Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda l'ipotesi di conto economico dell'ospedale di nuova costruzione sono state prese in considerazione tutte le variabili produttive.

Sulla base della configurazione della rete prevista dal DCA n.79/2016 si può presumere che il presidio ospedaliero di Lanciano, sede di DEA di I livello, riuscirà a raggiungere un tasso di occupazione dei posti letto per acuti al 90%.

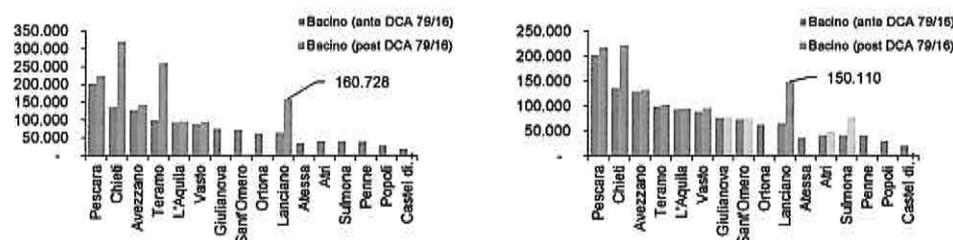
Tabella 25: Bacino di utenza e offerta di PL x 1.000 ab

	Bacino di utenza ante DCA n.79/16	PL per 1.000 ab ante DCA n.79/16	Bacino di utenza post DCA n.79/16	PL per 1.000 ab post DCA n.79/16
Lanciano	67.102	3,08	160.728	1,36

Fonte: Elaborazioni interne

Come mostrato nei grafici sottostanti nel calcolo dei bacini di utenza, sia considerando esclusivamente i PO sede di DEA di I livello che considerando anche i PO sede di PS, i PL per 1.000 abitanti risultano inferiori alla soglia ministeriale dei 3,7 PL per 1.000 abitanti. Dunque è ragionevole ritenere che il nuovo PO raggiungerà agevolmente il TO pari al 90%.

Figura 30: Bacini per presidio ospedaliero (sinistra) e bacini per presidio ospedaliero con sede di Pronto Soccorso (destra)



Fonte: Rilevazione Google Maps

I ricavi legati al valore della produzione comprendono la quota di ricavi da ricovero, da attività ambulatoriale e per funzioni. Il valore della produzione medio a posto letto delle del PO di Lanciano è pari a 231.296,60 €/PL. Aggiungendo a tale valore anche una valorizzazione forfettaria delle funzioni coerente con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende Ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 *sexies* del Dgls 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione), il ricavo medio per il PO di Lanciano per posto letto è pari a 330.754,13 €/PL.

Tabella 26: Ricavi del presidio con le funzioni valorizzate al 30% del totale dei ricavi (produzione e funzioni)

	Ricavi (€Mln)
Ricoveri	37,6
Ambulatorio	12,8
Funzioni	21,7
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	72,1

Fonte: Elaborazioni interne

La valorizzazione dei ricavi da ricovero è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi per ricoveri in degenza ordinaria e in *Day Hospital*. I ricavi per ricoveri in **degenza ordinaria** sono stati stimati come prodotto del valore medio del DRG per il numero di ricoveri stimati annui per singola disciplina. Il valore medio del ricovero è stato stimato sulla base della valorizzazione media dei ricoveri erogati attualmente per ciascuna disciplina. Il numero di ricoveri stimati annui è stato ottenuto come rapporto tra numero di giornate di ricovero (in un ipotesi di tasso di occupazione dei posti letto del 90% come previsto dal DCA 79/16) e la degenza media per disciplina dei ricoveri erogati attualmente. I ricavi per ricoveri in *Day Hospital* sono stati stimati come rapporto tra giornate di degenza su 240gg lavorativi/anno e ipotizzando un numero di accessi al giorno (tasso di rotazione) pari a 1,5.

Tabella 27: Suddivisione dei ricavi in Degenza Ordinaria e *Day Hospital* e parametri di calcolo dell'attività

	Ricavi (€Mln)
Ricoveri DO	32,8
Ricoveri DH	4,8
Totale	37,6

	Parametri
PL totali	218,0
PL DO	194,0
PL DH	20,0
Tasso di occupazione	0,9
Tasso di rotazione DH	1,5

Fonte: Elaborazioni interne

La valorizzazione dei ricavi da attività ambulatoriale è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi da visite, laboratorio e radiodiagnostica. La valorizzazione dei ricavi da **visite** è stata ottenuta come prodotto della tariffa media di una visita per il numero di visite. La tariffa media di una visita è stata stimata sulla base della valorizzazione media delle prestazioni erogate attualmente. Il numero di visite è stato calcolato considerando la durata media di una visita ed il tempo di apertura annuo di un ambulatorio per il numero di laboratori. È stata ipotizzata una saturazione pari al 70%. La valorizzazione dei ricavi per attività di **laboratorio** è stata calcolata come prodotto tra il numero di prestazioni di laboratorio per esterni stimate e la tariffa media. La tariffa media di una prestazione di laboratorio è stata stimata sulla base della media dei valori attuali. I ricavi per attività di **radiodiagnostica** sono calcolati come prodotto tra tariffa media e numero di prestazioni per tipologia di tecnologia. La tariffa media di una prestazione di radiodiagnostica per tecnologia è stata stimata sulla base dei valori attuali. Il numero di prestazioni per tipologia di tecnologia è dato dal prodotto del tempo di disponibilità dell'apparecchiatura per anno per la saturazione, ipotizzata pari al 60% solo per le prestazioni per esterni, rapportato alla durata media di un esame per tipologia di tecnologia. Il numero di tecnologie utilizzato per le stime è quello riportato nella tabella che segue.

Tabella 28: Composizione dei ricavi da ambulatorio e parametri di calcolo delle visite e dal laboratorio

	Ricavi (€Mln)
Visite	5,5
Laboratorio	2,0
Radiodiagnostica	5,4
Totale ambulatorio	12,8

	Parametri
Numero ambulatori	22
Ore apertura ambulatorio	3.300
Saturazione	1
Tempo medio	20
Tariffa media	36

	Parametri
Prestazioni laboratorio	300.000
Tariffa media	6,5

Fonte: Elaborazioni interne

Tabella 29: Parametri di calcolo per i ricavi da radiodiagnostica: Numero di macchine (sinistra), tempo medio esame (centro) e ore di attività per esterni all'anno(destra)

Tipo Macchina	# macchine	T.Medio (min)	Ore estern/anno
RX Flussi	4	11,0	26.400
US	12	25,6	79.200
CT	1	23,9	6.600
MR	1	29,1	6.600
NUCL	-	29,1	-
RT	-	27,0	-
MAMMO	1	20,0	6.600
MOC	1	22,9	6.600
C-amm ANGIO	1	15,0	6.600
C-amm GENERICO	1	39,9	6.600
RX mobili	-	-	-
CT simulator	-	-	-
Rx Dentale	1	11,0	6.060

Fonte: Elaborazioni interne

I ricavi per funzioni costituiscono la remunerazione che ciascuna struttura riceve in virtù di specifiche attività erogate non remunerate attraverso la tariffa. L'articolo 8 *sexies* del Dlgs. 502/1992 individua le seguenti macrocategorie di attività per le quali le strutture possono essere remunerate a funzione: programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione; programmi di assistenza a malattie rare; attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992; programmi sperimentali di assistenza; programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

In assenza di una metodologia specifica per i presidi ospedalieri, la stima del valore dei ricavi per funzioni è stata effettuata in linea con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 *sexies* del Dlgs 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione).

Qualora, in via prudenziale, si abbattesse tale valore del 30% comunque i ricavi medi a posto letto erogati dalle singole strutture sono pari a **300.685,58 €/PL** per il presidio di Lanciano.

Tabella 30: Valore dei ricavi con le funzioni decurtate del 30%

Ricavi (€Min)	
Ricoveri	37,6
Ambulatorio	12,8
Funzioni	15,1
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	65,5

Fonte: Elaborazioni interne

3.b.2.3 Vasto

Per la costruzione del nuovo ospedale di Vasto si è ipotizzato il ricorso ad un Partenariato Pubblico Privato *Light* (PPP) e se ne è calcolato il Piano Economico Finanziario (PEF).

Il PEF per l'ospedale di Vasto riceve in *input* le seguenti ipotesi:

- durata della costruzione: 4 anni;
- durata della gestione: 20 anni;
- valore dell'investimento: 83.676.000 € (Iva inclusa);
- valore del contributo ex art. 20 L. 67/88: 35.176.000 € (Iva inclusa); importo a carico dello Stato € 33.417.200,00 importo a carico della Regione € 1.758.800,00;
- manutenzioni edili e impiantistiche: 1,7% annuo calcolato sul valore dell'investimento;
- leva finanziaria iniziale: 70%;
- costo del debito: 4,32% (*spread* 3%, costo garanzie 0,30%);
- costo *dell'equity*: 8,54% calcolato secondo i seguenti dati di *input* e una metodologia proposta dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;
- WACC (costo medio ponderato del capitale): 4,86%.

A fronte dei dati succitati, si prevede che il canone di disponibilità da corrispondere all'operatore privato sia pari a **6.106.000 €**, sui cui si prevede l'applicazione di una aliquota IVA del 10% (ai sensi della determinazione 100/2016 dell'Agenzia delle Entrate).

Per la dimostrazione della sostenibilità del canone di disponibilità sono state effettuate due valutazioni: la prima legata al confronto con i costi legati all'adeguamento strutturale degli edifici esistenti, la seconda legata al conto economico a regime del presidio di nuova costruzione.

Per quanto riguarda il confronto con i costi legati ai lavori di adeguamento, nell'ipotesi di ricorrere a un tradizionale finanziamento bancario per coprire il fabbisogno finanziario generato dalla differenza tra costi di adeguamento e risorse ex art. 20, la rata annuale ammonterebbe a 0,86 milioni per Vasto (ipotizzando un finanziamento a 20 anni al tasso del 3.5%).

A questo costo deve essere sommato il costo relativo alle manutenzioni (incluse nel contratto di *PPP light*) e l'inefficienza energetica dovuta all'obsolescenza delle strutture e degli impianti.

Il costo totale annuo di investimenti minimi di adeguamento ammonterebbe quindi a circa 2,36 milioni per l'ospedale di Vasto cioè il 29% del canone di disponibilità a lordo di IVA.

Il differenziale tra canone di disponibilità e costi associati ai lavori di adeguamento, sono la sola stima dei lavori, che troveranno copertura nelle efficienze gestionali derivanti dal passaggio a strutture progettate per intensità di cura che porterà ad una riduzione del costo del personale paramedico e dei tanti servizi legati alla gestione delle superfici (pulizia, acqua, elettricità ecc...).

Tabella 31: Stima costi lavori di adeguamento

€mln	Adeguamento antincendio	Adeguamento antisismico	Adeguamento impianti	Totale	Investimento rispetto a nuovo ospedale
Vasto	5,45	22,14	9,3	36,89	44,13%

Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda l'ipotesi di conto economico dell'ospedale di nuova costruzione sono state prese in considerazione tutte le variabili produttive.

Sulla base della configurazione della rete prevista dal DCA n.79/2016 si può presumere che il PO di Lanciano, sede di DEA di I livello, riuscirà a raggiungere un tasso di occupazione dei posti letto per acuti al 90%.

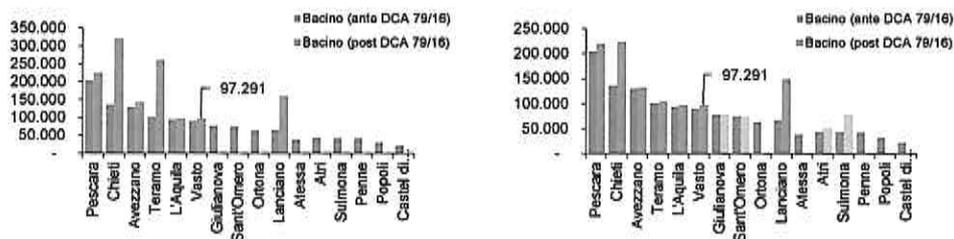
Tabella 32: Bacino di utenza e offerta di PL x 1.000 ab

	Bacino di utenza ante DCA n.79/16	PL per 1.000 ab ante DCA n.79/16	Bacino di utenza post DCA n.79/16	PL per 1.000 ab post DCA n.79/16
Vasto	90.528	2,23	97.291	2,34

Fonte: Elaborazioni interne

Come mostrato nei grafici sottostanti nel calcolo dei bacini di utenza, sia considerando esclusivamente i PO sede di DEA di I livello che considerando anche i PO sede di PS, i PL per 1.000 abitanti risultano inferiori alla soglia ministeriale dei 3,7 PL per 1.000 abitanti. Dunque è ragionevole ritenere che il nuovo PO raggiungerà agevolmente il TO pari al 90%.

Figura 31: Bacini per presidio ospedaliero (sinistra) e bacini per presidio ospedaliero con sede di Pronto Soccorso (destra)



Fonte: Rilevazione Google Maps

I ricavi legati al valore della produzione comprendono la quota di ricavi da ricovero, da attività ambulatoriale e per funzioni. Il valore della produzione medio a posto letto del PO di Vasto è pari a 227.197,46 €/PL. Aggiungendo a tale valore anche una valorizzazione forfettaria delle funzioni coerente con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende Ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 *sexies* del Dgls 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione), il ricavo medio per il PO di Vasto per posto letto è pari a 324.892,37 €/PL.

Tabella 33: Ricavi del presidio con le funzioni valorizzate al 30% del totale dei ricavi (produzione e funzioni)

Ricavi (€Mln)	
Ricoveri	38,7
Ambulatorio	13,1
Funzioni	22,3
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	74,1

Fonte: Elaborazioni interne

La valorizzazione dei ricavi da ricovero è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi per ricoveri in degenza ordinaria e in *Day Hospital*. I ricavi per ricoveri in **degenza ordinaria** sono stati stimati come prodotto del valore medio del DRG per il numero di ricoveri stimati annui per singola disciplina. Il valore medio del ricovero è stato stimato sulla base della valorizzazione media dei ricoveri erogati attualmente per ciascuna disciplina. Il numero di ricoveri stimati annui è stato ottenuto come rapporto tra numero di giornate di ricovero (in un ipotesi di tasso di occupazione dei posti letto del 90% come previsto dal DCA 79/2016) e la degenza media per disciplina dei ricoveri erogati attualmente. I ricavi per ricoveri in *Day Hospital* sono stati stimati come rapporto tra giornate di degenza su 240 gg lavorativi/anno e ipotizzando un numeri di accessi al giorno (tasso di rotazione) pari a 1,5.

Tabella 34: Suddivisione dei ricavi in Degenza Ordinaria e *Day Hospital* e parametri di calcolo dell'attività

Ricavi (€Mln)	
Ricoveri DO	33,6
Ricoveri DH	5,1
Totale	38,7

Parametri	
PL totali	228
PL DO	203
PL DH	25
Tasso di occupazione	0,9
Tasso di rotazione DH	1,5

Fonte: Elaborazioni interne

La valorizzazione dei ricavi da attività ambulatoriale è stata ottenuta sommando la componente dei ricavi da visite, laboratorio e radiodiagnostica. La valorizzazione dei ricavi da **visite** è stata ottenuta

come prodotto della tariffa media di una visita per il numero di visite. La tariffa media di una visita è stata stimata sulla base della valorizzazione media delle prestazioni erogate attualmente. Il numero di visite è stato calcolato considerando la durata media di una visita ed il tempo di apertura annuo di un ambulatorio per il numero di laboratori. È stata ipotizzata una saturazione pari al 70%. La valorizzazione dei ricavi per attività di laboratorio è stata calcolata come prodotto tra il numero di prestazioni di laboratorio per esterni stimate e la tariffa media. La tariffa media di una prestazione di laboratorio è stata stimata sulla base della media dei valori attuali. I ricavi per attività di radiodiagnostica sono calcolati come prodotto tra tariffa media e numero di prestazioni per tipologia di tecnologia. La tariffa media di una prestazione di radiodiagnostica per tecnologia è stata stimata sulla base dei valori attuali. Il numero di prestazioni per tipologia di tecnologia è dato dal prodotto del tempo di disponibilità dell'apparecchiatura per anno per la saturazione, ipotizzata pari al 60% solo per le prestazioni per esterni, rapportato alla durata media di un esame per tipologia di tecnologia. Il numero di tecnologie utilizzato per le stime è quello riportato nella tabella che segue.

Tabella 35: Composizione dei ricavi da ambulatorio e parametri di calcolo delle visite e dal laboratorio

Ricavi (€Mln)		Parametri	
Visite	5,7	Numero ambulatori	23
Laboratorio	2,0	Ore apertura ambulatorio	3.300
Radiodiagnostica	5,4	Saturazione	1
Totale ambulatorio	13,1	Tempo medio	20
		Tariffa media	36
		Parametri	
		Prestazioni laboratorio	300.000
		Tariffa media	6,5

Fonte: Elaborazioni interne

Tabella 36: Parametri di calcolo per i ricavi da radiodiagnostica: Numero di macchine (sinistra), tempo medio esame (centro) e ore di attività per esterni all'anno(destra)

Tipo Macchina	# macchine	T.Medio (min)	Ore esterni/anno
RX Flussi	4	11,0	26.400
US	12	25,6	79.200
CT	1	23,9	6.600
MR	1	29,1	6.600
NUCL	-	29,1	-
RT	-	27,0	-
MAMMO	1	20,0	6.600
MOC	1	22,9	6.600
C-amm ANGIO	1	15,0	6.600
C-amm GENERICO	1	39,9	6.600
RX mobili	-	-	-
CT simulator	-	-	-
Rx Dentale	1	11,0	6.060

Fonte: Elaborazioni interne

I ricavi per funzioni costituiscono la remunerazione che ciascuna struttura riceve in virtù di specifiche attività erogate non remunerate attraverso la tariffa. L'articolo 8 *sexies* del Dlgs 502/1992 individua le seguenti macrocategorie di attività per le quali le strutture possono essere remunerate a funzione: programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione; programmi di assistenza a malattie rare; attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992; programmi sperimentali di assistenza; programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori. In assenza di una metodologia specifica per i presidi ospedalieri, la stima del valore dei ricavi per funzioni è stata

effettuata in linea con la metodologia sviluppata a livello nazionale per le Aziende Ospedaliere che prevede, ai sensi dell'articolo 8 sexies del Dlgs 502/1992, un valore massimo riconoscibile per funzioni pari al 30% del totale dei ricavi (ricavi da produzione e ricavi da funzione).

Qualora, in via prudenziale, si abbattesse tale valore del 30% comunque i ricavi medi a posto letto erogati dal presidio di Vasto sarebbero pari a **295.356,70 €/PL**.

Tabella 37: Valore dei ricavi con le funzioni decurtate del 30%

Ricavi (€Mln)	
Ricoveri	38,7
Ambulatorio	13,1
Funzioni	15,5
Altri ricavi	-
Commerciali	-
Totale	67,3

Fonte: Elaborazioni interne

3.b.2.4 Altri interventi

Per quanto riguarda il P.O. di Sulmona, la realizzazione è stata avviata nelle more di sottoscrizione dell'AdP alla luce dell'assoluta inadeguatezza sismica della struttura e del continuo verificarsi di scosse sismiche su un'area a forte rischio sismico e con sistemi di faglie adiacenti a quelle interessate dal sisma del 6 aprile 2009. Ad oggi i lavori di costruzione sono praticamente ultimati, ivi compreso il II° lotto e residuano ulteriori interventi per circa €Mln 10.

Per quanto riguarda gli altri interventi legati alla ristrutturazione del P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa 118 con eliporto e *hangar* presso l'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila, essi si ritengono coerenti con le somme residue.

3.b.3 Sostenibilità amministrativa e gestionale

La sostenibilità gestionale è stata valutata in relazione alla natura degli interventi che sono principalmente di costruzione e riorganizzazione dei presidi ospedalieri di medie dimensioni e da investimenti sul territorio. Di conseguenza la gestione già esistente dei servizi e delle funzioni sanitarie non viene modificata ma semplicemente trasferita.

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

3.b.4 Sostenibilità di risorse umane

Per la valutazione della sostenibilità economica della voce relativa alle risorse umane si evidenziano due approcci: il primo legato alla costruzione dei tre nuovi ospedali, il secondo legato ai restanti interventi.

Nel caso dei tre ospedali di nuova costruzione, si è applicata la normativa regionale DCA 49/2012 per la stima del personale necessario per il funzionamento degli ospedali in coerenza con la produzione relativa ai posti letto da DCA 79/2016 e ipotizzata nel paragrafo 3.b.2 e seguenti.

Nel caso dei restanti interventi legati al P.O. di Sulmona, al P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa 118 con eliporto e *hangar* presso l'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila, non si prevede un impatto quantitativo in termini di personale. Qualora si verifichi la necessità di prevedere adeguamenti assistenziali, si potranno prevedere dei piani di mobilità del personale che risultasse in esubero da altre strutture da Regione. Di conseguenza, la sostenibilità trova fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/ sostituzioni/ *turnover* accompagnata da percorsi formativi di riqualificazione del personale. Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane applicate nel caso di interventi che comportano un aumento dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

3.b.4.1 Avezzano

Nell'ipotesi di calcolo del fabbisogno di personale per la produzione, in termini di giornate e ricoveri, e derivante dalla dotazione di PL prevista dalla nuova rete (DCA 79/2016) e calcolato secondo i

parametri forniti nel DCA 49/2012, ipotizzata al paragrafo 3.b.2.1, si stima una dotazione di personale pari a **825 FTE** tra personale sanitario e non.

Assumendo la valorizzazione di ciascun FTE al costo medio per ciascuna figura professionale pari al valore medio di Regione Abruzzo, si ipotizza un costo del personale per il presidio di Avezzano pari a **37,7 €mln.**

Tabella 38: Dotazione di personale de presidio secondo fabbisogno da DCA 49/2012, Costo medio di Regione Abruzzo per ogni figura professionale, Costo del personale valorizzato a costo medio regionale

FTE	Fabbisogno	Figura professionale	€	€Mln	Costo
Medici	175	Medici	86.531	Medici	15,1
Dirigenti medici	13	Dirigenti medici	86.531	Dirigenti medici	1,1
Infermieri	303	Infermieri	35.783	Infermieri	10,8
OSS/OTA	125	OSS/OTA	29.182	OSS/OTA	3,6
Ostetrici	10	Ostetrici	35.783	Ostetrici	0,4
Puericultrici	5	Puericultrici	35.783	Puericultrici	0,2
Comparto riabilitazione	25	Comparto riabilitazione	34.353	Comparto riabilitazione	0,9
Comparto tecnico sanitari	28	Comparto tecnico sanite	37.569	Comparto tecnico sanitari	1,1
Dirigenti sanitari non med	7	Dirigenti sanitari non me	81.528	Dirigenti sanitari non med	0,6
... di cui dirigenti biologi	6	Farmacisti	73.265	... di cui dirigenti biologi	0,5
... di cui dirigenti farmacia	1	Tecnici	25.502	... di cui dirigenti farmacia	0,1
Farmacisti	3	Amministrativi	32.059	Farmacisti	0,2
Tecnici	77			Tecnici	2,0
Amministrativi	54			Amministrativi	1,7
Totale personale	825			Totale costi	37,7

Fonte: Elaborazioni Interne

Confrontando il valore stimato del costo del personale a partire dal fabbisogno con il valore del costo del personale registrato dal Conto Economico di Presidio (CP) dell'anno 2016, si registra un risparmio potenziale pari a **5,4€mln.**

Tabella 39: Risparmio complessivo sul costo del personale.

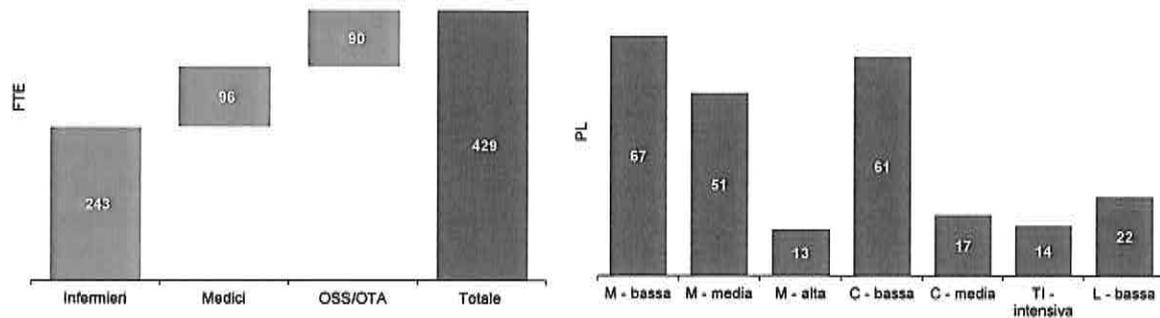
Costo del personale (€Mln)	
CP 2016	43,1
Fabbisogno	37,7
Δ	5,4

Fonte: Elaborazioni Interne

Si rileva che l'ipotesi di risparmio stimato può essere considerata prudentiale.

Per meglio comprendere come sia composta la dotazione complessiva di personale di reparto e come esso, oltre a rispettare la normativa, consenta anche un alto livello assistenziale, viene proposto l'esempio della medicina generale, della chirurgia generale e della terapia intensiva (non considerando l'UTIC). Verrà altresì presentato il caso del calcolo del fabbisogno del reparto di Urologia che dimostra come ulteriori efficienze potrebbero essere raggiunte seguendo le indicazioni della DCA 49/2012 grazie alle possibilità offerte da un ospedale di nuova costruzione progettato secondo le linee guida di ottimizzazione gestionale del personale.

Figura 32: Fabbisogno del personale di reparto nell'ospedale di Avezzano (sinistra) e Posti letto per area di intensità (destra)

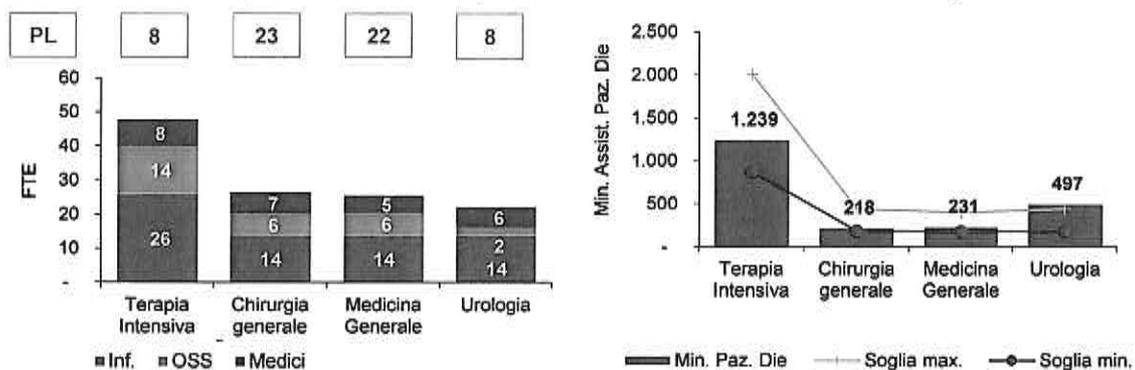


Fonte: Elaborazioni interne

Nella figura seguente viene mostrata la dotazione di personale sanitario necessario per soddisfare il fabbisogno previsto da normativa nei reparti in funzione dei PL. Il numero di infermieri è calcolato in funzione del fatto che la normativa prevede che in ciascun turno ogni unità operativa non scenda mai sotto le 2 unità. Questo comporta una dotazione minima di 14 FTE per garantire la turnistica: i 9 FTE previsti secondo i parametri assistenziali ad Avezzano non sono sufficienti a garantire la presenza di 2 infermieri di notte. Il numero di posti letto previsto può portare a superare la soglia superiore stabilita dal Ministero della Salute per i minuti di assistenza erogata al giorno. Nel caso dell'urologia il fabbisogno assistenziale è sopra la soglia massima ministeriale.

Nonostante l'esiguo numero di posti letto in Urologia il numero di infermieri risulta uguale a quello previsto in Chirurgia e Medicina Generale poiché la DCA 49/2012 è pensata per aggregazioni di minimo 20 PL di discipline anche diverse purché afferenti alla stessa area. Per le discipline il cui fabbisogno, a causa di PL bassi e intensità di cura bassa, risulta sotto i 3 infermieri, la dotazione di infermieri è stata impostata a 0 piuttosto che a 14. Il caso dell'Urologia di Avezzano è solo il più emblematico, e rende evidente come l'aggregazione di quegli 8 PL in un altro reparto di area medica (come può essere la Cardiologia con i suoi 11 PL) porterebbe alle efficienze gestionali richiamate in normativa e al risparmio di oltre 20 tra medici, infermieri e OSS. Opportunità quest'ultima che verrebbe certamente offerta dalla costruzione di un nuovo ospedale la cui organizzazione interna degli spazi verrebbe progettata *ad hoc* per rispondere a tali esigenze.

Figura 33: Il fabbisogno di personale nei reparti di Chirurgia Generale, Medicina generale e Terapia Intensiva con relativi posti letto e minuti paziente die di assistenza con relative soglie



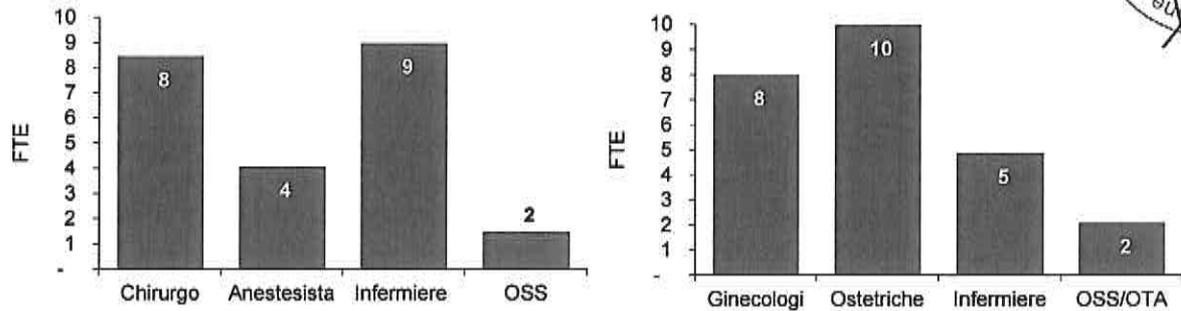
Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala operatoria, si ipotizza l'apertura per 9 ore al giorno di 3 sale operatorie: almeno 2 chirurghi, 1 anestesista, 1 infermiere per sala e 1 OSS ogni 2 sale aperte, a crescere in funzione dell'effettivo utilizzo della sala.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala parto, è prevista la presenza di 2 ginecologi e 1 infermiere per turno. Il 30% del tempo infermiere è sostituito con tempo OSS. Infine, in coerenza con la normativa, si prevedono 10 ostetriche per un numero di parti annui superiore a 600.



Figura 34: Il fabbisogno di personale in sala operatoria (sinistra) e sala parto (destra)

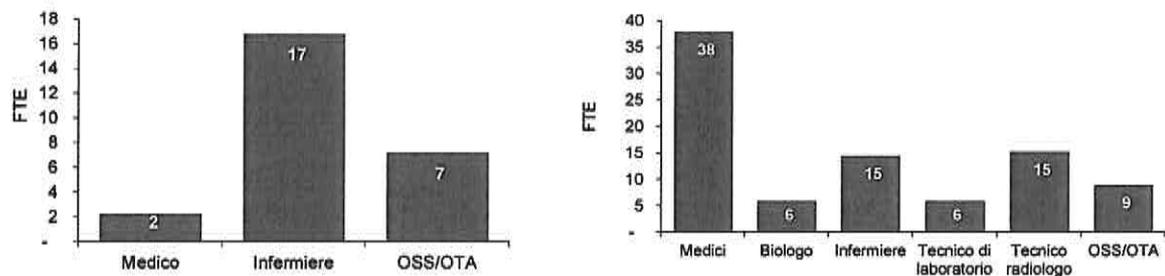


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale del centro Dialisi, si ipotizza l'attivazione per 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana di 22 poltrone per Dialisi.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per i servizi clinici e diagnostici si è considerato: visite specialistiche ambulatoriali, diagnostica per immagini e laboratorio analisi con annesse postazioni di prelievo. L'attività di riferimento è quella tramite la quale sono stati calcolati i ricavi nel paragrafo 3.b.2.1.

Figura 35: Il fabbisogno di personale presso il centro Dialisi (sinistra) e presso i servizi clinici e diagnostici (destra)

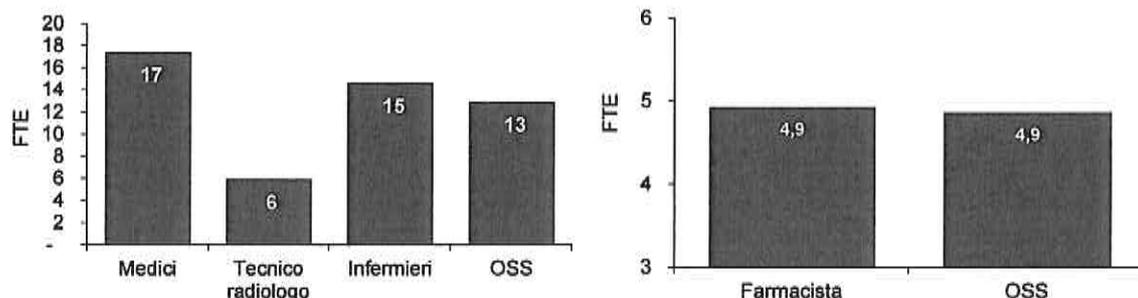


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per Pronto Soccorso ed OBI, è prevista la presenza di 11 medici al PS e 6 medici per l'OBI. Inoltre sono previsti 2 infermieri e 1 OSS per turno.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per la Farmacia sono previsti 1 farmacista e 1 OSS dedicati all'attività di sportello per la distribuzione diretta, e altrettanti per l'attività di magazzino.

Figura 36: Il fabbisogno di personale presso Pronto Soccorso ed OBI (sinistra) e presso la Farmacia (destra)



Fonte: Elaborazioni interne

3.b.4.2 Lanciano

Nell'ipotesi di calcolo del fabbisogno di personale per la produzione, in termini di giornate e ricoveri, e derivante dalla dotazione di PL prevista dalla nuova rete (DCA 79/2016) e calcolato secondo i

parametri forniti nel DCA 49/2012, ipotizzata al paragrafo 3.b.2.2, si stima una dotazione di personale pari a 714 FTE tra personale sanitario e non.

Assumendo la valorizzazione di ciascun FTE al costo medio per ciascuna figura professionale pari al valore medio di Regione Abruzzo, si ipotizza un costo del personale per il presidio di Lanciano pari a 32,6 €mln.

Tabella 40: Dotazione di personale del presidio secondo fabbisogno da DCA 49/2012, Costo medio di Regione Abruzzo per ogni figura professionale, Costo del personale valorizzato a costo medio regionale

FTE	Fabbisogno	Figura professionale	€	€Mln	Costo
Medici	153	Medici	86.531	Medici	13,2
Dirigenti medici	11	Dirigenti medici	86.531	Dirigenti medici	1,0
Infermieri	234	Infermieri	35.783	Infermieri	8,4
OSS/OTA	136	OSS/OTA	29.182	OSS/OTA	4,0
Ostetrici	10	Ostetrici	35.783	Ostetrici	0,4
Puericultrici	4	Puericultrici	35.783	Puericultrici	0,1
Comparto riabilitazione	19	Comparto riabilitazione	34.353	Comparto riabilitazione	0,7
Comparto tecnico sanitari	28	Comparto tecnico sanite	37.569	Comparto tecnico sanitari	1,1
Dirigenti sanitari non med	7	Dirigenti sanitari non me	81.528	Dirigenti sanitari non med	0,6
... di cui dirigenti biologi	6	Farmacisti	73.265	... di cui dirigenti biologi	0,5
... di cui dirigenti farmacie	1	Tecnici	25.502	... di cui dirigenti farmacie	0,1
Farmacisti	3	Amministrativi	32.059	Farmacisti	0,2
Tecnici	62			Tecnici	1,6
Amministrativi	47			Amministrativi	1,5
Totale personale	714			Totale costi	32,6

Fonte: Elaborazioni Interne

Confrontando il valore stimato del costo del personale a partire dal fabbisogno con il valore del costo del personale registrato dal Conto Economico di Presidio (CP) dell'anno 2016, si registra un risparmio potenziale pari a 8,0€mln.

Tabella 41: Risparmio complessivo sul costo del personale.

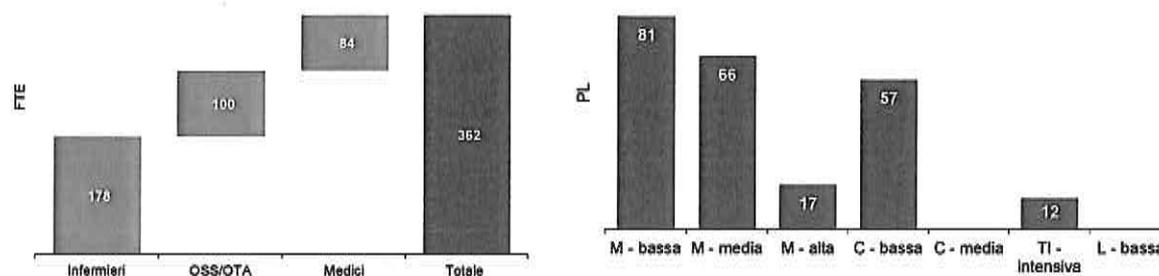
Costo del personale (€Mln)	
CP 2016	40,6
Fabbisogno	32,6
Δ	8,0

Fonte: Elaborazioni Interne

Si rileva che l'ipotesi di risparmio stimato può essere considerata prudentiale.

Per meglio comprendere come sia composta la dotazione complessiva di personale di reparto e come esso, oltre a rispettare la normativa, consenta anche un alto livello assistenziale, viene proposto l'esempio della medicina generale, della chirurgia generale e della terapia intensiva (non considerando l'UTIC).

Figura 37: Fabbisogno del personale di reparto nell'ospedale di Lanciano (sinistra) e Posti letto per area di intensità (destra)



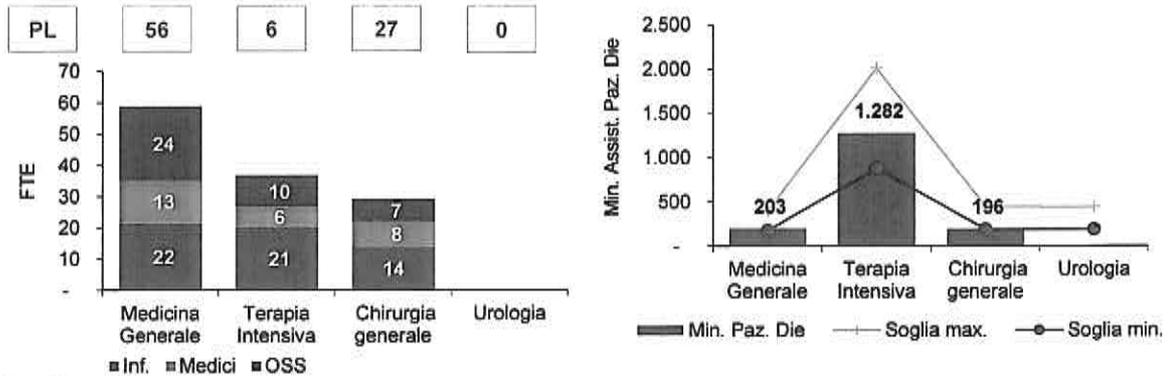
Fonte: Elaborazioni Interne

Nella figura successiva viene mostrata la dotazione di personale sanitario necessario per soddisfare il fabbisogno previsto da normativa nei reparti in funzione dei PL. Il numero di infermieri è calcolato in funzione del fatto che la normativa prevede che in ciascun turno ogni unità operativa non scenda mai



sotto le 2 unità. Questo comporta una dotazione minima di 14 FTE per garantire la turnistica: gli 11 FTE previsti secondo i parametri assistenziali a Lanciano non sono sufficienti a garantire la presenza di 2 infermieri di notte. Il numero di posti letto previsto può portare a superare la soglia superiore stabilita dal Ministero della Salute per i minuti di assistenza erogata al giorno. Nel caso della terapia intensiva il fabbisogno assistenziale è ampiamente sopra la soglia minima.

Figura 38: Il fabbisogno di personale nei reparti di Chirurgia Generale, Medicina generale e Terapia Intensiva con relativi posti letto e minuti paziente die di assistenza con relative soglie

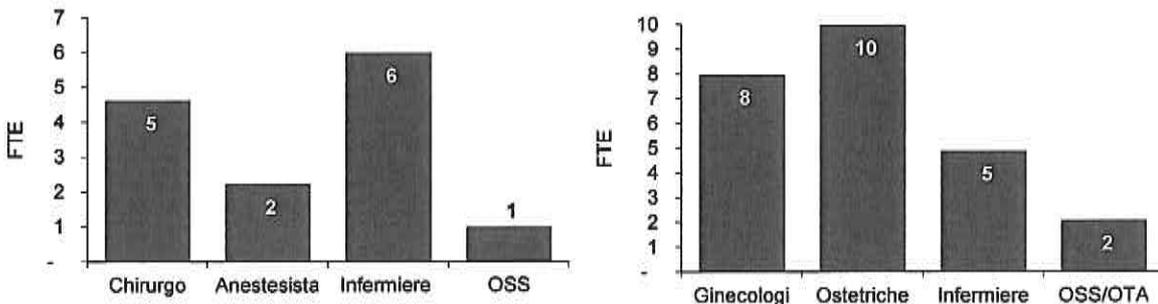


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala operatoria, si ipotizza l'apertura per 9 ore al giorno di 3 sale operatorie: almeno 2 chirurghi, 1 anestesista, 1 infermiere per sala e 1 OSS ogni 2 sale aperte, a crescere in funzione dell'effettivo utilizzo della sala.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala parto, è prevista la presenza di 2 ginecologi e 1 infermiere per turno. Il 30% del tempo infermiere è sostituito con tempo OSS. Infine, in coerenza con la normativa, si prevedono 10 ostetriche per un numero di parti annui superiore a 600.

Figura 39: Il fabbisogno di personale in sala operatoria (sinistra) e sala parto (destra)

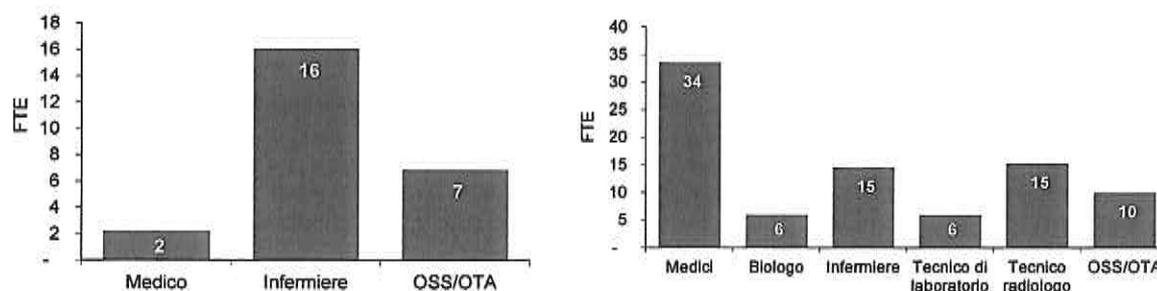


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale del centro Dialisi, si ipotizza l'attivazione per 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana di 22 poltrone per Dialisi.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per i servizi clinici e diagnostici si è considerato: visite specialistiche ambulatoriali, diagnostica per immagini e laboratorio analisi con annesso postazioni di prelievo. L'attività di riferimento è quella tramite la quale sono stati calcolati i ricavi nel paragrafo 3.b.2.2.

Figura 40: Il fabbisogno di personale presso il centro Dialisi (sinistra) e presso i servizi clinici e diagnostici (destra)

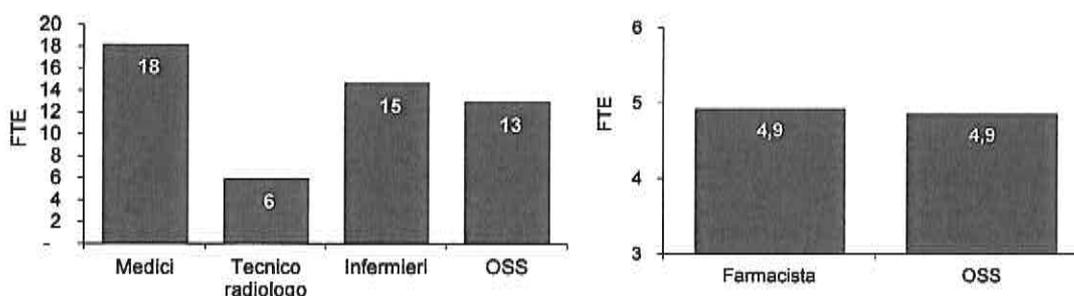


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per Pronto Soccorso ed OBI, è prevista la presenza di 11 medici al PS e 6 medici per l'OBI. Inoltre sono previsti 2 infermieri e 1 OSS per turno.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per la Farmacia sono previsti 1 farmacista e 1 OSS dedicati all'attività di sportello per la distribuzione diretta, e altrettanti per l'attività di magazzino.

Figura 41: Il fabbisogno di personale presso Pronto Soccorso ed OBI (sinistra) e presso la Farmacia (destra)



Fonte: Elaborazioni interne

3.b.4.3 Vasto

Nell'ipotesi di calcolo del fabbisogno di personale per la produzione, in termini di giornate e ricoveri, e derivante dalla dotazione di PL prevista dalla nuova rete (DCA 79/2016) e calcolato secondo i parametri forniti nel DCA 49/2012, ipotizzata al paragrafo 3.b.2.3, si stima una dotazione di personale pari a 753 FTE tra personale sanitario e non.

Assumendo la valorizzazione di ciascun FTE al costo medio per ciascuna figura professionale pari al valore medio di Regione Abruzzo, si ipotizza un costo del personale per il presidio di Lanciano pari a 34,4 €mln.

Tabella 42: Dotazione di personale de presidio secondo fabbisogno da DCA 49/2012, Costo medio di Regione Abruzzo per ogni figura professionale, Costo del personale valorizzato a costo medio regionale

FTE	Fabbisogno	Figura professionale	€	€Min	Costo
Medici	159	Medici	86.531	Medici	13,8
Dirigenti medici	12	Dirigenti medici	86.531	Dirigenti medici	1,0
Infermieri	268	Infermieri	35.783	Infermieri	9,6
OSS/OTA	120	OSS/OTA	29.182	OSS/OTA	3,5
Ostetrici	10	Ostetrici	35.783	Ostetrici	0,4
Puericultrici	5	Puericultrici	35.783	Puericultrici	0,2
Comparto riabilitazione	22	Comparto riabilitazione	34.353	Comparto riabilitazione	0,8
Comparto tecnico sanitari	28	Comparto tecnico sanita	37.569	Comparto tecnico sanitari	1,1
Dirigenti sanitari non med	7	Dirigenti sanitari non me	81.528	Dirigenti sanitari non med	0,6
... di cui dirigenti biologi	6	Farmacisti	73.265	... di cui dirigenti biologi	0,5
... di cui dirigenti farmacia	1	Tecnici	25.502	... di cui dirigenti farmacia	0,1
Farmacisti	3	Amministrativi	32.059	Farmacisti	0,2
Tecnici	69			Tecnici	1,8
Amministrativi	50			Amministrativi	1,6
Totale personale	753			Totale costi	34,4

Fonte: Elaborazioni interne

Confrontando il valore stimato del costo del personale a partire dal fabbisogno con il valore del costo del personale registrato dal Conto Economico di Presidio (CP) dell'anno 2016, si registra un risparmio potenziale pari a **2,6€mln**.

Tabella 43: Risparmio complessivo sul costo del personale.

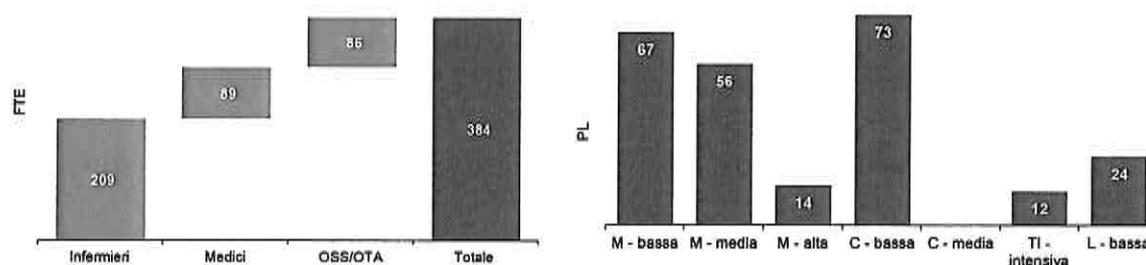
Costo del personale (€Min)	
CP 2016	37,0
Fabbisogno	34,4
Δ	2,6

Fonte: Elaborazioni interne

Si rileva che l'ipotesi di risparmio stimato può essere considerata prudentiale.

Per meglio comprendere come sia composta la dotazione complessiva di personale di reparto e come esso, oltre a rispettare la normativa, consenta anche un alto livello assistenziale, viene proposto l'esempio della medicina generale, della chirurgia generale e della terapia intensiva (non considerando l'UTIC).

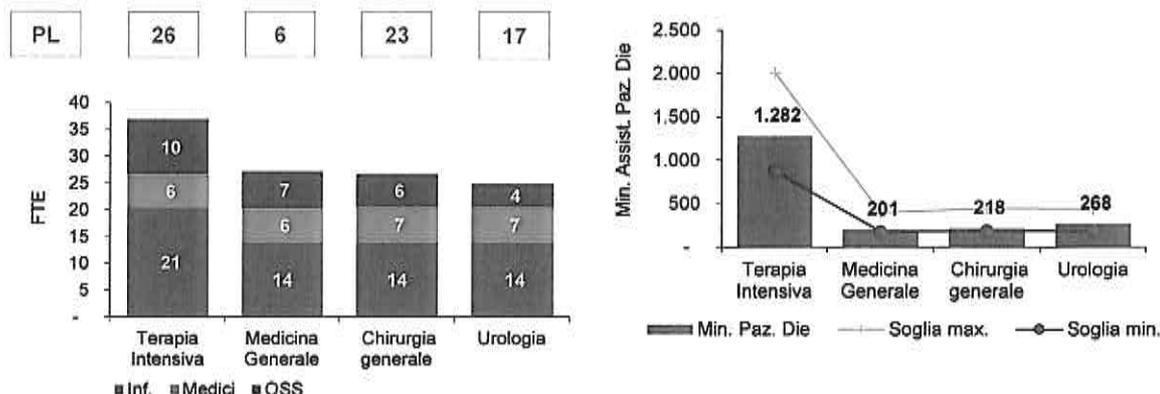
Figura 42: Fabbisogno del personale di reparto nell'ospedale di Vasto (sinistra) e Posti letto per area di intensità (destra)



Fonte: Elaborazioni interne

Nella figura seguente viene mostrata la dotazione di personale sanitario necessario per soddisfare il fabbisogno previsto da normativa nei reparti in funzione dei PL. Il numero di infermieri è calcolato in funzione del fatto che la normativa prevede che in ciascun turno ogni unità operativa non scenda mai sotto le 2 unità. Questo comporta una dotazione minima di 14 FTE per garantire la turnistica: i 9 FTE previsti secondo i parametri assistenziali a Vasto non sono sufficienti a garantire la presenza di 2 infermieri di notte. Il numero di posti letto previsto può portare a superare la soglia superiore stabilita dal Ministero della Salute per i minuti di assistenza erogata al giorno.

Figura 43: Il fabbisogno di personale nei reparti di Chirurgia Generale, Medicina generale e Terapia Intensiva con relativi posti letto e minuti paziente die di assistenza con relative soglie

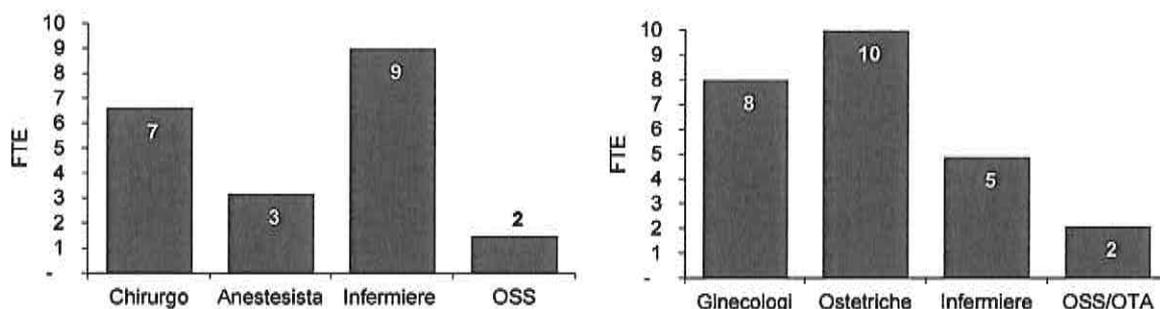


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala operatoria, si ipotizza l'apertura per 9 ore al giorno di 3 sale operatorie: almeno 2 chirurghi, 1 anestesista, 1 infermiere per sala e 1 OSS ogni 2 sale aperte, a crescere in funzione dell'effettivo utilizzo della sala.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale di sala parto, è prevista la presenza di 2 ginecologi e 1 infermiere per turno. Il 30% del tempo infermiere è sostituito con tempo OSS. Infine, in coerenza con la normativa, si prevedono 10 ostetriche per un numero di parti annui superiore a 600.

Figura 44: Il fabbisogno di personale in sala operatoria (sinistra) e sala parto (destra)

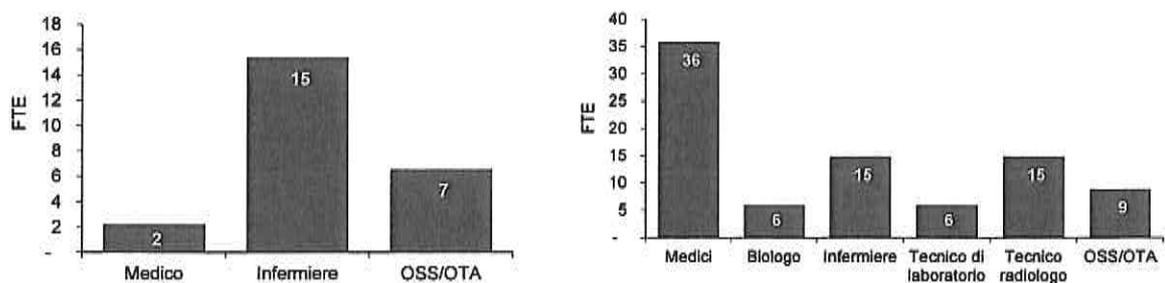


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale del centro Dialisi, si ipotizza l'attivazione per 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana di 22 poltrone per Dialisi.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per i servizi clinici e diagnostici si è considerato: visite specialistiche ambulatoriali, diagnostica per immagini e laboratorio analisi con annesso postazioni di prelievo. L'attività di riferimento è quella tramite la quale sono stati calcolati i ricavi nel paragrafo 3.b.2.3.

Figura 45: Il fabbisogno di personale presso il centro Dialisi (sinistra) e presso i servizi clinici e diagnostici (destra)

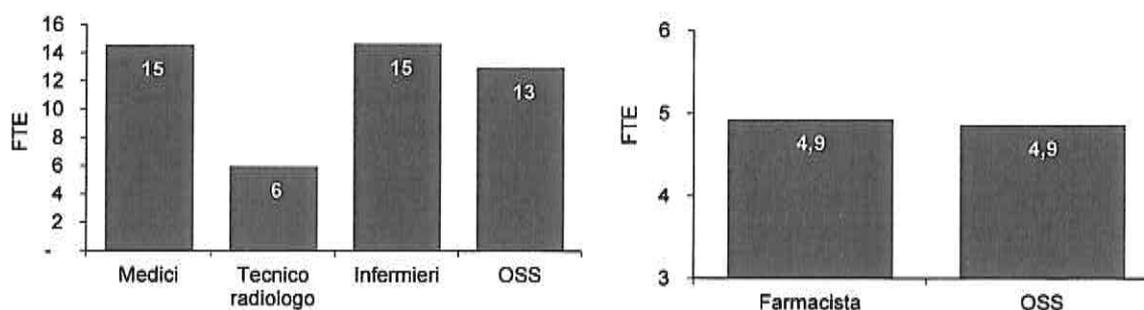


Fonte: Elaborazioni interne

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per Pronto Soccorso ed OBI, è prevista la presenza di 11 medici al PS e 6 medici per l'OBI. Inoltre sono previsti 2 infermieri e 1 OSS per turno.

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale per la Farmacia sono previsti 1 farmacista e 1 OSS dedicati all'attività di sportello per la distribuzione diretta, e altrettanti per l'attività di magazzino.

Figura 46: Il fabbisogno di personale presso Pronto Soccorso ed OBI (sinistra) e presso la Farmacia (destra)



Fonte: Elaborazioni interne

3.b.5 Sostenibilità ambientale

I nuovi ospedali di Lanciano, Avezzano e Sulmona occupano i medesimi siti degli attuali stabilimenti, pertanto si ritiene che la sostenibilità ambientale sia garantita; per il nuovo ospedale di Vasto è prevista una ubicazione diversa su area già di proprietà ASL con destinazione urbanistica, nel vigente P.R.G., ad attività sanitaria ospedaliera. La suddetta area è priva di vincoli e non presenta caratteristiche di pregio.

3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche

La necessità di realizzare nuove strutture ospedaliere può essere sfruttata come opportunità di creazione di parchi tecnologici e di incubatori di imprese, per creare sinergie tra assistenza e industria. La ricerca biomedica e biotecnologica possono essere così volano di sviluppo e partecipare alla crescita economica della Regione.

Per quanto riguarda il PO di Vasto si sottolinea inoltre l'importanza rivestita dalla presenza di corsi universitari infatti risulta essere l'unica struttura aziendale accreditata dalla Regione Abruzzo per l'attività di formazione universitaria (corso di D.U. per Infermiere).

4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a Sistema di indicatori

4.a.1 Indicatori di contesto

Gli indicatori di contesto sono basati sulla capacità degli interventi di raggiungere e mantenere gli obiettivi di ospedalizzazione. In particolare:

- per quanto riguarda gli interventi di adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e messa in sicurezza del patrimonio sanitario regionale indicatore significativo risulta essere il rispetto degli standard della normativa vigente normativa per l'ottenimento di specifiche certificazioni:
 - IdC1 Piena rispondenza alla normativa sismica DM 17/01/2018;
 - IdC2 Piena rispondenza ai requisiti minimi LR 32/2007 e ss. mm. ii.;
 - IdC3 Piena rispondenza alla normativa antincendio DM 19/03/2015.
- per quanto riguarda gli interventi di potenziamento della rete ospedaliera si ritiene opportuno misurarne l'efficacia in termini di inserimento nella rete ospedale - territorio e valutare di conseguenza l'(in)efficienza del territorio. Gli indicatori da considerare sono:
 - IdC4 diminuzione del numero di ricoveri nei presidi ospedalieri di pazienti anziani/cronici o disabili,
 - IdC5 aumento del numero di pazienti anziani/cronici o disabili che hanno trovato un'adeguata risposta ai loro bisogni nelle strutture territoriali;
 - IdC6 aumento del numero di interventi trasferiti in regime di *day surgery*;
 - IdC7 diminuzione del numero di interventi effettuati in Degenza ordinaria nonostante trasferibili in DS.

4.a.2 Indicatori di programma

L'utilizzo di indicatori di programma ha la finalità di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità, in coerenza con il quadro degli obiettivi e delle esigenze della programmazione sanitaria regionale e del SSN.

IdP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento

Viene calcolato per ognuno degli interventi previsti dal programma. L'indice è teoricamente compreso tra 0 e 1, indicando con 0 il mancato utilizzo delle risorse e con 1 la completa fruizione delle somme disponibili o comunque impegnate. **Quantità risorse utilizzate[€] / risorse impegnate o disponibili[€]**

IdP2 - Grado di utilizzazione delle risorse del programma totale degli investimenti

Viene calcolato per l'intero programma. L'indice è teoricamente compreso tra 0 e 1, indicando con 0 il mancato utilizzo delle risorse e con 1 la completa fruizione delle somme disponibili o comunque impegnate. **Quantità risorse totali utilizzate[€] /risorse totali impegnate o disponibili[€]**. La quantità di risorse totali utilizzate è dato dalla somma dell'indice IP1 calcolato per ognuno degli interventi del programma.

IdP3 - Stato di avanzamento dell'intervento

Permette di valutare lo stato di avanzamento delle opere per ogni singolo intervento oggetto del programma **Quantità lavori eseguiti / Quantità totale lavori in progetto**. La quantità dei lavori eseguiti, considerata come la somma del grado di avanzamento di ogni fase realizzativa dell'opera pesati sul totale dell'opera (il grado di scomposizione dell'opera in fasi realizzative e l'unità di riferimento per il computo dei lavori eseguiti sono da valutarsi caso per caso) è un numero compreso tra 0 e 100. Essendo il denominatore del rapporto assunto sempre = 100, l'indicatore sarà espresso da un numero compreso tra 0 e 1.

IdP4 - Stato di avanzamento del programma

Permette di valutare lo stato di avanzamento complessivo del programma degli interventi strutturali. **N° interventi avviati / N° totale interventi del programma, N° interventi conclusi / N° totale interventi del programma.**

IdP5 - Tempi di realizzazione dell'intervento

tempo effettivo di realizzazione / tempo totale previsto di realizzazione. In relazione alla tipologia ed all'entità degli interventi, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IdP6 - Tempi di realizzazione del programma

tempo effettivo totale di realizzazione / tempo totale previsto di realizzazione. In relazione alla tipologia ed all'entità degli interventi, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IdP7 -Attivazione posti letto

n° totale posti letto attivati / n° totale posti letto in progetto. Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei posti letto, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IdP8 -Attivazione sale operatorie

n° sale operatorie attivate / n° totale sale operatorie in progetto. Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei reparti operatori previsti, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IdP9 -Produzione totale e produzione specifica

n° ricoveri e prestazioni ambulatoriali totali e per specialità.

IdP10 - Peso medio DRG prodotti totale e specifico

n° totale di ricoveri per specialità.

IdP11 - N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva

IdP12 - N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva

IdP13- Tasso di occupazione posti letto

4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza

IE.1 - Indice di avanzamento dell'intervento

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto della programmazione dei lavori definita in sede di progetto: **Quantità lavori eseguiti / Quantità lavori previsti.**

IE.2 - Indice di avanzamento del programma

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto della programmazione delle attività per l'attuazione del programma definita in sede di progetto: **N° interventi avviati / N° interventi previsti in sede di progetto; N° interventi conclusi / N° totale interventi previsti in sede di progetto.**

IE.3 - Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma redatto in sede di progetto. **tempo effettivo di realizzazione / tempo di realizzazione da cronoprogramma.** In relazione alla tipologia ed all'entità degli interventi, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IE.4 - Rispetto dei tempi di realizzazione del programma

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto dei tempi complessivi di attuazione del programma previsti in sede di progetto **tempi effettivi di realizzazione / tempi di realizzazione da cronoprogramma.** In relazione alle modalità ed all'intervallo temporale considerato per l'attuazione del programma, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IE.5 - Indice di attivazione posti letto

n° PL effettivamente attivati / n° PL posti previsti in sede di progetto. Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei posti letto, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IdE6 - Indice di attivazione sale operatorie

n° totale sale operatorie attivate / n° totale sale operatorie in progetto. Tale indicatore potrà essere calcolato sia sul totale dei reparti operatori previsti, sia in riferimento a specifiche aree di attività o specialità.

IdE7 - Indice di ammodernamento apparecchiature

Età media apparecchiature *post operam* / età media apparecchiature *ante operam*. L'indicatore potrà restituire valori minori di 1 se si è realizzato un rinnovo del parco tecnologico, viceversa sarà maggiore o uguale a 1 se gli interventi non hanno portato ad un ammodernamento delle tecnologie sanitarie.

IdE8 - Costo unitario di costruzione [€/mq]

Costo totale di costruzione delle strutture / superfici totali lorde delle strutture costruite

IdE9 - Costo di realizzazione posto letto [€/PL]

Permette di quantificare il costo che viene sostenuto complessivamente per realizzare un posto letto.
Costo totale interventi con PL / n° PL attivati o in previsione di avvio

4.a.4 Definizione del Sistema di Indicatori

L'insieme degli indicatori presentati nel paragrafo precedente con relativo ambito di applicazione e codice annesso concorrono a generare il sistema di indicatori necessari per il monitoraggio e la valutazione del programma.



Tabella 44: Il sistema di indicatori

Tipo/ sottotipo	Codice	Indicatore
Indicatori di Contesto	IdC1	Piena rispondenza alla normativa sismica DM 17/01/2018
	IdC2	Piena rispondenza ai requisiti minimi DPR 14/01/1997
	IdC3	Piena rispondenza alla normativa antincendio DPR 151/2011
	IdC4	Diminuzione del numero di ricoveri nei presidi ospedalieri di pazienti anziani/cronici o disabili
	IdC5	Aumento del numero di pazienti anziani/cronici o disabili che hanno trovato un'adeguata risposta ai loro bisogni nelle strutture territoriali
	IdC6	Aumento del numero di interventi trasferiti in regime di day surgery
	IdC7	Diminuzione del numero di interventi effettuati in Degenza ordinaria nonostante trasferibili in DS
Indicatori di programma	IdP1	Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento
	IdP2	Grado di utilizzazione delle risorse del programma totale degli investimenti
	IdP3	Stato di avanzamento dell'intervento
	IdP4	Stato di avanzamento del programma
	IdP5	Tempi di realizzazione dell'intervento
	IdP6	Tempi di realizzazione del programma
	IdP7	Attivazione posti letto
	IdP8	Attivazione sale operatorie
	IdP9	Produzione totale e produzione specifica
	IdP10	Peso medio DRG prodotti totale e specifico
	IdP11	N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva
	IdP12	N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva
	IdP13	Tasso di occupazione posti letto
Indicatori di Efficacia ed Efficienza	IdE1	Indice di avanzamento dell'intervento
	IdE2	Indice di avanzamento del programma
	IdE3	Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento
	IdE4	Rispetto dei tempi di realizzazione del programma
	IdE5	Indice di attivazione posti letto
	IdE6	Indice di attivazione sale operatorie
	IdE7	Indice di ammodernamento apparecchiature
	IdE8	Costo unitario di costruzione
	IdE9	Costo di realizzazione posto letto

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Indicatori
G1 Adeguatezza agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	S1 Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali	O1 Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali	IdC1, IdC2, IdC3, IdC4, IdC5, IdP1, IdP3, IdP5, IdP11, IdP12, IdP13, IdE1, IdE3
		O2 Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli outcome per ciascuna prestazione	IdC4, IdC5, IdC6, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP7, IdP8, IdP9, IdP10, IdP13, IdE1, IdE3, IdE5, IdE6, IdE9
G2 Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate	S3 Adeguatezza alla normativa sismica e antiincendio	O3 Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti	IdC1, IdC2, IdC3, IdC4, IdC6, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP7, IdP8, IdP9, IdP10, IdP11, IdP12, IdP13, IdE1, IdE3, IdE5, IdE6, IdE8, IdE9
		O4 Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed ellisoccorso	IdC1, IdC3, IdP2, IdP4, IdP6, IdE1, IdE3, IdE7, IdE8
	S2 Ammodernamento del parco tecnologico	O5 Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale	IdC4, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP9, IdP10, IdP13, IdE1, IdE3, IdE7
		O6 Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	IdP11, IdP12, IdE1, IdE3, IdE7
Indicatori riferiti al programma nel suo complesso: Indicatori di contesto			

4.a.5 Fonti di verifica

Ai fini del monitoraggio e alla valutazione degli interventi previsti dall'accordo si prevedono le seguenti fonti di verifica:

- verifica diretta ovvero tramite funzionari delle ASL;
- flussi informativi nazionali e regionali: HSP, STS, SDO, SDAC;
- osservatorio degli Investimenti Pubblici in Sanità.

Macchinario	PO Sulmona	PO Avezzano	PO Lanciano	PO Vasto	Totale
Apparecchio Portatile per Radioscopia	5	5	2	5	17
Tomografo Assiale Computerizzato	1	2	1	1	5
Gamma Camera Computerizzata	2	-	2	-	4
Mammografo	1	1	1	1	4
Tomografo a Risonanza Magnetica	-	1	1	1	3
Sistema per Angiografia Digitale	-	1	-	-	1



4.b Accettabilità sociale del programma

4.b.1

La revisione della composizione e dislocazione dei servizi sanitari può comportare occasioni di tensione sociale, sia nell'utenza sia negli operatori sanitari. Il Programma in oggetto presenta minime criticità legate all'accettabilità sociale perché non prevede il declassamento di servizi sanitari o una minore accessibilità ai servizi stessi per gli utenti delle aree interessate. Gli interventi proposti, infatti, attuano una migliore, più razionale ed efficace azione migliorativa dei servizi e delle prestazioni offerte, agendo sulla messa in sicurezza, sul potenziamento e sull'ammodernamento delle strutture esistenti.

4.b.2 Valore aggiunto del programma

L'accordo si inserisce nel percorso regionale di riorganizzazione della rete di servizi ospedalieri in coerenza e continuità con quanto previsto dalla programmazione regionale stessa.

Il periodo storico nel quale si inseriscono le azioni previste consente di approcciare alla costruzione di ospedali di nuova concezione, flessibili nella distribuzione degli spazi e moderni nella tipologia di apparecchiature di cui verranno dotati.

4.b.3 Health Technology Assessment

L'*Health Technology Assessment* (HTA) è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società [Ministero della Salute].

Le tecnologie vanno qui intese in un'accezione ampia e flessibile, ovvero in un insieme di dispositivi medici, attrezzature sanitarie, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi per i quali è necessario un approccio di gestione olistico.

Circa la dotazione delle grandi apparecchiature si segnala che in esecuzione di quanto disposto dal Programma Operativo 2013-2015 approvato con DCA 84/2013 (modificato dal successivo DCA 112/2013) che ad oggi si è provveduto alla ricognizione del patrimonio tecnologico delle grandi apparecchiature presso le Aziende Sanitarie della Regione (mammografi, RX, TAC, RM, PET e Gamma Camera) con la costituzione di una banca dati e si sta provvedendo alla predisposizione di un piano triennale degli investimenti che sarà governato con il metodo multidisciplinare dell'*Health Technology Assessment* (impatto economico, clinico, organizzativo) attraverso il gruppo regionale di lavoro di HTA.

Di seguito il dettaglio delle apparecchiature in dotazione delle strutture interessate dagli interventi che saranno acquistate ed andranno in sostituzione di quelle esistenti qualora obsolescenti.

Dotazione Tecnologica per strutture interessate dagli interventi con indicazione del codice CND

GRANDI APPARECCHIATURE	PO Sulmona	PO Avezzano	PO Lanciano	PO Vasto	Totale
TAC	1 (Z11030603)	2 (n. 1 - Z11030603) (n. 1 - Z11030604)	1 (Z11030603)	1 (Z11030603)	5 (di cui 3 nuove)
GAMMA CAMERA	2 (Z11020201)		2 (Z11020201)		4 (di cui 2 nuove)
MAMMOGRAFO	1 (Z11030202)	1 (Z11030202)	1 (Z11030202)	1 (Z11030202)	4 nuovi
RMN		1 (Z11050105)	1 (Z11050105)	1 (Z11050105)	3 (di cui 2 nuove)
ANGIOGRAFIA DIGITALE		1 (Z11030102)			1 nuovo

5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

5.a Presupposti e sistemi di gestione del Programma

Come già indicato alla sezione “Coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con quelle comunitarie”, tutti gli interventi sono concepiti in modo da rinnovare in maniera efficace e soprattutto efficiente l’offerta esistente, con l’obiettivo di migliorare, al più a parità di costi di gestione, i livelli di servizio attualmente erogati. Pertanto, si dovranno monitorare gli obiettivi specifici del programma, al fine di conservarne la sostenibilità organizzativo- finanziaria e quella economico-sociale.

5.a.1 Presupposti organizzativi e finanziari

La gestione del programma segue quanto previsto nell’Accordo sulle procedure del 28/02/2008 sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Le attività di gestione del programma vengono svolte istituzionalmente dal Dipartimento per la Salute ed il Welfare di Regione Abruzzo. In riferimento ai presupposti finanziari si rimanda a quanto esposto nel capitolo relativo alla sostenibilità degli interventi.

In particolare:

- **personale:** il personale dei nuovi presidi saranno trasferiti dai presidi ospedalieri in dismissione. La sostenibilità di tale programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/sostituzioni/*turnover* accompagnata da percorsi formativi di riqualificazione del personale;
- **altri costi di gestione** (appalti, utenze): trattandosi di costi basati su contratti già esistenti, si ipotizzano a costi unitari costanti ovvero in diminuzione grazie ai *layout* più efficienti (mq in diminuzione).

5.a.2 Presupposti economici e sociali

La realizzazione dei 4 nuovi ospedali e degli interventi legati alla ristrutturazione del P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa 118 con eliporto e *hangar* presso l’Ospedale Civile San Salvatore di L’Aquila permetteranno di migliorare la rete di offerta ospedaliera e territoriale di Regione. Per questa ragione, l’opera troverà il consenso della società civile su larga scala.

È infatti ragionevole supporre:

- l’esistenza di una favorevole disposizione ad agire in maniera opportuna degli soggetti interessati, economici e sociali;
- la capacità dei soggetti di sostenere i costi d’adeguamento;
- il rispetto degli obiettivi e dei tempi previsti.

5.a.3 Qualità ed intensità delle relazioni con il partenariato

L’importo complessivo per gli interventi è di € 296.188.000,00 di cui € 143.969.205,89 a carico dello Stato (49%), € 7.577.326,63 a carico di Regione e € 2.100.000 proveniente da altri finanziamenti. Per coprire la parte restante di € 142.541.467,48 Regione intende avvalersi dello strumento del Partenariato Pubblico Privato (PPP).

Tabella 45: Quadro finanziario con peso percentuale delle diverse fonti di finanziamento

Art.20 95% Stato	Art.20 5% Regione	Somma recuperabile da partner privato	Altri finanziamenti	Importo complessivo
143.969.205,89	7.577.326,63	142.541.467,48	2.100.000,00	296.188.000,00
49%	3%	48%	1%	100%

Fonte: Elaborazioni Interne

Tabella 46 Dati di input per la costruzione del Piano Economico Finanziario.

Dati di input	UdM	Valore
Durata della costruzione	anni	4
Durata della gestione	anni	20
Manutenzioni edili ed impiantistiche*	%/anno	1,7
Leva finanziaria iniziale	%	70
Costo del debito	%	3,32
...di cui spread	%	3,0
...di cui garanzie	%	0,3
Costo dell'equity**	%	8,5
WACC	%	4,9

Note: * % relativa al costo totale dell'investimento; ** calcolato secondo una metodologia proposta da uno dei membri del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici

Fonte: Elaborazioni interne

In particolare, a partire dai dati in *input* presentati in tabella è stato possibile calcolare in **17.769.000 €** l'ammontare complessivo annuo del canone di disponibilità per il PPP, così suddiviso nei tre presidi:

- Avezzano: 6.106.000 € + Iva (10%);
- Lanciano: 5.557.000 € + Iva (10%);
- Vasto: 6.106.000 € + Iva (10%).

Alla luce degli strumenti di programmazione predisposti dalle Aziende interessate dagli interventi di costruzione dei nuovi ospedali, Regione Abruzzo per la realizzazione degli interventi inclusi nell'AdP intende avvalersi della procedura ex art 183 comma 1 (intervento su iniziativa pubblica).

Il modello di PPP che Regione intende utilizzare è il PPP *light*, come già anticipato, inserendo nel perimetro contrattuale la progettazione, la costruzione, le manutenzioni edili e impiantistiche e la gestione calore.

Per quanto riguarda la gestione delle tecnologie, la Regione intende anche valutare la possibilità di avviare contratti di PPP tecnologico (MES), che potrebbero partire sin da ora, trasferendo quindi a specializzati operatori di mercato la responsabilità di generare efficienze gestionali su tutta la rete di alta e media tecnologia delle ASL coinvolte, con obiettivi di risposta anche ai fabbisogni della medicina territoriale, e di accompagnare le ASL verso l'apertura e l'allestimento dei nuovi presidi realizzati.

Questo consentirebbe alle ASL coinvolte di beneficiare del supporto specialistico di operatori di mercato nell'individuare le soluzioni tecnologiche più adeguate per integrare i nuovi presidi nella rete, contribuendo a ulteriori recuperi di efficienza e di produzione.

Ovviamente il costo delle eventuali distinte operazioni di partenariato per costruzione dell'involucro e dotazione strumentale troverà capienza nel totale dell'investimento previsto per il singolo presidio.

5.b Sistemi di monitoraggio del programma

Regione ha attivato e continua a perfezionare e migliorare le modalità e gli strumenti di monitoraggio degli investimenti, finalizzati a garantire in *itinere* la coerenza e l'efficacia degli stessi rispetto agli obiettivi di programma, individuando tempestivamente eventuali problemi ed azioni correttive.

L'attività di monitoraggio delle risorse assegnate per gli investimenti risulta di fondamentale importanza per il controllo che si esercita sull'uso delle risorse, perché mette in evidenza la capacità di spesa delle ASL fortemente condizionata da fattori organizzativi oltre che dall'insorgenza di contenziosi. La valutazione della capacità di spesa è ormai diventata strumento che incide fortemente sui criteri di riparto delle risorse in conto capitale su scala nazionale.

Pertanto, il monitoraggio che Regione opera non è una semplice registrazione dello stato di avanzamento lavori, ma è lo strumento grazie al quale può esercitare una costante verifica delle scelte di programmazione, oltre che il controllo della realizzazione delle opere.

La disponibilità di specifiche fonti di finanziamento destinate a realizzare un sistema sanitario basato su una rete moderna di servizi e strutture integrate, impone un'elevata attenzione alle tematiche relative alle diverse fasi del ciclo di vita degli investimenti pubblici in sanità. Tutto ciò ha la finalità sia di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità,

in coerenza con il quadro degli obiettivi e delle esigenze del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso la programmazione e valutazione dei progetti di investimento ed il monitoraggio puntuale dello stato di avanzamento, sia di rendere accessibili ai diversi attori le informazioni utili per tale gestione.

L'attività di monitoraggio realizzata, ricade su tutte le linee di finanziamento, sia quelle statali che su quelle regionali e grazie al contributo di più attori (referenti Aziende e personale regionale) permette di avere a disposizione una serie di dati che rendono il quadro della situazione degli investimenti regionali, quanto più attendibile possibile.

Il monitoraggio effettuato in Regione Abruzzo si propone di:

- dare impulso all'utilizzo delle risorse ancora disponibili, annullando le criticità emerse durante le realizzazioni delle opere o nella fase dell'invio dei dati;
- migliorare ed aggiornare l'archivio informatico per una celere consultazione, intervento per intervento, attraverso l'uso di uno specifico *software*;
- elaborare un report dettagliato, a disposizione dell'utenza esterna e degli operatori del settore, per una programmazione (politica e tecnica) rispondente sia a vincoli di ordine finanziario, come il contenimento e la razionalizzazione della spesa, sia alle esigenze del territorio.

A tal proposito, Regione ha realizzato ed attivato un sistema informativo di monitoraggio tecnico, finanziario ed amministrativo degli interventi in materia di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico. Questa procedura, entrata ormai pienamente a regime, ha dato modo alle Aziende di verificare in ogni momento tutti i dati che le riguardano per ciascun intervento ed ha dato la possibilità di limitare al massimo eventuali errori di carattere finanziario in sede di richiesta di finanziamenti avanzati dalle stesse.

Il progetto è evoluto nell'arco di questi anni arrivando ad avere oggi le seguenti 5 fasi: realizzazione modulistica, acquisizione dati, elaborazione dati, compilazione dei modelli finali, per culminare nella realizzazione di un archivio informatico consultabile attraverso un programma realizzato *ad hoc* per la gestione dei dati, attualmente migliorato attraverso il sito (ormai realizzato), in cui vengono messi a disposizione delle aziende i dati che le riguardano (tecnici come apertura cantieri, varianti in corso d'opera, ed economici quali stato delle richieste e situazione delle erogazioni, saldo ecc.). La successiva fase sarà quella di rendere il sito interattivo per consentire direttamente alle aziende di inserire i dati che le riguardano (che oggi vengono inseriti dalla Regione attraverso le schede inviate).

Queste attività rappresentano una fase conoscitiva indispensabile a definire i fenomeni in atto e le difficoltà attuative che maggiormente influenzano negativamente i processi edificatori, determinando ritardi nei tempi di esecuzione e conseguenti aumenti di costi.

In tal modo, la Regione può attivare meccanismi correttivi in grado di eliminare errori, distorsioni e anche "cattive abitudini", o almeno di attenuarne gli effetti indesiderati (es. varianti in corso d'opera).

Inoltre, particolare attenzione è rivolta al monitoraggio disciplinato secondo il "Modulo C" dell'Accordo per la 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 19/12/2002, integrato dall'Accordo Stato - Regioni del 28/02/2008.

Il monitoraggio, infatti, avviene attraverso l'aggiornamento, per via telematica, dei dati tecnici, economici e finanziari delle schede-intervento utilizzando l'applicativo "Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità". Successivamente, a validazione dei dati ottenuta dal Ministero della Salute, viene redatto e trasmesso il "Modulo C".

5.b.1 Monitoraggio finanziario

Il monitoraggio finanziario avviene attraverso il sistema informativo di monitoraggio tecnico, finanziario ed amministrativo degli interventi in materia di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico attivato da Regione (vedi paragrafo "Sistemi di monitoraggio del programma").

La scheda, predisposta da Regione, deve essere compilata obbligatoriamente dalla ASL ed allegata alla richiesta di finanziamenti. In particolare, la scheda rileva le seguenti informazioni:

- dati generali: azienda, struttura sanitaria, titolo progetto, descrizione del progetto;



- fonti di finanziamento: soggetto erogatore, codice intervento, sottoscrizione accordo, decreto del Ministero della Salute, responsabile del procedimento, gestione richieste progressive di finanziamento, sintesi dei singoli interventi con relativo importo di spesa;
- fasi di realizzazione: atto di concessione, data aggiudicazione lavori, consegna dei lavori, data prevista di ultimazione dei lavori, perizie di variante, data effettiva di ultimazione lavori, approvazione del collaudo, data di attivazione.

Inoltre, per tale monitoraggio si fa riferimento al Modulo C dell'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 e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

5.b.2 Monitoraggio fisico

Le rilevazioni degli interventi sul patrimonio avvengono più o meno con cadenza semestrale, e si realizzano attraverso sopralluoghi nelle strutture sanitarie che hanno beneficiato del finanziamento pubblico e nella raccolta, analisi e verifica di informazioni relative ad ogni singolo intervento avviato.

Anche il monitoraggio fisico avviene attraverso il sistema informativo di monitoraggio tecnico, finanziario ed amministrativo degli interventi in materia di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico attivato dalla Regione (vedi paragrafo "Sistemi di monitoraggio del programma"), ed attraverso la predisposizione di schede tecniche, per singola ASL, che comprendono i seguenti dati:

- costo totale dell'intervento;
- approvazione progetto esecutivo (DGR);
- data delibera CIPE di ammissione al finanziamento;
- atto di concessione con DGR;
- data di aggiudicazione dei lavori;
- data di consegna dei lavori;
- stato di avanzamento (in esecuzione, sospeso, concluso);
- date di perizie di variante;
- data ultimazione lavori;
- approvazione conto finale;
- approvazione collaudo;
- percentuale di utilizzo.

Inoltre, anche sul monitoraggio fisico si fa riferimento al Modulo C dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

5.b.3 Monitoraggio procedurale

Nel caso di interventi complessi si prevede la concertazione e verifica delle ipotesi e degli interventi con tutte le amministrazioni coinvolte.

APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

5.c Matrice del quadro logico (C1)

Logica di Intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivi generali	G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	Indicatori di contesto — IdC1 Plena rispondenza alla normativa sismica DM 17/01/2018 — IdC2 Plena rispondenza ai requisiti minimi DPR 14/01/1997 — IdC3 Plena rispondenza alla normativa antincendio DPR 151/2011 — IdC4 Diminuzione del numero di ricoveri nei presidi ospedalieri di pazienti anziani/cronici o disabili		
	G2. Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate	— IdC5 Aumento del numero di pazienti anziani/cronici o disabili che hanno trovato un'adeguata risposta ai loro bisogni nelle strutture territoriali — IdC6 Aumento del numero di interventi trasferiti in regime di day surgery — IdC7 Diminuzione del numero di interventi effettuati in Degenza ordinaria nonostante trasferibili in DS		
Obiettivi specifici	S1. Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali	Indicatori di risorse — IdP1 Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento — IdP2 Grado di utilizzazione delle risorse del programma totale degli investimenti	— Verifica diretta ovvero tramite funzionari delle ASL — Flussi informativi nazionali e regionali: HSP, STS, SDO, SDAC — Osservatorio degli Investimenti Pubblici in Sanità	Coordinamento azioni dei diversi soggetti coinvolti
	S2. Ammodernamento del parco tecnologico	Indicatori di realizzazione — IdP3 Stato di avanzamento dell'intervento — IdP4 Stato di avanzamento del programma — IdP5 Tempi di realizzazione dell'intervento — IdP6 Tempi di realizzazione del programma		
	S3. Adeguamento alla normativa sismica e antincendio	Indicatori di risultato — IdP7 Attivazione posti letto — IdP8 Attivazione sale operatorie		
	S4. Recupero della mobilità passiva	Indicatori di impatto — IdP9 Produzione totale e produzione specifica — IdP10 Peso medio DRG prodotti totale e specifico — IdP11 N° e peso medio DRG prodotti in mobilità attiva — IdP12 N° e peso medio DRG consumati in mobilità passiva — IdP13 Tasso di occupazione posti letto		
Obiettivi operativi	O1. Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali	Indicatori di efficacia — IdE1 Indice di avanzamento dell'intervento — IdE2 Indice di avanzamento del programma — IdE3 Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento		
	O2. Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli outcome per ciascuna prestazione	— IdE4 Rispetto dei tempi di realizzazione del programma — IdE5 Indice di attivazione posti letto — IdE6 Indice di attivazione sale operatorie		
	O3. Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti	— IdE7 Indice di ammodernamento apparecchiature		
	O4. Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed ellisoccorso	Indicatori di efficienza — IdE8 Costo unitario di costruzione — IdE9 Costo di realizzazione posto letto		
	O5. Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale			
	O6. Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa			
ENTI ATTUATORI: Regione Abruzzo				



5.d Analisi S.W.O.T (C2)

Fattori Interni	
S. Forza	W. Debolezza
La particolare collocazione delle strutture, coerente al fabbisogno di assistenza determinato dalla popolazione interessata	La vetustà strutturale dei presidi esistenti, che presentano oggettive difficoltà a rispondere ai requisiti riguardanti la normativa antisismica, antincendio e sicurezza
La presenza di personale qualificato	L'insufficienza, in termini di spazi disponibili per le attività sanitarie e l'accoglienza dell'utenza, delle aree destinate all'emergenza urgenza
La qualità dell'assistenza e la presenza di eccellenze	L'impossibilità per la restante rete di offerta di farsi carico dell'assistenza attualmente erogata dalle strutture oggetto dell'intervento
	La difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio
Fattori Esterni	
O. Opportunità	T. Rischi
La realizzazione delle nuove strutture "ex-novo" progettandone il <i>layout</i> in modo intelligente e funzionale	I vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione
L'economicità della soluzione "nuova costruzione" rispetto alla "ristrutturazione"	La bassa attrazione extraregionale
Il potenziamento della diagnostica	
Il potenziamento del <i>day surgery</i> e del <i>one day surgery</i>	

5.e Obiettivi/Indicatori/Interventi (C3)

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Indicatori	
G1 Adeguatezza agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	S1 Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali	O1 Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali	IdC1, IdC2, IdC3, IdC4, IdC5, IdP1, IdP3, IdP5, IdP11, IdP12, IdP13, IdE1, IdE3	<p>Indicatori di risorse, realizzazione e risultato IdP1 → IdP8 Trattandosi di indicatori del livello di avanzamento o realizzazione del programma o intervento, il valore teorico atteso è pari a 1.</p> <p>Indicatori di impatto IdP9 → IdP13 I valori attesi sono quelli definiti dalle indicazioni programmatiche nazionali e regionali</p>
		O2 Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli outcome per ciascuna prestazione	IdC4, IdC5, IdC6, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP7, IdP8, IdP9, IdP10, IdP13, IdE1, IdE3, IdE5, IdE6, IdE9	
G2 Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate	S3 Adeguatezza alla normativa sismica e antincendio	O3 Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti	IdC1, IdC2, IdC3, IdC4, IdC6, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP7, IdP8, IdP9, IdP10, IdP11, IdP12, IdP13, IdE1, IdE3, IdE5, IdE6, IdE8, IdE9	<p>Indicatori di efficacia IdE1, IdE2, IdE5, IdE6 Il valore teorico atteso è pari a 1. IdE3, IdE4 Il valore teorico atteso è minore o uguale a 1. IdE7 Il valore teorico atteso è minore di di 1.</p> <p>Indicatori di efficienza IdE8-IdE9 I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto</p>
		S2 Ammodernamento del parco tecnologico	O4 Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed elisoccorso	
		O5 Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale	IdC4, IdP1, IdP2, IdP3, IdP5, IdP9, IdP10, IdP13, IdE1, IdE3, IdE7	
	S4 Recupero della mobilità passiva	O6 Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	IdP11, IdP12, IdE1, IdE3, IdE7	
Indicatori riferiti al programma nel suo complesso: Indicatori di contesto, IdP2, IdP4, IdP6, IdE2, IdE4				

5.f Sintesi delle informazioni per autovalutazione (C4)

Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti e correlazione dell'AdP con atti di programmazione regionale

- Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome;
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006);

- Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008);
- Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute);
- Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti;
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007);
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008);
- Legge 22 dicembre 2008, n. 203 (Finanziaria 2009);
- Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria 2010);
- Legge 13 dicembre 2010, n. 220 (Legge di stabilità 2011);
- Legge 12 novembre 2011, n. 183 (Legge di stabilità 2012);
- Intesa del 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute 2010-2012);
- Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6);
- Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 3,7 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza postacuzie (art. 15, comma 13.c, D.Lgs 95/2012 - convertito in L.135/2012);
- Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b) - tasso di ospedalizzazione pari a 160 per 1000 abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (art. 15, comma 13.c, D.Lgs 95/2012 - convertito in L.135/2012);
- 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);
- Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g);
- Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2);
- Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2);
- Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c);
- Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2014-2020;
- Coerenza con il Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2012 - 2014;
- Programma Operativo 2010;
- Programma Operativo 2011-2012;
- D. Lgs 95/12 - convertito in L.135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending review*);
- DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" in seguito al recepimento del DM 70/2015;
- Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese DCA 55/2016.

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)	SI
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1.000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)	SI
3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	SI
4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	SI
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)	SI
6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	SI
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)	SI
8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g)	SI
9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente (Patto per la salute 4.2)	SI
10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)	Non pertinente
11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)	Non pertinente
12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)	SI
13. Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità	SI
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)	SI
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/l. 6 a h dell'8/2/2006)	SI
16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma	SI

Correlazione dell'AdP con atti di programmazione precedenti

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente (2016-2018)	SI
Piano Rete Ospedaliera	-
Piano di Rientro	-

Correlazione dell'AdP con i finanziamenti precedenti

PROGRAMMA	PERCENTUALE DI AVANZAMENTO FINANZIARIO	NOTE
Accordo di programma precedente	-	-
Programma AIDS e malattie infettive	-	-
Programma libera professione	-	-
Programma materno infantile	-	-
Programma radioterapia	-	-
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	-	-

Obiettivi ed indicatori dell'AdP

Obiettivi generali dell'AdP

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

G2. Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate

Obiettivi specifici dell'AdP

S1. Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI
G1	SI	SI	Non definiti
G2	SI	SI	Non definiti
S1	SI	SI	Non definiti
S2	SI	SI	Non definiti
S3	SI	SI	Non definiti
S4	SI	SI	Non definiti

Si sottolinea che la corrispondenza con gli obiettivi degli accordi precedenti può essere in alcuni casi indiretta o parziale in quanto riscontrabile in una diversa articolazione delle finalità del programma. Per la medesima ragione, pur potendo individuare una corrispondenza di obiettivi, non è possibile far corrispondere gli indicatori precedentemente espressi alle necessità di monitorare il presente programma, e pertanto si valuta opportuno valutarli come "non definiti".

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

Art.20 95% Stato	Art.20 5% Regione	Somma recuperabile da partner privato	Altri finanziamenti	Importo complessivo
143.969.206	7.577.327	142.541.467	2.100.000	296.188.000

Presenza nell'AdP di quote di finanziamento per specifiche finalità

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

Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie

TIPOLOGIA	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	5	-	-	-	-	-
Ristrutturazione	1	-	-	-	-	-
Restauro	-	-	-	-	-	-
Manutenzione	-	-	-	-	-	-
Completamento	-	-	-	-	-	-
TOTALE	6	-	-	-	-	-

Fabbisogno finanziario per obiettivi

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ricostruire ex-novo, adeguare a norma o mettere in sicurezza gli ospedali di medie dimensioni	5	139.950.705,89	7.365.826,83	142.541.467,48	289.858.000,00	98%
Potenziare gli ospedali di grandi dimensioni	1	4.018.500,00	211.500,00	2.100.000,00	6.330.000,00	2%
Utilizzare in modo efficiente l'ospedale e potenziare il territorio	-	-	-	-	-	0%
Totale	6	143.969.205,89	7.577.326,83	144.641.467,48	296.188.000,00	100%

Fabbisogno finanziario per categorie

	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Ospedali	6	143.969.205,89	7.577.326,63	144.641.467,48	296.188.000,00	100%
Assistenza territoriale	-	-	-	-	-	0%
Assistenza residenziale	-	-	-	-	-	0%
Sistemi informatici	-	-	-	-	-	0%
Apparecchiature	-	-	-	-	-	0%
Altro	-	-	-	-	-	0%
Totale	6	143.969.205,89	7.577.326,63	144.641.467,48	296.188.000,00	100%

Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a) Nuova costruzione	5	132.094.205,89	6.952.326,63	144.641.467,48	283.688.000,00	96%
b) Ristrutturazione	1	11.875.000,00	625.000,00	-	12.500.000,00	4%
c) Restauro	-	-	-	-	-	-
d) Manutenzione	-	-	-	-	-	-
e) Completamento	-	-	-	-	-	-
f) Acquisto di immobili	-	-	-	-	-	-
g) Acquisto di attrezzature	-	-	-	-	-	-

Verifica dell'analisi di contesto

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

Analisi dell'offerta attuale

		DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti	Pubblici	2,92	-	
	Privati	0,48	-	
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	Pubblici	0,28	-	
	Privati	0,34	-	
Tasso di ospedalizzazione per acuti (gg degenza per 1000 abitanti)	DO	836	-	
	DH	136	-	
Mobilità passiva per acuti (gg degenza per 1000 abitanti)	DO	127	-	
	DH	20	-	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti		114	-	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti		140	-	

Analisi dell'offerta ex post

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	In corso di realizzazione 5 nuovi ospedali in sostituzione dei presidi preesistenti
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	Realizzazione centrale operativa del 118 e parcheggio adiacente (Ospedale de L'Aquila) e Ristrutturazione P.O. di Penne
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	INVARIATO
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	INVARIATO
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	INVARIATO
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	In linea con la normativa nazionale
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	INVARIATO
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	INVARIATO
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	INVARIATO

Analisi dell'offerta attuale e prevista di tecnologie

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE	OFFERTA PREVISTA
TAC	5	5 (di cui 3 nuove)
GAMMA CAMERA	4	4 (di cui 2 nuove)
MAMMOGRAFO	4	4 nuovi
RMN	3	3 (di cui 2 nuove)
ANGIOGRAFIA DIGITALE	1	1 nuovo

Nota: Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti