



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

MINISTERO DELLA SALUTE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VII EX DGPROG

IL MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON
IL MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE
E LA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO 2012
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

ARTICOLATO CONTRATTUALE

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials "BZ".

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

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

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

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

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

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

VISTA la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001, n. 448 e 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005 n. 266, 27 dicembre 2006 n. 296, 24 dicembre 2007 n. 244, 22 dicembre 2008 n. 203, 23 dicembre 2009 n. 191, 13 dicembre 2010 n. 220, 12 novembre 2011 n. 183 e 24 dicembre 2012 n. 228;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

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

VISTO il decreto legislativo 12 aprile 2006, settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome in data il 18 aprile 2001;

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

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome in data 13 gennaio 2005;

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

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

CONSIDERATO che con nota n. 6679 del 20 marzo 2007 il Ministero della salute ha comunicato alla Regione Autonoma della Valle d'Aosta che in applicazione dell'articolo 1, comma 310, della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266 si intende risolto l'Accordo di programma del 18 aprile 2007 limitatamente all'impegno si spesa € 4.132.172,00 per un intervento non aggiudicato nei tempi previsti;

VISTO il Decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle

B

finanze del 12 aprile 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 170 del 24 luglio 2007, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312 della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266 e la revoca degli impegni di spesa corrispondenti agli interventi non richiesti nei tempi prescritti, pari ad euro 2.019.320,00 a valere sull'Accordo di programma sottoscritto il 13 gennaio 2005;

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome in data 22 aprile 2008;

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

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

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

PRESO ATTO che la Regione ha dichiarato di garantire con risorse proprie la quota destinata al potenziamento e ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188 della legge n. 311 del 2004;

ACQUISITO, nella seduta del 12 ottobre 2012, il parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute sul documento programmatico complessivo;

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

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

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Autonoma della Valle d'Aosta

**STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA**

**Articolo 1
(Finalità ed obiettivi)**

1. Il presente Accordo di programma integrativo dell'Accordo richiamato in premessa, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/67691, è finalizzato alla riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta.
2. L'Accordo è costituito da n. 1 intervento facente parte del programma della Regione per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente

illustrato nella scheda tecnica allegata che costituisce parte integrante del presente accordo e che reca le seguenti indicazioni:

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

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell' Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:

- per il Ministero della salute:
- per il Ministero della economia e delle finanze:
- per la Regione Autonoma Valle d'Aosta:

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

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

Articolo 3

(Copertura finanziaria degli interventi)

1. Il costo complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta ad euro 13.190.000,00, di cui: euro 12.290.480,12 a carico dello Stato ed euro 899.519,88 a carico della Regione. Il piano finanziario è dettagliatamente illustrato nella scheda richiamata al precedente art. 1, comma 2, è quello di seguito riportato:

INTERVENTO	STATO L. n. 67/1988	REGIONE	TOTALE
Acquisto parcheggio nord Via Roma a servizio del Presidio unico ospedaliero U. Parini (prima fase).	12.290.480,12	899.519,88	13.190.000,00

2. L'importo a carico dello Stato ex art. 20 indicato al precedente comma 1, per il valore di euro 12.290.480,12, deriva dalle risorse assegnate alla Regione dalla delibera CIPE n. 98/2008, pari ad euro 5.608.113,72 e dalle risorse assegnate alla Regione dalla delibera CIPE n. 97/2008, pari ad euro 6.682.366,40;
3. In relazione a quanto specificato nel precedente comma 2, dopo la sottoscrizione dell'accordo di programma, la regione avrà utilizzato tutte le risorse disponibili a valere sulla legge n. 67/1988;
4. In attuazione dell'intervento suddetto la Regione Valle d'Aosta, dopo l'ammissione a finanziamento del medesimo intervento da parte del Ministero della salute, potrà iscrivere a bilancio la somma a carico dello Stato necessaria per la realizzazione dell'intervento;
5. Per l'ammissione a finanziamento del progetto appaltabile, nei limiti delle risorse disponibili nell'anno, si seguirà il criterio cronologico di acquisizione, presso il Ministero della salute, delle richieste di finanziamento presentate dalle regioni, con le modalità indicate dal successivo art. 5.
6. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

1. Il soggetto beneficiario del finanziamento statale e regionale di cui al presente Accordo ha natura giuridica pubblica come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

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

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dell'intervento oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita nell' Accordo tra il Governo, le Regioni, le province Autonome di Trento e Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002, o sue successive modifiche e integrazioni.
2. Per l'intervento oggetto del presente Accordo la regione Valle d'Aosta inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione del medesimo progetto appaltabile.
3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma in sede di attuazione del medesimo, sono adottate dalla Regione con proprio atto da comunicare al Ministero della salute, per la verifica di competenza circa la conformità delle modifiche agli obiettivi generali del presente accordo. Le variazioni al programma possono riguardare la modifica dell'intervento, purché rientri nell'ambito del finanziamento attribuito alla Regione Valle d'Aosta, previo aggiornamento della relativa schede tecnica.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per l'intervento oggetto del presente Accordo, di cui alla scheda allegata, sarà acquisita in atti, dalla regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della normativa europea in materia;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione, con specifico riguardo alla sicurezza, alla congruità del costo, alla qualità dell'opera percepita dagli operatori e dagli utenti ed alle caratteristiche che assicurino accessibilità, manutenibilità, comfort alberghiero, nonché la qualità dell'opera;
 - il rispetto della normativa riguardante l'isolamento acustico del complesso ospedaliero, in particolare in merito alla protezione dal rumore prodotto dalla viabilità interna ed esterna presente nell'area ospedaliera.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della regione o dell' Azienda appositamente delegata, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla citata legge 492/ 1993.

Articolo 7
(Ricognizione del patrimonio immobiliare e rinnovo delle tecnologie)

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

Articolo 8
(Indicatori)

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

Articolo 9



(Opere da completare)

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

Articolo 10

(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione del progetto di cui al presente accordo, nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione" composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della regione.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell' Accordo, di cui al successivo art. 10. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 5 bis, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1 commi 310 e 311 legge 23 dicembre 2005 n. 266, in caso di criticità riscontrate nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in esercizio dell'intervento, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della regione Valle d'Aosta al fine di rimuovere le cause di tali criticità e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 11

(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il Dott. Marco Ottonello, Dirigente del Servizio Risorse dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 10, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;

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

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

Articolo 12 (Soggetto responsabile dell' intervento)

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

Articolo 13 (Disposizioni generali)

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

Per:

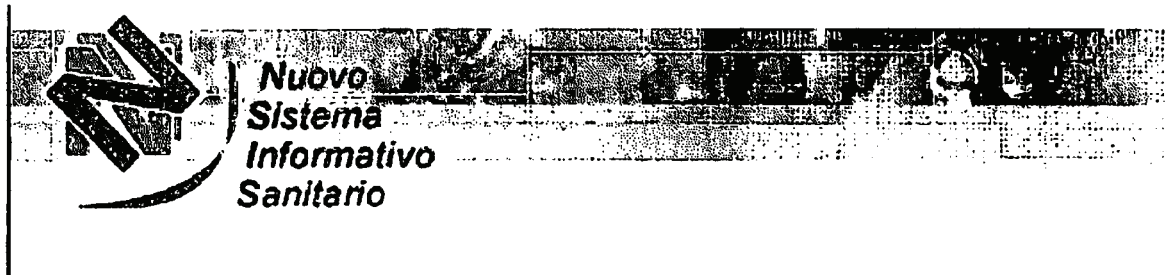
Il Ministero della salute

Il Ministero dell'economia e delle finanze

La Regione



SCHEDA TECNICA



**020-VALLE D'AOSTA - REALIZZAZIONE PARCHEGGIO
NORD VIA ROMA A SERVIZIO DEL PRESIDIO UNICO
OSPEDALIERO U. PARINI (PRIMA FASE)**

Codice Intervento: 020.020000.G.015

Codice Cup:

Descrizione: ACQUISTO PARCHEGGIO NORD VIA ROMA A SERVIZIO DEL
PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO U. PARINI (PRIMA FASE)

Tipo: ACQUISTO DI IMMOBILI

Categoria: SERVIZI GENERALI OSPEDALIERI ALTRO

Comune di Ubicazione: AOSTA

Stazione Appaltante: VALLE D'AOSTA

Sede Erogazione: PRESIDIO OSPEDALIERO DI AOSTA - VIALE GINEVRA 3 -
AOSTA - AO

Soggetto Responsabile: STEFANIA MAGRO

Costo Complessivo: 13.190.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 12.290.480,12

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq): .

Finanziamento Statale

Linea di Investimento Stato	Importo a Carico dello
PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988	Euro 12.290.480,12





Accordo di Programma
per il settore degli Investimenti Sanitari
ex art. 20 L. 67/1988

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

**REALIZZAZIONE DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO REGIONALE PER ACUTI
"UMBERTO PARINI" DI VIALE GINEVRA IN AOSTA E DEI SERVIZI AD ESSO
COLLEGATI**

LUGLIO 2012

INDICE

RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	4
A) IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO.....	4
B) QUADRO FINANZIARIO.....	5
C) RACCORDO CON IL PASSATO.....	6
D) LA SOLIDITÀ PROGRAMMATORIA COMPLESSIVA.....	6
E) COERENZA INTERNA.....	7
F) COERENZA ESTERNA.....	7
G) QUADRO NORMATIVO.....	8
1 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	9
1.1 LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E BISOGNI CHE NE CONSEGUONO.....	9
1.1.1 <i>Quadro epidemiologico</i>	10
1.1.2 <i>Quadro demografico</i>	13
1.1.3 <i>Quadro socio-economico</i>	13
1.1.4 <i>Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso</i>	13
1.1.5 <i>Quadro delle mobilità attiva e passiva (intra ed extra Regionale)</i>	22
1.1.6 <i>Offerta attuale ante operam</i>	26
1.1.7 <i>Analisi e valutazione della continuità assistenziale</i>	28
1.2 STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	29
1.2.1 <i>Identificazione dei bisogni assistenziali</i>	29
1.2.2 <i>Descrizione della strategia</i>	30
2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	30
2.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA.....	30
2.1.1 <i>Analisi dei problemi e priorità</i>	31
2.1.2 <i>La catena degli obiettivi</i>	33
2.1.3 <i>Interventi progettuali</i>	34
2.1.4 <i>Offerta post-operam</i>	35
2.2 COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	37
2.2.1 <i>Relazione e complementarità tra le priorità</i>	37
2.2.2 <i>Analisi dei rischi</i>	37
3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE.....	40
3.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....	40
3.1.1 <i>Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013</i>	40
3.1.2 <i>Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale</i>	41
3.1.3 <i>Sostenibilità degli interventi</i>	51
3.1.4 <i>Analisi delle condizioni</i>	51

3.1.5	<i>Sostenibilità economica e finanziaria</i>	52
3.1.6	<i>Sostenibilità amministrativa e gestionale e di risorse umane</i>	57
3.1.7	<i>Sostenibilità delle risorse umane</i>	57
3.1.8	<i>Sostenibilità ambientale</i>	58
3.1.9	<i>Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche</i>	58
4	RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	58
4.1	SISTEMA DI INDICATORI.....	58
4.1.1	<i>Indicatori di contesto</i>	58
4.1.2	<i>Indicatori di Programma</i>	59
4.1.3	<i>Indicatori di efficacia ed efficienza</i>	61
4.1.4	<i>Definizione del sistema indicatori</i>	62
4.1.5	<i>Fonti di verifica</i>	62
4.2	IMPATTI DEL PROGRAMMA ACCETTABILITÀ SOCIALE E VALORE AGGIUNTO.....	62
4.2.1	<i>Health Techology Assessment</i>	69
5	SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	70
5.1	PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	70
5.1.1	<i>Presupposti organizzativi e finanziari</i>	70
5.1.2	<i>Presupposti economici e sociali</i>	72
5.1.3	<i>Qualità ed intensità delle relazioni con il partenariato</i>	73
5.2	SISTEMA MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	73
5.2.1	<i>Monitoraggio finanziario</i>	73
5.2.2	<i>Monitoraggio fisico</i>	73
5.2.3	<i>Monitoraggio procedurale</i>	74
	APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO	74
	C.1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO.....	75
	C.2 - ANALISI S.W.O.T.....	76
	C.3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI.....	77
	C.4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE.....	77
	SECONDO ALLEGATO: DOCUMENTI INTEGRATIVI	84
	ARTICOLATO.....	84
	SCHEDA TECNICA.....	94

Riassunto esplicativo del Programma.

a) Identificazione dell'accordo.

L'art. 1, comma 796, lett. n della Legge 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) come modificato dall'art. 2 commi 279 e 280, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008) ha elevato a complessivi 23 miliardi di euro lo stanziamento finanziario previsto dall'art. 20 della Legge n. 67 dell'11 marzo 1988, rendendo disponibili ulteriori 2.950 milioni di euro per la prosecuzione del Programma straordinario di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Tali risorse aggiuntive sono state ripartite tra le Regioni mediante le Delibere CIPE n. 4/2008 e n. 98/2008 attribuendo alla Regione autonoma Valle d'Aosta, per la prosecuzione del proprio programma di riqualificazione strutturale e tecnologica, un finanziamento complessivo di € 12.290.480,12.

Con le stesse Delibere si prevede che le Regioni provvedano all'utilizzo dei finanziamenti assegnati nel rispetto di alcuni vincoli di destinazione e linee prioritarie di intervento, indicati nelle stesse Leggi Finanziarie.

Ai fini dell'utilizzo delle nuove risorse rese disponibili la Regione autonoma Valle d'Aosta ha approvato e stipulato nell'ottobre 2009 ed aggiornato nell'aprile 2010 specifico "accordo di programma" con il Comune di Aosta finalizzato, tra l'altro, ad acquisire un Parcheggio pluriplano coperto di 510 posti auto a Nord di Via Roma. L'attivazione di detto parcheggio è necessario al fine di poter liberare l'area ad est dell'attuale nosocomio, attualmente adibita a parcheggi, al fine di poter procedere alla realizzazione dell'ampliamento ad est del Presidio di Viale Ginevra ad Aosta ed alla conseguente unificazione delle tre sedi ospedaliere esistenti in un unico presidio per acuti.

Inoltre il presente programma integra la seconda fase dell'intervento denominato "Triangolo" di cui all'accordo di programma integrativo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e la Regione autonoma Valle d'Aosta siglato in data 22 aprile 2008, per il quale si è ritenuto di realizzare prioritariamente la prima fase ammontante ad euro 1.682.484,67 demandando la realizzazione della seconda fase nell'ambito del contesto più ampio di progettazione dell'ampliamento del presidio.

Nella definizione dell'intervento si è tenuto conto in via prioritaria:

- degli indirizzi programmatici regionali e nazionali vigenti;
- della necessità di adeguare la struttura esistente (ex Mauriziano) alle prescrizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento;
- del completamento delle opere già iniziate con i finanziamenti previsti dai Programmi regionali di investimento la cui realizzazione e/o progettazione sia già in fase avanzata;
- dell'adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa prevista in materia di sicurezza sul lavoro, di prevenzione incendi e di antisismica;
- della consistenza e dello stato di conservazione del patrimonio tecnologico.

La Regione, con deliberazione della Giunta n. 3129/2008, ha provveduto al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008 sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, così come indicato al punto 3) dell'Accordo stesso.

b) Quadro finanziario.

Il Documento di programma riguarda un intervento, che si articola in tre fasi, per l'unificazione dei tre presidi ospedalieri per acuti, ubicato in Comune di Aosta, attraverso l'ammodernamento e l'ampliamento ad est dell'attuale Presidio di Viale Ginevra.

L'intervento complessivo prevede una spesa che ammonta ad euro 154.224.000,00 ed è suddiviso nelle seguenti tre fasi:

- a) Prima fase: realizzazione del parcheggio a nord di via Roma, con una capienza di circa 510 posti auto. L'acquisto e l'attivazione di detto parcheggio sono necessari al fine di poter liberare l'area ad est dell'attuale nosocomio, attualmente adibita a parcheggi, al fine di poter procedere alla realizzazione dell'ampliamento ad est;
- b) Seconda fase: Realizzazione dell'ampliamento ad est con annesso parcheggio con capienza di circa 400 posti auto collegato con il parcheggio a nord, di cui alla prima fase, e realizzazione dei collegamenti con l'attuale presidio di viale Ginevra;
- c) Terza fase: adeguamento e ristrutturazione dell'attuale Presidio di viale Ginevra.

L'accordo di programma prevede il finanziamento della spesa necessaria alla realizzazione della prima fase che ammonta a complessivi euro 18.590.000,00 e che verrà finanziata in parte con le risorse statali ex art. 20 stanziare dalle Finanziarie 2007/2008 pari a € 12.290.480,12, integrate con la quota di finanziamento dello Stato che residua dal programma integrativo del 2008, pari ad euro 4.553.131,56 ed infine integrate con le risorse della Regione pari a € 1.746.338,32.

Considerato l'ammontare della spesa a carico della Regione per l'intero intervento - corrispondente all'88 % dell'importo complessivo dei lavori - e tenuto conto dei tempi necessari al finanziamento del presente accordo, nel caso in cui la sottoscrizione dello stesso sia successiva all'acquisto del parcheggio di cui si richiede il finanziamento, le risorse citate potranno essere rifinanziate al finanziamento delle spese necessarie alla realizzazione delle successive fasi dell'intervento complessivo.

La quota a carico della Regione è finanziata attraverso specifico programma di investimento a valere sul fondo in gestione speciale di cui alla legge regionale 16 marzo 2006, n. 7 approvato con DGR 453/2011, con ricorso all'indebitamento.

Tabella n.1 : Ripartizione finanziamenti.

Interventi	Importo complessivo	Regione	Stato
Realizzazione parcheggio nord via Roma	13.190.000,00	899.519,88	12.290.480,12
Rifinanziazione delle risorse rivenienti dal Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 31 marzo 2010 necessarie per dotare il Presidio Ospedaliero U. Parini di Aosta di una prima sezione di parcheggi.	5.400.000,00	846.868,44	4.553.131,56
Totale	18.590.000,00	1.746.338,32	16.843.611,68

c) Raccordo con il passato.

Le risorse finanziarie previste dall'art. 20 della L. 67/1988, sino ad oggi assegnate alla Regione autonoma Valle d'Aosta ammontano complessivamente a circa euro 46 milioni di euro.

Per l'utilizzo di questi finanziamenti la Regione ha predisposto uno specifico Programma di investimenti in sanità articolato in tre fasi di attuazione (I, II e III Fase).

Con l'attuazione dei Programmi i principali risultati raggiunti, in termini di impatto sul patrimonio strutturale e sull'offerta dei servizi assistenziali, possono essere sinteticamente individuati nei seguenti aspetti:

- miglioramento strutturale ed impiantistico con conseguente innalzamento degli standard qualitativi relativi al comfort ospedaliero;
- realizzazione della radioterapia ed adeguamento del blocco operatorio del presidio ospedaliero U. Parini;
- ristrutturazione in ambito territoriale di due poliambulatori e realizzazione di un RSA.

Di seguito si riporta una tabella che evidenzia lo stato di attuazione del Programma regionale di investimenti in sanità articolato nelle diverse fasi di realizzazione.

Tabella n. 2: Stato di attuazione Programma regionale di investimenti in sanità.

Fasi di attuazione		% Finanziamento Statale utilizzato	% Interventi in esercizio
I° Fase		100%	100%
II° Fase		97%	97%
III° Fase	Accordo 2005	51%	51%
	Accordo Integrativo 2008	26%	0%

L'intervento che si propone di realizzare rientra in un contesto più ampio di ammodernamento del Presidio ospedaliero U. Parini e rappresenta continuazione dei precedenti interventi finanziati ai sensi della legge 67/1988.

Per quanto riguarda l'intervento inserito nell'Accordo di programma integrativo del 22/04/2008 e che prevede la realizzazione del triangolo si è provveduto ad affidare la prima fase che prevede la realizzazione prioritaria della dialisi il cui costo complessivo ammonta ad euro 1.682.484,67, ed è stata richiesta la rifinalizzazione delle risorse rivenienti dal Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 31 marzo 2010 necessarie per dotare il Presidio ospedaliero U. Parini di Aosta di una prima sezione di parcheggi, per un importo a carico dello Stato pari ad euro 4.553.131,56.

d) La solidità programmatoria complessiva.

L'obiettivo generale di questo Programma è realizzare l'unificazione e l'ammodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate

Gli obiettivi specifici che con l'attuazione del Programma si intendono raggiungere sono:

Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie.

Per accogliere tale obiettivo risulta prioritario procedere all'unificazione delle tre sedi ospedaliere esistenti sul territorio Regionale attraverso la realizzazione di un unico ampliamento ad est dell'attuale Presidio ospedaliero U. Parini di Aosta. A seguito della rimodulazione dell'offerta

sanitaria l'obiettivo specifico che si intende raggiungere con questa tipologia di intervento, è la creazione di un unico presidio ospedaliero rispondente a criteri di funzionalità al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie e nel contempo assicurare anche maggiore accoglienza e comfort per gli utenti.

Adeguamento urbanistico

L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza dei servizi urbanistici (parcheggi) per contribuire ad incrementare la dotazione di posti auto a servizio del presidio e necessari a seguito dell'ampliamento dello stesso presidio.

Ammodernamento tecnologico

L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.

Adeguamento normativo

Obiettivo specifico è garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria. Elementi essenziali per raggiungere questo obiettivo sono: la messa a norma dell'attuale struttura sanitaria (prevenzione incendi e misure antisismiche) e gli adeguamenti finalizzati all'accreditamento.

Le criticità individuate sono riferite principalmente nell'inserire tale progetto nel contesto urbano della città di Aosta. Inoltre altro aspetto critico consiste sulla necessità di adeguamento alle normative per la sicurezza, antincendio e antisismica ed ai requisiti di autorizzazione/accreditamento stabiliti sia a livello nazionale che regionale.

e) Coerenza interna

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 coerenza del programma con il Piano per la Salute e il Benessere sociale in Valle d'Aosta per il triennio 2011-2013;
- all'innovazione e all'ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute, con particolare riferimento alla diagnosi e cura delle malattie oncologiche;
- 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 e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di comfort.

f) Coerenza esterna.

Il progetto è coerente con la programmazione sanitaria nazionale.

Pertanto il presente programma è in linea con le indicazioni previste con il patto della salute vigente.

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

g) Quadro normativo.

Il quadro normativo di riferimento è il seguente:

- l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, che prevede l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti e che individua, fra l'altro, gli obiettivi di massima da perseguire, per un totale di 30.000 miliardi di lire;
- l'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni che, al fine di semplificare le procedure per la realizzazione degli interventi ex art. 20 L. 67/1988, ha previsto la possibilità di stipula di Accordi di Programma tra il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze e le Regioni interessate, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;
- Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 ed in particolare l'articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;
- l'Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002, sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;
- l'Art. 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004, di attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004 relativo alla destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art. 20 al potenziamento ed ammodernamento tecnologico;
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 2006: "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008";
- Patto per la Salute di cui all'intesta Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- Accordo di programma tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e la Regione autonoma Valle d'Aosta siglato in data 14 gennaio 2005;
- Art. 1, comma 796, lettera n) della legge 27 dicembre 2006 (Legge Finanziaria 2007);
- Delibera CIPE 4/2008 relativa al riparto delle risorse finanziarie previste dall'Art. 20 L. 67/1988, stanziata dalla Legge Finanziaria 2007;
- Art. 2 commi 279 e 280, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008);
- Delibera CIPE 98/2008 relativa al riparto delle risorse finanziarie previste dall'Art. 20 L. 67/1988, stanziata dalla Legge Finanziaria 2008;
- Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- Accordo di programma integrativo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e la Regione autonoma Valle d'Aosta siglato in data 22 aprile 2008;
- Piano per la Salute e il Benessere sociale per il triennio 2011-2013 approvato con legge regionale n. 34 del 25 ottobre 2010.

1 Analisi socio-sanitaria-economica e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati.

1.1 La situazione del contesto e bisogni che ne conseguono.

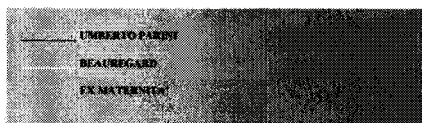
Organizzare e gestire servizi sanitari e sociali in terreni montani comporta senza dubbio difficoltà maggiori e impone scelte differenziate (parametri diversi, in termini, ad esempio di posti letto per abitante, tassi di ospedalizzazione più alti rispetto a zone di pianura, sistema di emergenza più complesso ecc.). Svantaggi naturali, svantaggi climatici e orografici, squilibri nella struttura demografica e talvolta in quella sociale rendono più difficile, in montagna, l'applicazione dei modelli utilizzati in altre aree del Paese. Difficoltà ad arrivare in ogni paesino con servizi di qualità, costi più elevati di costruzione delle strutture sanitarie e sociali sono problemi con cui confrontarsi stabilmente nelle zone alpine.

Pertanto, va sottolineato il problema fondamentale per la nostra Regione: la sanità in montagna comporta costi strutturali superiori alla media nazionale. La Commissione sui problemi della sanità in montagna istituita nel luglio 2000 con decreto del Ministero della Salute ha quantificato l'incidenza di tale surplus nell'ordine del 20%.

Considerando questa situazione di partenza, la rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di nuova organizzazione tesa a sviluppare soluzioni gestionali per il governo dei servizi alle persone, nell'esigenza di affrontare unitariamente le componenti sanitarie, socio-sanitarie e sociali secondo i principi di una politica di comunità o welfare community.

Attualmente il Servizio sanitario regionale è svolto da un'unica Azienda Usl regionale che svolge la propria attività sulle n. 3 principali aree strategiche: prevenzione, territoriale e ospedaliera. L'area territoriale si compone di n. 4 Distretti regionali in cui sono dislocati i servizi e le strutture territoriali socio-sanitarie. Ogni distretto dispone di un poliambulatorio aziendale e di un numero congruo di consultori, strutture residenziali e semi-residenziali per anziani, disabili e persone con disturbi psichici.

L'attività ospedaliera attualmente si svolge attraverso un unico ospedale regionale dislocato su n. 3 presidi ubicati presso: edificio ex-maternità in cui attualmente è presente il reparto ospedaliero psichiatrico, l'edificio Beauregard in cui sono presenti i reparti di ostetricia e ginecologia, la gastroenterologia e la geriatria nonché il presidio principale che ospita la maggior parte delle funzioni ospedaliere ubicato in Aosta Viale Ginevra.



1.1.1 Tabella - DPP - Localizzazione dei Presidi Ospedalieri Umberto Parini, Beauregard ed ex Maternità

Il “piano regionale della Valle d’Aosta per la salute ed il benessere sociale” 2011/13 ha confermato l’obiettivo previsto dai precedenti piano socio-sanitari di “realizzare l’unificazione delle sedi ospedaliere ampliando e ristrutturando l’attuale sede ubicata presso Viale Ginevra, al fine di organizzare l’assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate”.

1.1.1 Quadro epidemiologico

Al 1° gennaio 2011 la Valle d’Aosta presentava una popolazione residente di 128.230 abitanti.

Dai dati dell’indagine Istat sullo stato di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2005, quasi due terzi dei valdostani danno un giudizio positivo del proprio stato di salute, una percentuale in crescita rispetto al passato e in linea con il valore medio dell’Italia e delle regioni circostanti..

In Valle d’Aosta, nel 2005, hanno dichiarato una disabilità il 2,5% degli uomini e il 5,7% delle donne.

La limitazione nell’attività è stata invece dichiarata da quasi il 10% degli uomini e dal 15% delle donne e si è prodotta per la presenza di malattie o traumatismi nel 9,1% dei casi tra gli uomini e nel 12,5% dei casi tra le donne.

Non si registrano variazioni d’interesse, rispetto l’indagine del 2000, sulla limitazione dell’attività tra i valdostani per problemi di salute.

La disabilità e le limitazioni all’attività per malattie o traumatismi diventano più frequenti al crescere dell’età in entrambi i generi e anche che in tutte le classi di età la prevalenza è più elevata nelle donne.

Tra gli anziani, infatti, l'11,5% degli uomini e quasi il 20% delle donne dichiara una disabilità. Mentre, indipendentemente dalla gravità della limitazione, il 30,8% degli uomini anziani e il 36,1% delle donne anziane dichiarano limitazioni della propria attività per problemi di salute. Di entità simile è la percentuale di anziani, di entrambi i generi, che hanno dichiarato le malattie acute o traumatismi come causa delle loro limitazioni.

Per ciascuna delle classi di età inferiori a quella anziana, si registrano, invece, percentuali inferiori al 10% rispetto ai problemi di salute sopra menzionati e che sono causa di impedimento di una normale attività.

Le malattie croniche dichiarate dagli intervistati come diagnosticate da un medico negli ultimi 12 mesi antecedenti l'indagine mostrano come, dopo l'artrosi e l'artrite, che coinvolgono il 13,5% degli uomini e il 20,4% delle donne, l'ipertensione è la malattia cronica, nonché il fattore di rischio intermedio per molte malattie cardio e cerebro vascolari, più frequente sia tra i valdostani sia tra le valdostane. Dichiarano, infatti, di avere problemi di pressione alta diagnosticati da un medico il 12,7% degli uomini e il 15,5% delle donne.

Tra gli uomini le malattie più frequentemente diagnosticate sono la bronchite cronica e l'enfisema (5,3%), mentre tra le donne sono l'osteoporosi (7,8%), l'ansietà unita a depressione (6,9%) e le malattie della tiroide (6,8%).

Rispetto all'indagine del 2000, sembrerebbero aumentate (nonostante in alcuni casi manchi la significatività statistica) tutte le malattie oggetto di confronto, ad eccezione del diabete tra gli uomini e dell'infarto, artrosi, artriti e osteoporosi tra le donne, che mantengono prevalenze simili a quelle di 5 anni prima. La frequenza con cui si presenta gran parte delle patologie croniche nella popolazione, incrementa con l'età. Oltre i 65 anni circa, la metà dei valdostani dichiara di soffrire di artrosi o artrite, oltre un terzo dichiara di avere l'ipertensione arteriosa, uno su dieci di avere il diabete, un uomo su cinque di soffrire di malattie respiratorie.

Analizzando la cronicità per fascia di età e genere, emerge come fino a 24 anni prevalga l'asma nel 5,5% dei maschi e il 2% delle femmine. Tra i 25 e i 44 anni, gli uomini sono più colpiti da artrosi e artriti nel 4,2% dei casi come per le donne (con percentuali simili) a cui si aggiungono, per queste ultime, le malattie della tiroide diagnosticate per una percentuale del 7%. Tra i 45 e i 64 anni le percentuali di cronicità aumentano e tra gli uomini registriamo come più frequente l'ipertensione diagnosticata (21,8%) mentre tra le donne prevale ancora l'artrosi e l'artrite quasi in una donna su 4 di questa fascia di età. Oltre i 65 anni artrosi e artrite colpiscono più della metà delle donne (54,7% e poco meno della metà degli uomini (43,2%).

Dall'analisi epidemiologica delle malattie acute che hanno richiesto quindi un ricovero nel periodo 2000-2009, si evince una situazione diversa per genere.

Tra gli uomini, la principale causa di ricovero è rappresentata dalle patologie dell'apparato circolatorio, seguita dalle patologie dell'apparato digerente e dai tumori maligni. Tuttavia, malattie dell'apparato circolatorio e tumori maligni rappresentano le prime due cause quando si osservino le giornate di ricovero, a testimonianza della maggiore gravità e del conseguente maggiore carico assistenziale. Queste due cause insieme, infatti, costituiscono poco meno del 28% dei ricoveri, ma il 36% delle giornate di ricovero (senza includere le giornate per chemioterapia). Le malattie dell'apparato osteomuscolare e le malattie del sistema nervoso rappresentano la quarta e la quinta causa in termini di ospedalizzazione, ma solamente la settima e la nona in termini di giornate di ricovero, verosimilmente trattandosi di insiemi di condizioni morbose ad alta frequenza di ricovero, ma di bassa gravità. Diverso il caso dei traumatismi e delle malattie respiratorie, che rappresentano,

rispettivamente, la settima e l'ottava causa di ricovero, ma sono al quarto e quinto posto in termini di "consumo" di giornate di ricovero. Anche i ricoveri per disturbi psichici rappresentano un esempio del diverso significato del tasso di ospedalizzazione e del tasso di giornate di ricovero: questo gruppo di patologie, infatti, è al 10° posto come causa di ricovero (il 3,4% del totale), ma, a causa dell'elevata complessità assistenziale è l'ottava causa di "consumo" di giornate di ricovero (costituendo poco meno del 6% di tutte le giornate di ricovero). Un quadro diverso emerge osservando la graduatoria delle prime 10 cause di primo ricovero (indicatore indiretto dell'incidenza di malattia, ossia dell'insorgenza di nuovi casi). Di particolare rilievo sono: il primo posto delle patologie dell'apparato digerente (che si conferma anche dopo l'aggiustamento per età) mentre le patologie dell'apparato circolatorio si collocano al secondo posto e all'ottavo per i tumori maligni.

In questo caso, una lettura "trasversale" degli indicatori sembrerebbe suggerire che, nel caso dei tumori maligni, ci si trovi di fronte ad una patologia a insorgenza meno frequente di altre (tasso di primo ricovero), ma con un'elevata frequenza di ricovero (tasso di ospedalizzazione) e a elevata gravità (giornate di ospedalizzazione) mentre, al contrario, le patologie dell'apparato digerente rappresentano il caso di patologie a frequente insorgenza e a frequente causa di ricovero, ma di media gravità.

Nelle donne la situazione è differente per l'effetto che la gravidanza, il parto e le patologie correlate, assumono sulla motivazione e sulla frequenza al ricovero. Questo insieme di cause rappresenta oltre il 16% dei ricoveri; si tratta tuttavia di ricoveri che comportano solo l'8% del consumo di giornate (quarto posto) trattandosi, in maggioranza, di parti non complicati e di degenze brevi. Trattandosi però di eventi frequenti nella popolazione, questo insieme di cause occupa anche il primo posto nella graduatoria dei primi ricoveri. Dopo il parto, le malattie dell'apparato circolatorio sono la causa di ricovero più frequente e la principale causa di utilizzo delle giornate di degenza, mentre i tumori costituiscono la settima causa di ricovero e la seconda in termini di giornate di ricovero (l'insieme composto da malattie circolatorie e tumori maligni assorbe il 27% delle giornate di degenza). Anche tra le donne le malattie del sistema nervoso e le malattie dell'apparato osteomuscolare sono frequenti cause di ricovero (terzo e quarto gruppo, rispettivamente), ma a basso consumo di giornate di ricovero (rispettivamente, decimo e settimo gruppo). I traumatismi, al contrario, rappresentano l'ottava causa di ricovero, ma la terza in termini di giornate di ricovero (diventano la quinta dopo l'aggiustamento per età, a causa dell'elevata età media dei ricoveri per traumatismi delle donne). Meno frequente rispetto agli uomini è il ricovero per patologie correlate all'apparato respiratorio, che hanno una bassa frequenza e comportano un consumo di quasi il 7% delle giornate di ricovero. Più frequenti invece rispetto agli uomini sono anche i ricoveri per disturbi del sistema nervoso (terza causa). Per quanto riguarda i primi ricoveri, con l'esclusione delle condizioni legate alla gravidanza e al parto, le malattie dell'apparato circolatorio e quelle del sistema osteomuscolare occupano le prime due posizioni, mentre le malattie dell'apparato digerente sono meno frequenti che tra gli uomini, così come le cause accidentali. Analogamente agli uomini, i primi ricoveri per tumore maligno sono meno frequenti rispetto a numerose altre condizioni morbose.

Per quanto attiene infine le cause di morte, l'ultimo dato disponibile per i confronti extra regionali, di fonte Istat (2007), indica una mortalità maschile in Valle d'Aosta superiore a quella nazionale (96,7 ogni 10.000 contro 89,8 ogni 10.000) e di poco inferiore al valore medio nazionale quella femminile (53,2 ogni 10.000 contro 54,5 ogni 10.000). Malattie del sistema circolatorio (cardio e cerebrovascolari), unitamente ai tumori, rappresentano le prime due cause di morte come ovunque.

Ogni 10.000 abitanti muoiono, per problemi cardio e cerebro vascolari, in Valle d'Aosta, 31 uomini e 18 donne con valori analoghi alla media nazionale per i primi (31,0 contro 31,3) ma inferiori, invece, per le seconde (18,5 contro 21,5). Per tumori maligni, invece, ogni 10.000 abitanti muoiono,

in Valle d'Aosta, 33,6 uomini (contro 31,1 della media nazionale) e 17,1 donne (contro 16,6 della media nazionale).

1.1.2 Quadro demografico.

La Valle d'Aosta nel 2010 si presenta con una struttura demografica caratterizzata da un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza anziani superiori al valore medio nazionale (150 contro 144 il primo e 32 contro 31 il secondo)

In generale, sul totale della popolazione regionale la fascia di età 0-14 anni incide per il 13,89%; quella tra 15 e 64 anni per il 65,28%; quella oltre i 65 anni per il 20,83%.

La struttura per età dei singoli distretti evidenzia però differenze di una certa rilevanza. La percentuale più alta di giovani fino a 14 anni si registra nel distretto 2 (esclusa Aosta) con il 15,43% e la più bassa nel capoluogo (12,55%).

Tra 15 e 64 anni ad incidere maggiormente sul totale sono ancora i residenti del distretto 2 (esclusa Aosta) con il 67,11% e meno quelli ad Aosta (63,14%). Gli anziani ultra sessantacinquenni prevalgono invece proprio nel capoluogo – dove vi è anche la maggiore concentrazione di servizi - con il 24,31% a fronte del valore minimo registrato nel distretto 2 (17,46%) e nel distretto 1 (18,86%).

Sotto il profilo territoriale permangono, infatti, da tempo la tendenza alla concentrazione abitativa della popolazione nell'area urbana del capoluogo di Aosta e nei comuni limitrofi, polo di forte attrazione per residenti e stranieri, dove vive oltre la metà della popolazione regionale.

1.1.3 Quadro socio-economico.

A partire dal 2000, l'economia regionale ha mostrato un andamento nel complesso positivo, anche se con tassi annuali di crescita progressivamente inferiori rispetto all'inizio del decennio; dopo un 2005 di segno negativo, il PIL aumenta nuovamente nel 2006, anche se con un incremento minimo, pari al +0,9%, a fronte di incrementi dell'1,9% a livello nazionale e del 2,0% per la circoscrizione nord-ovest.

Cresce di conseguenza anche il PIL pro-capite, che ammonta a 32.635 euro al 2006, contro un valore medio nazionale pari a 25.031 euro, posizionando la regione seconda soltanto al dato della Provincia Autonoma di Bolzano, pari a 32.696 euro. Il livello di benessere della regione si mantiene elevato, anche se sotto il profilo delle dinamiche economiche si osserva un rallentamento che certamente non deve essere sottovalutato.

Guardando alla formazione del valore aggiunto, l'economia valdostana risulta sempre più terziarizzata, considerando che il contributo del settore dei servizi è ormai pari al 73,1%, contro il 25,5% dell'industria e l'1,3% dell'agricoltura; in particolare, rispetto al dato nazionale e al nord-ovest appare molto ridotto il contributo dell'industria in senso stretto (rispettivamente pari al 13,9%, 20,5% e 25,2%).

1.1.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso.

La popolazione residente - potenziale bacino di domanda dei servizi diagnostici e terapeutici ospedalieri regionali – era nel 2008 di 127.065 abitanti (+ ~6% rispetto al 1998) così distribuiti per significative classi di età: ~14% in età 0 – 14 anni (~12% nel 1998); ~66% in età 15 – 64 anni (~70% nel 1998); ~20% in età 65 anni e oltre (~18% nel 1998).

Incremento dei residenti e modificazioni della struttura per età nel decennio (crescita del peso relativo dei giovani e degli anziani e riduzione di quello degli adulti) sono le risultanti:

- di un saldo naturale negativo (- 9,5‰ nel decennio) decrescente da - 1,5‰ nel 1998 a + 0,3‰ nel 2008;
- di un saldo migratorio positivo (79,7‰ nel decennio) con un valore annuo sostanzialmente costante intorno al migliaio di unità e con un peso relativo del saldo con l'estero più che doppio rispetto a quello interno.

L'ISTAT ha stimato che i residenti nel 2050 in Valle d'Aosta saranno compresi tra 123.011 ("ipotesi bassa") e 146.640 ("ipotesi alta"). L'"ipotesi centrale" è di 135.315 residenti così distribuiti per significative classi di età: ~12% in età 0 – 14 anni; ~55% in età 15 – 64 anni; ~33% in età 65 anni e oltre. Si prevede pertanto nei prossimi quarant'anni una crescita, rispetto ad oggi del 5%, una sostanziale stazionarietà del peso relativo dei giovani, un decremento di quello degli adulti ed un corrispondente incremento di quello degli anziani.

I ricoveri.

Le dimissioni di residenti in Valle d'Aosta "ovunque ricoverati" sono state 25.362 nel 2008 e risultano analoghe a quelle del 1998 (25.400). Essendo tuttavia cresciuta nel decennio la popolazione, il tasso di ospedalizzazione si è ridotto nello stesso periodo da 211,7‰ a 199,6‰ abitanti.

Sono cresciuti invece nel 2008, rispetto al 1998, in valore assoluto (da 4.640 a 5.509) e relativo (da 18,3% a 21,7% del totale) i residenti dimessi fuori regione (principalmente in Piemonte e Lombardia).

I ricoverati "ovunque residenti" nei presidi ospedalieri valdostani nel 2008 sono stati 22.231. Rispetto a dieci anni prima essi sono diminuiti sia in complesso (- 5,9%), sia nella componente dei residenti fuori Valle (- 17%) che nel 2008 è stata di 2.379 ricoveri corrispondenti al 10,7% del totale dei ricoverati in Valle ed a circa la metà dei residenti valdostani ricoverati all'esterno.

I 21.587 dimessi nel 2008 per patologie acute nei presidi ospedalieri valdostani hanno rappresentato, analogamente a dieci anni prima, il 97,2% del totale. Di essi:

- 15.788 (73,2%) sono stati ricoverati in regime ordinario (18.388 e 81,5% nel 1998) con dotazione di 389 posti letto (456 nel 1998);
- 5.799 (26,8%) sono stati ricoverati in regime diurno (day hospital e day surgery) (4.181 e 18,5% nel 1998) con dotazione di 49 posti letto (30 nel 1998).

Si sono ridotti pertanto, nel decennio, di oltre un migliaio di unità i dimessi in complesso per patologie acute e, in quantità assoluta e relativa più che proporzionali, i dimessi in regime ordinario; sono invece cresciuti in valore assoluto e relativo i dimessi in regime diurno, in sincronia con la crescita della relativa offerta.

Ciascun posto letto è stato utilizzato mediamente nel 2008 da 40,6 dimessi in regime ordinario (40,3 nel 1998) e da 118,3 dimessi in regime diurno (139,4 nel 1998) e quindi con periodi medi di "turnover" rispettivamente di 9,1 e 3,1 giorni circa (rispettivamente 9,1 e 2,6 nel 1998).

La durata delle degenze.

Le giornate di degenza maturate dai dimessi per patologie acute nei presidi ospedalieri valdostani nel 2008 sono state 129.940, di cui 111.164 (85,6%) in regime ordinario e 18.776 (14,4%) in regime diurno.

Rispetto a dieci anni prima le giornate di degenza in complesso sono diminuite di una percentuale tre volte superiore (-12,2%) rispetto a quella del numero dei dimessi (-4,3%) e la durata media della degenza per dimesso si è ridotta da 6,6 a 6 giorni.

Con riferimento al regime di ricovero, la durata media di degenza dei ricoveri ordinari si è ridotta nel decennio da 7,4 a 7 giorni mentre quella dei ricoveri diurni è aumentata da 3 a 3,2 giorni.

La differenza tra questi valori e quelli delle durate medie di "turnover" indicate nel precedente paragrafo indica i giorni in cui il posto letto rimane libero tra un ricovero e l'altro (intervallo di turnover): 2 giorni nei ricoveri ordinari (1,7 giorni nel 1998) e nessun giorno nei ricoveri diurni.

Tra le altre numerose combinazioni delle variabili di offerta (posti letto) e di domanda (ricoveri e giornate di degenza) si sono considerate le seguenti:

- a) il tasso di utilizzazione dei posti letto. Esso si è ridotto in regime ordinario ed in quello diurno nell'ultimo decennio rispettivamente da 0,81 a 0,78 e da 1,14 a 1,05; una positiva tendenza dovuta anche ad un progressivo riequilibrio dell'offerta dei due regimi in relazione al mutamento dei connotati della domanda;
- b) il peso relativo dei ricoveri di durata ≤ 1 giorno sul totale dei ricoveri in regime ordinario. Esso si è ridotto nel decennio da 14,3 a 14,1% - seppure con andamento intermedio altalenante tra min 9,79 e max 13,04% - ed è di entità equivalente ad 1/3 circa dei ricoveri diurni;
- c) l'indice di "case-mix" (ICM): indicatore sintetico di complessità della casistica trattata basato su "raggruppamenti omogenei di diagnosi" (DRG). L'indice è direttamente proporzionale alla complessità (maggiore o minore complessità se l'indice è rispettivamente maggiore o minore di 1). Nel decennio l'indice è sceso da 1,1 a 1, con andamento intermedio tra min 0,97 e max 1,11;
- d) l'indice comparativo di "performance" (ICP): indicatore sintetico di rendimento delle prestazioni rispetto a quelle di altri ospedali entrambe riferite al sistema di classificazione DRG. L'indice è inversamente proporzionale al rendimento (maggiore o minore rendimento se l'indice è rispettivamente minore o maggiore di 1). Nel decennio l'indice è cresciuto da 1,1 a 1,2, con andamento intermedio tra min 0,93 e max 1,20;
- e) la percentuale di attese di ricovero soddisfatte entro 30 gg e quella di attese soddisfatte entro i tempi max prescritti dal piano sanitario regionale in relazione alla gravità della diagnosi. Nel 2008 le persone in attesa sono state 10.683 e di esse: il 59,1% è stata ricoverata entro 30 gg e il 91,5% è stata ricoverata nel tempo prescritto dal piano.

Gli ambulatori.

I 71 ambulatori attivi nel 2008 hanno erogato ad esterni 446.222 prestazioni (+ 13,6% rispetto al 2003) corrispondenti al 75,3% del totale.

I laboratori e il pronto soccorso.

Le analisi cliniche effettuate nel 2008 ad esterni sono state 1.147.805 (+ 27,45 rispetto al 2003) corrispondenti al 58% del totale.

Le prestazioni effettuate ad esterni dalla radiologia sono state nel 2008:

- 57.797 di radiodiagnostica (+ 14,1% rispetto al 2006) corrispondenti al 45,1% del totale;
- 4.072 di medicina nucleare (+ 7,5% rispetto al 2006) corrispondenti all'82,3% del totale;

➤ 797 di radioterapia (- 18,7% rispetto al 2006) corrispondenti al totale.

Le prestazioni erogate dal pronto soccorso nel 2008 sono state complessivamente 55.384, tutte ad esterni, (+ 49,3% rispetto al 2003) così suddivise: 66,4% generali; 23,3% ortopediche; 9,5% ostetrico-ginecologiche; 0,8% psichiatriche.

Tabella n. 3: Posti letto, dimissioni e giornate di degenza nei presidi ospedalieri della Valle d'Aosta per acuti negli anni 1998 e 2008 distinti per area dipartimentale e unità organizzativa e per regime di ricovero.

n.ordine	AGGREGATI	POSTI LETTO						DIMESSI						GIORNATE DI DEGENZA												
		1998			2008			1998			2008			1998			2008									
		totale (n) [3]	di cui diurni (%) [4]	totale (n) [5]	di cui diurni (%) [6]	totale (n) [7]	di cui diurni (%) [8]	totale (n) [9]	di cui diurni (%) [10]	totale (n) [11]	di cui diurni (%) [12]	totale (n) [13]	di cui diurni (%) [14]	totale (n) [15]	di cui diurni (%) [16]	totale (n) [17]	di cui diurni (%) [18]									
1	Umberto Parini (senza I.1.11) [2]	374	4,3	327	11,0	16222	18,3	15661	30,3	118371	7,1	103393	14,6	155	5,9	147	11,1	7119	27,4	6720	21,9	54349	11,2	57403	17,3	
1.1	Degenze mediche	23	4,3	21	4,8	942	12,0	846	9,3	8887	2,1	7706	1,2	21	4,3	7	14,3	942	12,0	846	9,3	8887	2,1	7706	1,2	
1.1.1	Cardiologia	-	-	7	15,2	-	-	375	38,4	-	-	375	18,1	-	-	15	14,3	-	-	563	-	-	-	-	5871	-
1.1.2	Diabetologia	-	-	8	17,4	-	-	335	16,1	-	-	335	16,1	-	-	8	12,5	-	-	335	16,1	-	-	-	3987	24,0
1.1.3	Geriatrici acuti	-	-	39	8,4	-	-	1859	18,9	-	-	1859	18,9	-	-	39	5,1	-	-	1859	18,9	-	-	-	13290	3,2
1.1.4	Malattie infettive	10	2,7	7	1,5	360	14,3	240	22,5	1051	10,8	814	6,5	10	10,0	7	14,3	360	14,3	240	22,5	3306	7,6	2164	9,8	
1.1.5	Medicina generale	20	5,3	2	0,5	136	10,0	106	10,8	1211	46,3	1041	62,3	20	10,0	19	42,1	1211	46,3	1041	62,3	9861	38,6	12647	58,2	
1.1.6	Neftologia	4	1,1	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	4	10,0	9	11,1	9	6,6	271	6,6	2824	3,6	2824	3,6	
1.1.7	Neurologia	20	5,3	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	20	10,0	19	42,1	1211	46,3	1041	62,3	9861	38,6	12647	58,2	
1.1.8	Odontostomatologia	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	2824	3,6	2824	3,6	
1.1.9	Oncologia	15	4,0	145	37,5	9539	14,3	8568	22,5	203	5,4	1870	14,6	15	4,0	145	37,5	9539	14,3	8568	22,5	203	5,4	1870	14,6	
1.1.10	Pneumotisiologia	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	2824	3,6	2824	3,6	
1.1.11	Gastroenterologia (Beauregard)	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	2824	3,6	2824	3,6	
1.2	Degenze chirurgiche	64	17,1	36	9,5	2257	11,1	1336	35,6	64	17,1	36	9,5	64	17,1	36	9,5	2257	11,1	1336	35,6	64	17,1	36	9,5	
1.2.1	Andrologia	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	963	36,0	908	32,8	-	-	2	0,5	9	2,4	271	6,6	2824	3,6	2824	3,6	
1.2.2	Chirurgia generale	10	2,7	10	2,7	363	9,5	575	15,5	10	2,7	10	2,7	10	2,7	10	2,7	363	9,5	575	15,5	10	2,7	10	2,7	
1.2.3	Chirurgia toracica	22	5,9	23	6,0	1722	47,6	1320	37,9	22	5,9	23	6,0	22	5,9	23	6,0	1722	47,6	1320	37,9	22	5,9	23	6,0	
1.2.4	Chirurgia vascolare	11	2,9	3	0,8	581	15,7	957	26,3	11	2,9	3	0,8	11	2,9	3	0,8	581	15,7	957	26,3	11	2,9	3	0,8	
1.2.5	Oculistica	44	11,8	39	10,4	1335	35,3	1737	47,6	44	11,8	39	10,4	44	11,8	39	10,4	1335	35,3	1737	47,6	44	11,8	39	10,4	
1.2.6	Ortopedia e traumatologia	22	5,9	12	3,2	1411	38,3	998	27,5	22	5,9	12	3,2	22	5,9	12	3,2	1411	38,3	998	27,5	22	5,9	12	3,2	
1.2.7	Otorinolaringoiatria	30	8,0	20	5,4	1870	51,2	1486	41,1	30	8,0	20	5,4	30	8,0	20	5,4	1870	51,2	1486	41,1	30	8,0	20	5,4	
1.2.8	Otorinolaringoiatria	30	8,0	20	5,4	1870	51,2	1486	41,1	30	8,0	20	5,4	30	8,0	20	5,4	1870	51,2	1486	41,1	30	8,0	20	5,4	
1.2.9	Urologia	16	4,3	35	9,5	527	14,3	1192	32,8	16	4,3	35	9,5	16	4,3	35	9,5	527	14,3	1192	32,8	16	4,3	35	9,5	
1.3	Area critica	6	1,6	14	3,7	395	10,7	806	22,5	6	1,6	14	3,7	6	1,6	14	3,7	395	10,7	806	22,5	6	1,6	14	3,7	
1.3.1	Chirurgia d'urgenza	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	
1.3.2	Medicina d'urgenza	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	
1.3.3	Rianimazione e terapia analgica	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	5	1,3	10	2,7	87	23,6	305	84,1	5	1,3	10	2,7	
1.3.4	Unità coronarica	85	22,7	88	23,6	5811	15,7	5465	14,9	85	22,7	88	23,6	85	22,7	88	23,6	5811	15,7	5465	14,9	85	22,7	88	23,6	
2.	Beauregard (con I.1.11)	70	18,7	73	19,6	4848	13,1	4557	12,6	70	18,7	73	19,6	70	18,7	73	19,6	4848	13,1	4557	12,6	70	18,7	73	19,6	
2.1	Materno infantile/Geriatrici	11	2,9	34	9,1	973	26,3	1155	32,1	11	2,9	34	9,1	11	2,9	34	9,1	973	26,3	1155	32,1	11	2,9	34	9,1	
2.1.1	Geriatrici	12	3,1	11	2,9	1306	35,8	531	15,1	12	3,1	11	2,9	12	3,1	11	2,9	1306	35,8	531	15,1	12	3,1	11	2,9	
2.1.2	Pediatria	14	3,6	11	2,9	79	2,2	93	2,6	14	3,6	11	2,9	14	3,6	11	2,9	79	2,2	93	2,6	14	3,6	11	2,9	
2.1.3	Neonatologia	33	8,7	30	8,0	2490	6,7	2778	7,5	33	8,7	30	8,0	33	8,7	30	8,0	2490	6,7	2778	7,5	33	8,7	30	8,0	
2.1.4	Obstetricia e ginecologia	27	7,2	23	6,1	536	14,8	461	12,6	27	7,2	23	6,1	27	7,2	23	6,1	536	14,8	461	12,6	27	7,2	23	6,1	
3	Ex maternità	27	7,2	23	6,1	536	14,8	461	12,6	27	7,2	23	6,1	27	7,2	23	6,1	536	14,8	461	12,6	27	7,2	23	6,1	
3.1	Psichiatria	486	129,3	451	119,2	22569	61,4	21587	58,8	486	129,3	451	119,2	486	129,3	451	119,2	22569	61,4	21587	58,8	486	129,3	451	119,2	
	Totale Punti 1. + 2. + 3.	486	129,3	451	119,2	22569	61,4	21587	58,8	486	129,3	451	119,2	486	129,3	451	119,2	22569	61,4	21587	58,8	486	129,3	451	119,2	

Tabella n. 4: *Indice di rotazione posti letto, durata media degenza, tasso di utilizzazione e intervallo medio di turnover nei presidi ospedalieri della Valle d'Aosta per acuti negli anni 1998 e 2008 distinti per area dipartimentale e unità organizzativa e per regime di ricovero.*

n.ordine	AGGREGATI	INDICE DI ROTAZIONE DEI POSTI LETTI (n. dimessi)						DURATA MEDIA DEGENZA (n. giorni)						TASSO DI UTILIZZAZIONE						INTERVALLO MEDIO DI TURNOVER (n. giorni)					
		1998			2008			1998			2008			1998			2008			1998			2008		
		totale	ordinario	[4]	[5]	[6]	totale	ordinario	[7]	[8]	[9]	[10]	totale	ordinario	[11]	[12]	[13]	[14]	[15]	[16]	[17]	[18]			
1	Umberto Parini (senza 1.1.11)	43,4	37,0	37,6	47,9	37,6	7,3	8,3	6,6	8,1	0,9	0,8	0,9	1,1	1,6	1,0	1,6	1,0	1,6	1,0	1,6	1,0			
1.1	Degenze mediche	41,9	32,3	36,4	41,5	36,4	7,6	9,3	9,3	9,8	0,9	0,8	1,1	2,0	2,0	0,2	2,0	1,1	2,0	1,1	2,0	0,2			
1.1.1	Cardiologia	41,0	37,7	38,4	40,3	38,4	9,4	10,5	9,1	9,9	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	-0,5	1,0	-0,5	-0,8	-	-	-0,4			
1.1.2	Diabetologia	-	-	38,5	53,6	38,5	-	-	6,1	8,1	-	-	0,9	0,9	-	-	0,9	-	-	-	0,8	1,4			
1.1.3	Geriatrics acuti	-	-	37,5	37,5	37,5	-	-	10,4	10,4	-	-	1,1	1,1	-	-	1,1	-	-	-	-	-0,7			
1.1.4	Malattie infettive	28,4	22,3	41,9	40,1	40,1	8,9	10,8	11,9	10,8	0,7	0,7	1,4	1,2	3,9	5,5	1,4	3,9	5,5	3,2	3,2	-1,7			
1.1.5	Medicina generale	32,6	27,4	31,3	31,3	30,6	10,6	12,6	10,9	11,4	0,9	0,9	0,9	1,0	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,6			
1.1.6	Nefrologia	36,0	26,8	34,3	31,0	31,0	12,7	9,0	10,5	9,2	0,9	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,6	1,3			
1.1.7	Neurologia	52,6	41,2	40,7	40,7	40,3	6,4	8,2	8,0	8,2	0,9	0,9	0,9	0,9	0,5	0,7	0,9	0,5	0,7	0,9	0,9	0,9			
1.1.8	Odonostomatologia	34,0	34,0	53,0	53,0	53,0	3,8	3,8	3,8	3,8	0,9	0,4	0,1	0,1	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,0	6,0			
1.1.9	Oncologia	60,6	36,1	35,6	54,8	35,6	8,1	9,3	12,1	13,5	1,4	0,9	1,8	1,3	-2,1	0,8	-2,1	0,8	0,8	-5,5	-3,2	-3,2			
1.1.10	Pneumotisiologia	-	-	30,1	31,6	31,6	-	-	10,4	10,8	-	-	0,9	0,9	-	-	0,9	-	-	-	1,7	0,8			
1.1.11	Gastroenterologia (Beauregard)	64,2	44,0	43,6	60,5	43,6	6,5	7,3	4,6	6,7	1,0	0,9	0,9	0,8	-88,8	-	-88,8	-	-	-37,5	-49,7	-49,7			
1.2	Degenze chirurgiche	47,0	41,7	41,6	59,1	41,6	6,5	7,3	4,6	6,7	0,8	0,8	0,7	0,8	1,3	-	1,3	-	-	1,6	2,1	2,1			
1.2.1	Andrologia	-	-	35,0	79,5	35,0	-	-	1,3	2,3	-	-	0,3	0,2	-	-	0,3	-	-	-	3,3	8,1			
1.2.3	Chirurgia generale	35,3	35,3	37,1	30,1	30,1	8,8	8,8	6,8	9,0	0,9	0,9	0,7	0,7	1,5	1,5	0,7	1,5	3,1	3,1	3,1	3,1			
1.2.4	Chirurgia toracica	36,3	36,3	57,5	53,9	53,9	8,7	8,7	4,7	5,9	0,9	0,9	0,7	0,9	1,3	1,3	0,7	1,3	1,6	1,6	0,9	0,9			
1.2.5	Chirurgia vascolare	78,3	50,2	57,4	57,4	45,6	4,7	7,3	4,0	5,6	1,0	1,0	0,6	0,7	-	-	0,6	-	-	2,4	2,4	2,4			
1.2.6	Oculistica	52,8	56,8	319,0	15,5	4,6	4,7	1,2	1,2	6,6	0,7	0,7	1,0	0,3	2,3	1,7	1,0	2,3	1,7	-	-	16,9			
1.2.7	Ortopedia e traumatologia	30,3	30,3	34,5	44,5	34,1	9,1	9,1	5,9	7,6	0,8	0,8	0,7	0,7	2,9	2,9	0,7	2,9	2,9	2,3	3,1	3,1			
1.2.8	Otorinolaringoiatria	64,1	64,1	83,2	59,7	52,2	5,2	5,2	4,5	5,5	0,9	0,9	1,0	0,9	0,5	0,5	1,0	0,9	0,5	-0,1	0,6	0,6			
1.2.9	Urologia	62,3	47,8	74,3	60,5	60,5	4,7	6,0	4,4	5,4	0,8	0,8	0,9	0,9	1,1	1,1	0,9	1,1	1,6	0,5	0,6	0,6			
1.3	Area critica	32,9	32,9	36,6	29,6	29,6	3,7	3,7	5,0	5,8	0,3	0,3	0,5	0,5	7,4	7,4	0,5	7,4	7,4	4,9	6,6	6,6			
1.3.1	Chirurgia d'urgenza	-	-	57,6	57,6	57,6	-	-	5,6	5,6	-	-	0,9	0,9	-	-	0,9	-	-	-	0,8	0,8			
1.3.2	Medicina d'urgenza	65,8	65,8	3,5	3,5	3,5	1,8	-	1,4	1,4	0,3	0,3	0,0	0,0	3,7	3,7	0,0	3,7	3,7	102,9	102,9	102,9			
1.3.3	Rianimazione e terapia analgica	17,4	17,4	39,4	11,1	11,1	11,0	-	4,1	9,1	0,5	0,5	0,4	0,3	9,9	9,9	0,4	9,9	9,9	5,2	23,7	23,7			
1.3.4	Unità coronarica	9,0	9,0	12,0	12,0	12,0	5,7	5,7	5,4	5,4	0,1	0,1	0,2	0,2	34,8	34,8	0,2	34,8	34,8	25,1	25,1				
2.	Beauregard (con 1.1.11)	68,4	59,9	62,1	54,2	54,2	3,9	4,4	3,7	4,1	0,7	0,7	0,6	0,6	1,5	1,7	0,6	1,5	1,7	2,2	2,2	2,2			
2.1	Materno Infantile	69,3	63,3	62,4	56,3	56,3	3,5	3,9	3,3	3,7	0,7	0,7	0,6	0,6	1,8	1,9	0,6	1,8	1,9	2,5	2,5	2,8			
2.1.1	Nido	88,5	88,5	55,0	55,0	55,0	3,7	3,7	3,1	3,1	0,9	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	3,5	3,5			
2.1.2	Pediatria	108,8	93,1	48,3	47,0	47,0	2,4	2,8	3,4	3,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	1,1	0,5	0,9	1,1	4,2	4,2	4,2			
2.1.3	Neonatalogia	5,6	5,6	8,5	8,5	8,5	15,7	15,7	14,3	14,3	0,2	0,2	0,3	0,3	49,0	49,0	0,3	49,0	49,0	28,9	28,9	28,9			
2.1.4	Ostetricia e ginecologia	75,5	71,7	92,6	79,2	79,2	3,7	4,0	3,0	3,6	0,8	0,8	0,8	0,8	1,2	1,1	0,8	1,2	1,1	0,9	0,9	1,1			
3	Ex maternità	19,9	21,3	23,0	23,7	23,7	13,4	12,0	14,3	12,2	0,7	0,7	0,8	0,8	5,0	5,1	0,8	5,0	5,1	3,9	3,9	3,2			
3.1	Psichiatria	19,9	21,3	23,0	23,7	23,7	13,4	12,0	14,3	12,2	0,7	0,7	0,8	0,8	5,0	5,1	0,8	5,0	5,1	3,9	3,9	3,2			
	Totale Punti 1. + 2. + 3.	46,4	40,3	40,6	49,3	40,6	6,6	7,4	6,0	7,0	0,8	0,8	0,8	0,8	1,3	1,7	0,8	1,3	1,7	1,4	1,4	2,0			

Tabella n. 5: Percentuale di ricoveri ordinari ≤ 1 giorno, indice comparativo di performance, indice di case mix nei presidi ospedalieri della Valle d'Aosta per acuti negli anni 1998 e 2008 e attese-ricoveri anno 2008 distinti per area dipartimentale e unità organizzativa.

n.ordine	AGGREGATI	% RICOVERI ORDINARI ≤ 1 GIORNO		INDICE DI CASE MIX (ICM)		INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (ICP)		ATTESE - RICOVERI 2008		
		1998	2008	1998	2008	1998	2008	totali (n.)	di cui soddisfatte nel periodo ≤30 giorni (%)	di cui soddisfatte nel periodo previsto per la priorità (%)
		[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
1.	Umberto Parini (senza 1.1.11)	12,9	11,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8915	56,8	91,2
1.1	Degenerazioni mediche	6,7	6,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2246	89,8	96,8
1.1.1	Cardiologia	3,0	2,4	0,8	0,9	1,1	1,4	223	92,8	100,0
1.1.2	Diabetologia		1,7		1,0		0,9	255	88,2	88,2
1.1.3	Geriatrici acuti		6,0		1,0		1,1	21	95,2	95,2
1.1.4	Malattie infettive	5,2	2,1	1,2	1,0	1,0	1,2	57	100,0	100,0
1.1.5	Medicina generale	6,5	2,7	1,1	1,1	1,7	1,4	100	95,0	95,0
1.1.6	Nefrologia	10,8	5,4	1,0	0,9	1,1	1,4	85	97,6	97,6
1.1.7	Neurologia	4,9	5,9	1,0	1,0	0,8	1,1	225	96,0	96,0
1.1.8	Odontostomatologia	22,2	86,8	0,4	1,1	1,6	0,5	100	17,0	94,0
1.1.9	Oncologia		6,6		1,1		1,7	722	98,8	98,8
1.1.10	Pneumotisiologia		3,2		1,1		1,0	19	100,0	100,0
1.1.11	Gastroenterologia (Beauregard)	9,7	7,5	1,1	1,1	0,7	1,0	439	83,1	98,1
1.2	Degenerazioni chirurgiche	13,5	15,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6790	40,4	83,3
1.2.1	Andrologia		80,0		1,1		1,5	158	44,3	99,3
1.2.3	Chirurgia generale	10,2	4,5	0,9	0,9	0,8	1,3	1220	28,9	83,8
1.2.4	Chirurgia toracica	11,9	10,0	1,2	1,2	1,1	1,5	452	79,2	96,4
1.2.5	Chirurgia vascolare	3,8	26,2	1,3	1,1	0,6	0,8	1044	41,1	85,8
1.2.6	Oculistica	12,9	6,5	0,8	1,2	0,8	1,5	929	17,7	95,8
1.2.7	Ortopedia e traumatologia	14,1	17,1	1,0	1,0	1,1	1,2	937	76,8	97,5
1.2.8	Otorinolaringoiatria	26,3	14,8	0,7	0,6	0,8	1,2	802	40,5	60,4
1.2.9	Urologia	12,9	14,1	0,9	0,9	0,7	1,1	1248	26,5	68,9
1.3	Area critica	50,2	20,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	318	96,2	96,2
1.3.1	Chirurgia d'urgenza		17,1		1,1		1,3	n.d.	n.d.	n.d.
1.3.2	Medicina d'urgenza	57,5	66,7	0,9	0,9	0,3	0,6	n.d.	n.d.	n.d.
1.3.3	Rianimazione e terapia analgica	31,0	35,3	1,2	1,2	0,5	0,6	318	96,2	96,2
1.3.4	Unità coronarica	28,9	18,3	0,9	1,1	0,5	1,2	n.d.	n.d.	n.d.
2.	Beauregard (con 1.1.11)	18,3	11,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1651	69,3	92,8
2.1	Materno infantile	19,6	11,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1212	64,3	90,9
2.1.1	Nido	1,3	0,5	0,7	0,4	0,7	0,4	n.d.	n.d.	n.d.
2.1.2	Pediatria	30,6	13,5	0,6	0,6	0,4	0,7	176	79,0	93,7
2.1.3	Neonatalogia	5,1	8,6	1,4	1,8	0,8	1,0	n.d.	n.d.	n.d.
2.1.4	Ostetricia e ginecologia	24,0	17,6	0,7	0,8	0,8	1,2	1036	61,9	90,5
3.	Ex maternità	12,6	3,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	117	97,4	97,4
3.1	Psichiatria	12,6	3,4	1,2	1,2	0,6	2,0	117	97,4	97,4
	Totale punti 1.+2.+3.	14,3	14,1	1,1	1,0	1,1	1,2	10683	99,1	91,5

Tabella n. 6: Ambulatori, prestazioni e accessi nei presidi ospedalieri della Valle d'Aosta per acuti negli anni 2003, 2006 e 2008 distinti per aree e unità organizzative.

n. ordine	AGGREGATI	n. ambulatori	2003			2006			2008		
			Esterni (n°)	Esterni/ Totale (%)	Esterni (n°)	Esterni/ Totale (%)	Esterni (n°)	Esterni/ Totale (%)			
			[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]			
[1]	[2]	[3]									
1	Umberto Parini (senza 1.1.11)	66	354.943	74,5%	377.465	71,7%	422.166	74,8%	91.830		
1.1	Degenze mediche	29	280.109	72,6%	311.707	70,0%	356.156	74,4%	47.970		
1.1.1	Cardiologia (1)	2	16.937	42,4%	16.615	41,9%	17.713	46,4%	6.641		
1.1.2	Diabetologia	4	5.850	72,4%	3.414	52,8%	3.181	62,9%	2.762		
1.1.3	Geriatrici acuti	1	0	/	0	/	0	0,0%	718		
1.1.4	Malattie infettive	1	2.199	82,6%	4.148	94,5%	4.711	96,0%	528		
1.1.5	Medicina generale	12	174.267	74,6%	210.533	74,4%	251.320	79,0%	9.858		
1.1.6	Nefrologia-dialisi	3	44.658	88,7%	51.891	82,0%	52.177	83,6%	8.953		
1.1.7	Neurologia	2	10.504	66,0%	13.210	75,0%	14.396	77,6%	8.342		
1.1.8	Odontostomatologia	1	2.379	82,9%	1.564	81,3%	1.417	84,4%	1.811		
1.1.9	Oncologia	1	2.522	32,7%	3.871	20,4%	4.349	23,2%	2.698		
1.1.10	Pneumotisiologia	1	14.996	90,6%	293	17,3%	645	30,5%	1.152		
1.1.11	Gastroenterologia (Beauregard)	1	5.797	70,5%	6.168	74,9%	6.247	71,3%	4.507		
1.2	Degenze chirurgiche	28	65.624	81,5%	54.570	79,0%	55.868	75,0%	33.990		
1.2.1	Andrologia	1	2.160	93,7%	2.934	96,1%	3.428	98,8%	1.851		
1.2.3	Chirurgia generale (2)	6	2.242	83,8%	1.376	88,0%	2.736	69,3%	1.950		
1.2.4	Chirurgia toracica	1	0	/	112	22,3%	240	27,0%	737		
1.2.5	Chirurgia vascolare	2	13.582	72,7%	10.595	67,8%	10.629	70,9%	4.855		
1.2.6	Oculistica	4	10.465	78,0%	11.020	76,3%	11.119	79,3%	9.258		
1.2.7	Ortopedia e traumatologia (3)	6	15.830	87,1%	11.511	88,5%	10.989	70,5%	2.499		
1.2.8	Otorinolaringoiatria	5	16.232	85,1%	13.646	82,6%	13.602	81,4%	11.150		
1.2.9	Urologia	3	5.113	82,8%	3.376	76,9%	3.125	64,4%	1.690		
1.3	Area critica	9	9.210	92,6%	11.188	91,5%	10.142	87,8%	9.870		
1.3.1	Chirurgia d'urgenza	1	0	/	0	/	0	/	0		
1.3.2	Medicina d'urgenza	3	0	/	0	/	0	/	0		
1.3.3	Rianimazione e terapia analgica (4)	5	9.210	92,6%	11.188	91,5%	10.142	87,8%	9.870		
1.3.4	Unità coronarica	0	0	/	0	/	0	/	0		
2	Beauregard (con 1.1.11)	3	21.349	98,7%	14.305	87,6%	13.703	80,4%	6.647		
2.1	Materno infantile	3	21.349	98,7%	14.305	87,6%	13.703	80,4%	6.647		
2.1.1	Nido	0	0	/	0	/	0	/	0		
2.1.2	Pediatria	1	10.479	98,1%	8.056	81,2%	7.917	82,2%	698		
2.1.3	Neonatalogia	0	0	/	0	/	0	/	0		
2.1.4	Obstetricia e ginecologia	2	10.870	99,3%	6.249	97,3%	5.786	78,0%	5.949		
3	Ex maternità	2	16.871	95,7%	11.594	96,8%	10.353	95,4%	1.941		
3.1	Psichiatria (5)	2	16.871	95,7%	11.594	96,8%	10.353	95,4%	1.941		
	Totale Punti 1 + 2 + 3	71	393.163	76,2%	403.364	72,7%	446.222	75,3%	100.418		
4	Analisi cliniche	2	900.790	70,4%	1.041.218	56,9%	1.147.805	58,0%	N.D.		
5	Pronto Soccorso	7	37.094	99,7%	44.907	99,7%	55.384	100,0%	39.766		

5.1	P.S. Psichiatrico	1	0	/	293	100,0%	440	100,0%	358
5.3	P.S. Ortopedico	1	0	/	0	/	12.891	100,0%	14690
5.3	P.S. Pediatrico	2	0	/	0	/	0	/	6544
5.4	P.S. Ostetrico ginecologico	1	4.619	97,6%	5.136	97,7%	5.278	100,0%	5329
5.5	P.S. Generico	2	37.094	99,7%	44.614	99,7%	42.053	100,0%	12845
6	Radiologia	5	2.919	74,4%	55.408	46,5%	62.666	46,8%	N.D.
6.1	Radiologia (6)	3	0	/	50.639	44,6%	57.797	45,1%	N.D.
6.2	Medicina nucleare	1	2.919	74,4%	3.789	82,4%	4.072	82,3%	N.D.
6.3	Radioterapia	1	0	/	980	100,0%	797	100,0%	N.D.
Totale Punti 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6		85	1.333.966	72,7%	1.544.897	60,6%	1.712.077	62,0%	N.D.

1.1.5 Quadro delle mobilità attiva e passiva (intra ed extra Regionale).

Ai fini del monitoraggio dell'attività ospedaliera, la mobilità può essere considerata sotto due aspetti. Il primo si riferisce a patologie non trattate dalle strutture ospedaliere regionali oppure a pazienti che, per motivi personali, si rivolgono a strutture extraregionali. Il secondo riguarda patologie che potrebbero efficacemente essere trattate in ambito locale ma per le quali i pazienti, per motivi che possono essere sottoposti ad analisi, si rivolgono altrove.

Il primo aspetto può essere difficilmente oggetto di programmazione e di controllo, mentre il secondo costituisce un ulteriore indicatore del funzionamento delle strutture ospedaliere pubbliche regionali e della capacità di contenimento della spesa sanitaria regionale.

Nell'anno 2010, sono stati 5.049 i pazienti residenti in Valle d'Aosta che si sono rivolti a strutture situate in altre regioni, mentre sono stati 2.041 i pazienti non residenti che sono stati ricoverati presso le strutture ospedaliere pubbliche regionali.

La situazione negli anni precedenti è illustrata nella tabella seguente:

Tabella n. 7: Quadro delle mobilità attiva e passiva.

Anno	Attrazione in mobilità			Fuga in mobilità		
	Dimissioni	Variazione	Incremento	Dimissioni	Variazione	Incremento
2003	1.684			5.179		
2004	1.645	- 39	- 2,32%	5.413	+ 234	+ 4,52%
2005	1.812	+ 167	+ 10,15%	5.368	- 45	- 0,83%
2006	1.853	+ 41	+ 2,26%	5.586	+ 218	+ 4,06%
2007	1.987	+ 134	+ 7,23%	5.409	- 177	- 3,17%
2008	2.090	+ 103	+ 5,18%	5.509	+ 100	+ 1,85%
2009	1.882	- 208	- 9,95%	5.387	- 122	- 2,21%
2010	2.041	+ 159	+ 8,45%	5.049	- 338	- 6,27%

Monitoraggio della fuga e attrazione per DRG chirurgici.

Tabella n. 8: Nella tabella che segue sono riportati, relativamente agli anni 2009 e 2010 i DRG chirurgici di Bassa e Media complessità con il maggior numero di dimissioni in strutture extraregionali.

DRG	Descrizione	Dimissioni 2010	Dimissioni 2009
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	344	301
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	226	187
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	176	153
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	173	210
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	115	153
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	96	107
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	68	64
225	Interventi sul piede	66	86
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	58	66
36	Interventi sulla retina	55	31
119	Legatura e stripping di vene	48	52
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	44	50
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	42	46

232	Artroscopia	38	40
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	37	30
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	36	30
371	Parto cesareo senza CC	36	27
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	34	39
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	33	29
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	31	31
53	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	30	15
169	Interventi sulla bocca senza CC	28	17
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	27	53
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	27	39
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	25	10
158	Interventi su ano e stoma senza CC	25	30
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	23	20
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	21	18
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	20	16
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	20	16

Tabella n. 9: Nella tabella seguente sono riportati, relativamente agli anni 2009 e 2010, i DRG chirurgici con un numero di dimessi non residenti in Valle d'Aosta.

DRG	Descrizione	Dimissioni 2010	Dimissioni 2009
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	145	150
119	Legatura e stripping di vene	71	60
288	Interventi per obesità	39	37
311	Interventi per via transuretrale senza CC	38	39
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	31	42
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	24	25
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	24	17
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	23	16
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	21	26
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	19	24
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	18	14
371	Parto cesareo senza CC	15	24
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	15	7
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	14	8
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	14	11
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	13	13
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	13	8
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	13	13
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	13	8
313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	12	4

479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	11	3
356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	11	6
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	11	25
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	11	11
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	10	6
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	9	15
305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	8	4
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	8	20
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	7	7
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	7	4
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	7	7
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	7	7
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7	6
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7	9

Monitoraggio della fuga e attrazione per DRG medici.

Tabella n. 10: Nella tabella che segue sono riportati, relativamente agli anni 2009 e 2010, i DRG medici con il maggior numero di dimissioni in strutture extraregionali.

DRG	Descrizione	Dimissioni 2010	Dimissioni 2009
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	126	228
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	96	86
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	75	71
462	Riabilitazione	68	58
391	Neonato normale	54	56
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	48	58
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	41	58
243	Affezioni mediche del dorso	41	38
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	35	40
430	Psicosi	32	33
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	31	34
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	31	33
301	Malattie endocrine senza CC	30	52
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	28	22
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	27	16
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	26	17
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	24	37
409	Radioterapia	23	17
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	19	22
299	Difetti congeniti del metabolismo	19	13
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	19	15
127	Insufficienza cardiaca e shock	18	27
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	18	24

26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	18	27
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	16	26
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	16	16
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	15	13
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	14	10
11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	14	14
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	14	17
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	14	14
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	14	7

Tabella n. 11: Nella tabella seguente sono riportati, relativamente agli anni 2009 e 2010, i DRG medici con un numero di dimessi non residenti in Valle d'Aosta superiore a 15.

DRG	Descrizione	Dimissioni 2010	Dimissioni 2009
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	100	86
391	Neonato normale	61	48
243	Afezioni mediche del dorso	54	32
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	52	32
127	Insufficienza cardiaca e shock	28	15
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	26	9
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	25	16
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	24	23
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	21	18
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	20	17
130	Malattie vascolari periferiche con CC	19	21
29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	18	15
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	17	9
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	16	2
236	Fratture dell'anca e della pelvi	16	8
430	Psicosi	15	23
324	Calcolosi urinaria senza CC	15	11
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	13	1
202	Cirrosi e epatite alcolica	12	8
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	12	7
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	12	9
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	11	12
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	11	11
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	10	6
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	10	8
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	9	5
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	9	9
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	9	7
207	Malattie delle vie biliari con CC	9	3
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	9	9

1.1.6 Offerta attuale ante operam.

La rappresentazione dell'offerta ante operam, da un punto di vista strutturale ed impiantistico offre un quadro del patrimonio immobiliare sanitario regionale che, pur con alcune criticità (ad esempio il mancato completamento degli adeguamenti normativi in materia di prevenzione incendi e antisismica), è per lo più rispondente alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie nonché di sicurezza degli ambienti di lavoro.

Il patrimonio mostra anche per le strutture più datate un sufficiente stato di conservazione dovuta sostanzialmente ad interventi sia di manutenzione straordinaria, sia di manutenzione programmata.

Un elemento di criticità per le strutture sanitarie esistenti è rappresentato dalla necessità di interventi che permettano una maggiore funzionalità degli spazi in relazione alle progressive modificazioni dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

Le maggiori criticità permangono sull'adeguamento strutturale degli attuali presidi ospedalieri che presentano criticità legate alla dislocazione in tre presidi ubicati ad Aosta sulle tre sedi di Viale Ginevra, Beauregard ed ex Maternità ed alla necessaria unificazione in un'unica sede di viale Ginevra dei posti letto per acuti. Il presidio esistente di viale Ginevra verrà adeguato in materia di antisismica e prevenzione incendi.

La rappresentazione sintetica del patrimonio immobiliare sanitario regionale, ospedaliero e territoriale, in termini di numero di strutture e di posti letto è articolata in strutture ospedaliere per acuti e per riabilitazione lungo degente, in RSA, UAP, nuclei Alzheimer, consultori e poliambulatori ed è rappresentata nelle seguenti tabelle.

Rappresentazione delle strutture ospedaliere.

L'offerta ospedaliera attuale si svolge nei tre presidi ospedalieri per acuti e presso la struttura privata ed accreditata di Saint-Pierre per l'attività riabilitativa.

Tabella n. 12

Tipologia struttura	Posti letto acuti/lungodegenza al 31/12/2011	Posti letto riabilitazione
Presidio ospedaliero Beauregard	88 (compresa geriatria)	0
Presidio ospedaliero U.Parini - Aosta	347	0
Presidio ospedaliero ex-maternità	23	0
Struttura riabilitativa ospedaliera per la cura delle acuzie ortopediche – Saint-Pierre		50

Rappresentazione delle strutture territoriali.

La Regione sviluppa la propria attività territoriale su 4 Distretti sanitari (alta valle, cintura di Aosta, media valle e bassa valle).

Tabella n. 13

Tipologia struttura	Posti letto
RSA Antey-Saint-André	20
RSA Aosta	8
UAP J.B. Festaz	12
Nucleo Alzheimer J. B. Festaz	10
Nucleo Alzheimer Donnas	17
24 consultori	
Poliambulatorio Donnas	
Poliambulatorio Chatillon	
Poliambulatorio Sanit-Pierre	
Poliambulatorio Morgex	

La Regione dichiara che provvederà con risorse proprie a garantire l'ammodernamento tecnologico nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 10 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188 della legge n. 311 del 2004.

Ai fini della rappresentazione dell'offerta ante operam, l'analisi del patrimonio delle apparecchiature sanitarie viene effettuato con il criterio delle principali tecnologie presenti in regione che includono la tomoterapia recentemente installata presso il presidio ospedaliero U. Parini.

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva delle grandi tecnologie ad oggi installate nelle tre sedi ospedaliere.

Tabella n. 14

sede	Tomoterapia	tomografo a risonanza magnetica	angiografo	TAC	mammografo	Ecografo	PET CT
Viale Ginevra	1	2	2	2		20	1
Beauregard					1	9	
Ex-Maternità							
Distretti Territoriali					1	4	
Totale	1	2	2	2	2	33	1

Infine si riassumono qui di seguito le attuali superfici dei presidi ospedalieri esistenti:

Tabella n. 15

Superficie complessiva P.O. U. Parini	mq 40.000
Superficie complessiva P.O. Beauregard	mq 14.800

Superficie Funzioni ospedaliere Ex Maternità	mq 800
Sommano le superfici esistenti	mq 55.600
Parcheggi auto esistenti a est Viale Ginevra	n. 400

1.1.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale.

La Regione è da tempo impegnata nella identificazione e verifica dell'adeguatezza dei percorsi di cura adottati, della continuità assistenziale garantita in tali percorsi e dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

Tali percorsi sono rivolti:

- a persone portatrici di problemi sanitari e sociali di elevata complessità e con patologia cronica;
- a persone non identificabili con particolari bisogni sanitari, ma ricomprese in specifiche fasce di popolazione (donne, coppie, bambini, ecc.). In questi casi gli interventi sono principalmente di tipo preventivo e di assistenza primaria quali, ad esempio, gli interventi per la tutela della salute della donna, della partoriente e del neonato.

Per le persone portatrici di problemi sanitari e sociali di elevata complessità l'obiettivo è garantire un percorso assistenziale integrato attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando, quale sede di elezione, il domicilio.

Tale approccio si fonda sulla consapevolezza che la risposta ad un bisogno complesso, come quello sempre espresso dai pazienti cronici, non può che essere offerta da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da soggetti istituzionali diversi.

Il sistema di accreditamento regionale approvato con Deliberazione della Giunta regionale n. 52/2010 prevede, per il mantenimento dell'accreditamento stesso, lo svolgimento di una serie di attività tra cui il coinvolgimento del paziente in specifici percorsi diagnostico-terapeutici da definire in collaborazione con l'Azienda Usl della Valle d'Aosta.

Percorsi anno 2011.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3637 in data 23 dicembre 2010 è stato approvato il piano operativo per l'anno 2011, anche al fine di favorire il coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto, con riferimento al percorso nascita e alla patologia ipertensiva;

Il coinvolgimento del paziente nel percorso nascita è già stato avviato – dalla scorsa estate – mediante la distribuzione di appositi patti assistenziali, in via sperimentale nel distretto 1; quest'estate (al termine dell'anno di sperimentazione) saranno coinvolti anche gli altri distretti.

Percorsi anno 2012.

Con provvedimento dirigenziale n. 6059 in data 23 dicembre 2011 è stato approvato il piano operativo delle attività legate al coinvolgimento del paziente per l'anno 2012, per le patologie ortopediche negli anziani (orto-geriatria) e per la patologia nefrologica.

La definizione dei passaggi fondamentali del percorso e la predisposizione dei relativi patti assistenziali verrà effettuata entro la fine di giugno 2012.

1.2 Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati.

1.2.1 Identificazione dei bisogni assistenziali.

Nei paragrafi precedenti sono stati forniti i principali dati di attività riferiti all'insieme ed a ciascuna delle aree funzionali omogenee medica, chirurgica, critica e di emergenza, materno-infantile ed a quella psichiatria nonché alle principali aree dei servizi delle diagnostiche e dell'interventistica ed una sintetica valutazione delle criticità oggi presenti.

I dati ISTAT disponibili illustrano le tendenze della popolazione della Valle d'Aosta in termini di numerosità e classi di età nel lungo periodo (2020-2050).

La stima della futura domanda per acuti in Valle d'Aosta postula che l'analisi delle variabili demografiche sia accompagnata dall'analisi epidemiologica delle variabili sanitarie finalizzata a stimare i "casi attesi" di malattia e la loro evoluzione di lungo periodo sulla base dei corrispondenti casi osservati "ad oggi" classificando quantità e tipologia dei DRG più significativi.

Quantità e qualità della domanda come sopra stimate devono consentire di prefigurare il fabbisogno di posti letto (in regime ordinario e diurno) per pazienti acuti e dei correlati servizi di prestazioni ambulatoriali, pronto soccorso, diagnostica di laboratorio e per immagini, interventistica, prestazioni specialistiche e simili.

La stima dell'offerta per acuti da ospitare nel presidio oggetto di intervento deve tenere conto che la domanda di pazienti residenziali e post-acuti è soddisfatta in altri presidi della Regione specificamente dedicati.

Gli standard di offerta per acuti fissati dal vigente Patto per la salute sono:

- a) posti letto al netto di quelli tecnici (nido, dialisi e intramoenia): < 3,0 per mille abitanti ovvero 405 p.l. su 135.315 residenti;
- b) tasso di ospedalizzazione: 160 ricoveri per mille abitanti/anno;
- c) ricoveri in regime di degenza ordinaria e diurna rispettivamente $\leq 80\%$ e $\geq 20\%$.

Tali vincoli di piano sono da applicare tenendo conto dei seguenti elementi:

- d) il dimensionamento del fabbisogno di posti letto è da effettuare in proiezione quarantennale e quindi su una popolazione di riferimento che statisticamente è stata stimata in 135.315 residenti;
- f) l'organizzazione dei posti letto deve essere configurata per aree funzionali, al fine di assorbire con maggiore flessibilità le variazioni di domanda;
- g) sono da potenziare le aree dei servizi di diagnosi e di quelli interventistici a supporto delle attività di degenza, al fine di ridurre i tempi medi di degenza ed aumentare l'indice di rotazione dei posti letto.

Con l'obiettivo di dare risposte efficaci la Regione autonoma Valle d'Aosta ha intrapreso un processo di profonda innovazione e di riorganizzazione del proprio sistema per adeguare l'offerta dei servizi e migliorare la qualità assistenziale.

1.2.2 Descrizione della strategia.

Il nuovo Piano per la salute e il benessere sociale 2011/2013 approvato con legge regionale n. 34 del 2010 oltre a rappresentare uno strumento di continuità con i precedenti piani in termini di realizzazione di obiettivi quali la realizzazione del presidio ospedaliero regionale, individua una serie di direttrici strategiche.

Le direttrici che il Piano ha scelto per il triennio 2011-2013 sono le seguenti:

- Presidiare l'EQUITA' nella salute e nell'accesso appropriato ai servizi;
- Garantire e misurare la QUALITA' del servizio sanitario e sociale;
- Creare ALLEANZE responsabili tra tutti gli attori del sistema;
- Orientare alla SEMPLIFICAZIONE e alla prossimità i servizi per il cittadino;
- Valorizzare le COMPETENZE dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere;
- Configurare un AMBITO TERRITORIALE sempre più interprete e attore del bisogno;
- Tutelare la FRAGILITA' e VALORIZZARE OGNI PERSONA, con attenzione alle prime e ultime fasi della vita.

Ognuna delle direttrici è da considerarsi strategica perché comprende orientamenti e azioni trasversali a tutti gli attori del Sistema Valle d'Aosta, permettendo di gestire meglio, e in forma più organica, la complessità e la molteplicità dei bisogni espressi.

Si tratta di sfide ambiziose e complesse che investono anche i valdostani stessi, non più solo destinatari delle politiche a essi rivolte ma portatori di interessi e bisogni responsabilmente riconosciuti e individuati come prioritari in un'alleanza responsabile e condivisa con le istituzioni, finalizzata ad apportare maggiore salute e maggiore benessere alla popolazione regionale attraverso politiche sostenibili e durature.

Ogni direttrice è presentata secondo uno schema espositivo comune, costituito da:

- una premessa che ne enuncia i principi e ne motiva la scelta;
- degli ambiti a cui si applica, siano essi sociali, sanitari oppure trasversali ed integrati;
- un elenco di operatività collegate, settoriali o multidisciplinari, interistituzionali e trasversali.

Il programma è infine progettato per una popolazione con precise caratteristiche demografiche e sociali, una rete di operatori, di servizi, di enti e di associazioni che vivono e operano in un territorio di montagna, considerato nella sua specificità e ricchezza: un elemento qualificante e non secondario dei processi che contribuiscono alla salute e al benessere del popolo valdostano.

2 Logica e coerenza interna della strategia.

2.1 Obiettivi del Programma.

Obiettivi dell'investimento sono la riqualificazione, l'ammodernamento e l'ampliamento del presidio ospedaliero "Umberto Parini", finalizzati, da un lato, ad unificare in quest'ultimo le funzioni sanitarie per acuti oggi svolte dai presidi di "Beauregard" e dell'"ex-Maternità", dall'altro, ad adeguarlo all'evoluzione sanitaria, organizzativa, gestionale, tecnologica e scientifica, in attuazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale vigente per gli anni 2011-2013.

Altro significativo obiettivo è rappresentato dal riutilizzo dell'attuale struttura del Beauregard per lo svolgimento a regime dell'attività di lungodegenza e riabilitazione.

2.1.1 Analisi dei problemi e priorità.

Il progetto – attraverso la costruzione di una nuova struttura, la riqualificazione delle strutture esistenti e quindi il trasferimento delle funzioni sanitarie – dovrà proporre adeguata risposta:

- a) per la qualità urbanistica:
 - all'integrazione del complesso ospedaliero con il quartiere circostante, attraverso un appropriato dimensionamento dei volumi edilizi e della loro qualità architettonica;
 - alla efficiente organizzazione distributiva del complesso edilizio anche in relazione alle sue ripercussioni viabilistiche e di accessibilità pedonale e veicolare, con particolare attenzione a quella di emergenza;
 - all'efficace fruizione unitaria delle aree di sosta veicolare a Nord ed a Sud di via Roma ed al loro agevole collegamento con la distribuzione interna del complesso ospedaliero;
 - all'obiettivo di garantire priorità di accesso ai veicoli in emergenza e all'elisoccorso;
 - all'omogenea accessibilità all'ospedale, in emergenza e non, omogenea dalle diverse aree cittadine;

- b) per l'efficienza sanitaria:
 - all'abbinamento dell'alta tecnologia e dell'efficienza gestionale con modalità di assistenza ispirate al comfort, all'accoglienza ed al soddisfacimento delle esigenze primarie degli assistiti, per eventi ordinari e straordinari;
 - all'organizzazione d'avanguardia per erogare i servizi di base e di specialità agli acuti e per interagire con i presidi territoriali al fine di garantire continuità assistenziale all'utente;
 - all'appropriatezza clinica ospedaliera anche in riferimento al trend futuro di decongestione dell'ospedale dai casi di bassa intensità ed una maggiore performance nel trattamento degli acuti;
 - allo sviluppo dell'attività di ricerca anche in collaborazione con strutture esterne, predisponendo luoghi e strumenti per integrarla con l'attività clinica;

- c) per la qualità edilizia:
 - all'umanizzazione degli ambienti attraverso la qualità delle stanze di degenza, dei locali di supporto all'attività del personale, degli spazi di accoglienza e soggiorno;
 - alla necessità di verificare dal punto di vista strutturale gli standard minimi regionali e nazionali in materia di autorizzazione e accreditamento del presidio;
 - all'esigenza di garantire una buona flessibilità strutturale e organizzativa tale da recepire e assorbire, nel medio periodo, le trasformazioni e innovazioni imposte dalla continua evoluzione tecnologica e organizzativa;
 - all'affidabilità tecnico costruttiva, impiantistica e di sicurezza ambientale;
 - al contenimento dei consumi complessivi di energia primaria del presidio ospedaliero garantendo nel contempo livelli qualitativamente elevati del servizio erogato;
 - all'esigenza di realizzare gli adeguamenti, gli ampliamenti e gli accorpamenti impiantistici considerando la inderogabile necessità di mantenere, durante la esecuzione dei lavori, livelli impiantistici di fornitura almeno equivalenti a quelli in essere;

- alla salvaguardia della qualità dell'ambiente circostante al cantiere e della continuità dell'attività ospedaliera durante le fasi di intervento.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di qualità urbanistica richiesti, si ritiene necessario:

- aumentare la permeabilità tra area ospedaliera e quartiere attraverso un'appropriata organizzazione degli spazi circostanti abbinata all'inserimento di funzioni non ospedaliere (ad esempio spazi commerciali e terziari) incentivando l'uso pubblico del verde, facilitando l'accessibilità pedonale attraverso il disegno delle pavimentazioni e l'unificazione dell'arredo urbano;
- mitigare le problematiche oggi presenti all'intorno (intensità del traffico, rumore, inquinamento dell'aria, accessibilità veicolare) attraverso lo studio di soluzioni funzionali sia al nuovo complesso ospedaliero, sia al miglioramento della qualità urbanistica del quartiere circostante.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di efficienza sanitaria, si ritiene necessario:

- integrare le aree critiche dell'ospedale: pronto soccorso, terapia intensiva, blocco operatorio, radiologia, degenze di area chirurgica, per concentrare in un'unica area agevolmente accessibile tutte le funzioni dell'alta intensità di cura;
- progettare la distribuzione per aree funzionali omogenee secondo una logica organizzativa attenta alla condivisione delle risorse strumentali e alla riduzione dei percorsi;
- connotare la dotazione dei posti letto ed i relativi equipaggiamenti in funzione dell'intensità delle cure prestate (terapia intensiva, terapia sub intensiva, degenza ordinaria, day hospital medico-oncologico e chirurgico, ambulatori) e dell'appropriatezza clinica ospedaliera anche in riferimento al trend futuro di decongestione dell'ospedale dai casi di bassa intensità ed una maggiore performance nel trattamento degli acuti;
- progettare unità di degenza indifferenziate, non più attribuite alle singole unità organizzative ma aggregate per aree funzionali omogenee (area medica, area chirurgica, area di emergenza e intensiva, area materno infantile, servizio psichiatrico);
- finalizzare gli interventi di ristrutturazione, nell'esistente ospedale, alla realizzazione di unità di degenza compatibili con efficienti economie gestionali unite ad elevati livelli assistenziali e di umanizzazione;
- ottimizzare la dotazione di servizi diagnostici, degenze intensive, aree interventistiche e aree ambulatoriali al fine di conseguire l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa di ricovero e la durata media di degenza per ricovero a fronte di un contenimento del numero dei posti letto nel limite determinato dal piano sanitario regionale di 3,5 posti letto/x mille abitanti;
- ottimizzare, sulla base della pianificazione sanitaria regionale, il tasso di ospedalizzazione in 180 ricoveri ogni mille abitanti e soddisfare almeno il 20% dei ricoveri in regime diurno.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di qualità edilizia, si ritiene necessario:

- rendere organica l'architettura dei volumi esistenti con quella dei nuovi volumi al fine di elevare la qualità architettonica dell'intervento;
- adottare soluzioni distributive e strutturali (es. portate, ...) e materiali (es. prefabbricati,...) suscettibili di elevare la flessibilità spaziale in relazione alle trasformazioni funzionali dei locali;
- garantire durante lo svolgimento dei lavori la continuità dell'attività assistenziale, che deve poter proseguire senza interruzioni ed in piena sicurezza per i ricoverati;

- realizzare una distribuzione impiantistica che, da un lato, consenta un alto livello di comfort in ambiente (termo-igrometrico, qualità dell'aria, acustico,...) per gli utenti del presidio, dall'altro, offra disponibilità e flessibilità degli impianti a servizio dell'attività medica con standard elevati e comunque commisurati all'attività svolta;
- progettare un sistema edilizio a bassa dispersione ed un sistema di produzione a basso consumo di energia primaria;
- prevedere spazi tecnici per gli impianti che soddisfino le seguenti esigenze generali: disponibilità adeguata di superfici per l'installazione, la manutenzione, l'ampliamento e la movimentazione di tutte le apparecchiature; avere accessibilità indipendente, preferibilmente direttamente dall'esterno e non interferente con le funzioni sanitarie sia per la manutenzione ordinaria, sia per quella straordinaria; essere dotati di attrezzature fisse e mobili per la movimentazione delle apparecchiature;
- progettare un sistema impiantistico improntato a criteri di elevata affidabilità e sicurezza del funzionamento dei componenti di produzione e distribuzione, in particolare delle aree critiche, sia valutando la sostenibilità tecnico-economica di soluzioni ridondanti, sia operando scelte di localizzazione dei componenti che permettano interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria rapidi ed indipendenti da fattori esterni;
- dedicare particolare attenzione, in sede di progettazione e di attuazione degli interventi, alla organizzazione e alla logistica del cantiere, alla realizzazione di adeguate recinzioni, ai sistemi di sorveglianza e di prevenzione degli infortuni, alla comunicazione del prodotto finale, alla comunicazione dell'avanzamento dei lavori e delle eventuali interferenze (logistiche, impiantistiche, ...) nei confronti dei responsabili, degli operatori sanitari e della popolazione interessata.

2.1.2 La catena degli obiettivi.

Obiettivo Generale:

Obiettivo generale di questo Programma è realizzare l'unificazione e l'ammmodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate.

Gli obiettivi specifici sono:

- Realizzazione di un parcheggio pluriplano a nord di via Roma al fine di disporre dell'area ad est di Viale Ginevra attualmente adibita a parcheggio.

La realizzazione del Parcheggio a Nord di Via Roma permetterà di disporre di n. 510 posti auto coperti che saranno collegati con un cunicolo di sottoattraversamento pedonale con il P.O. di Viale Ginevra. Il parcheggio sostituirà l'attuale parcheggio ad est di via Roma, dotato di circa 400 posti auto, la cui area verrà resa disponibile per la realizzazione dell'ampliamento ad est dello stesso Presidio.

- Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie:

Per accogliere tale obiettivo risulta prioritario procedere all'unificazione delle tre sedi ospedaliere esistenti sul territorio Regionale attraverso la realizzazione di un unico ampliamento ad est dell'attuale Presidio ospedaliero per acuti U. Parini di Aosta. A seguito della rimodulazione dell'offerta sanitaria l'obiettivo specifico che si intende raggiungere con questa tipologia di intervento, è la creazione di un unico presidio ospedaliero rispondente a criteri di funzionalità al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie e nel contempo assicurare anche maggiore accoglienza e comfort per gli utenti.

- Adeguamento urbanistico:
L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza dei servizi urbanistici (parcheggi) per contribuire ad incrementare la dotazione di posti auto a servizio del presidio e necessari a seguito dell'ampliamento dello stesso presidio.
- Ammodernamento tecnologico:
L'obiettivo specifico è accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.
- Adeguamento normativo:
Obiettivo specifico è garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria. Elementi essenziali per raggiungere questo obiettivo sono: la messa a norma dell'attuale struttura sanitaria (prevenzione incendi e misure antisismiche) e gli adeguamenti finalizzati all'accreditamento.

Gli obiettivi operativi:

A livello operativo la Regione intende sviluppare il Programma attraverso la realizzazione della prima fase del più ampio intervento di unificazione ed ammodernamento delle tre sedi ospedaliere che viene di seguito elencato:

- Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero U. Parini (prima fase);

L'intervento permetterà di incrementare l'area di sosta attraverso l'aumento dei posti auto di circa 100 unità, di migliorare l'accessibilità pedonale al P.O. di Viale Ginevra attraverso la realizzazione di un cunicolo di collegamento pedonale nonché di migliorare la viabilità dell'area attraverso lo spostamento del traffico viario dall'asse urbana di Viale Ginevra a quella extra urbana di Via Roma;

2.1.3 Interventi progettuali.

Il documento di programma riguarda un intervento, che si articola in tre fasi, per l'unificazione dei tre presidi ospedalieri per acuti, ubicato in Comune di Aosta, attraverso l'ammodernamento e l'ampliamento ad est dell'attuale Presidio di Viale Ginevra.

L'intervento complessivo prevede una spesa che ammonta ad euro 154.224.000,00 ed è suddiviso nelle seguenti tre fasi:

- a) Prima fase: realizzazione del parcheggio a nord di via Roma, con una capienza di circa 510 posti auto. L'acquisto e l'attivazione di detto parcheggio sono necessari al fine di poter liberare l'area ad est dell'attuale nosocomio, attualmente adibita a parcheggi, al fine di poter procedere alla realizzazione dell'ampliamento ad est;
- b) Seconda fase: Realizzazione dell'ampliamento ad est con annesso parcheggio con capienza di circa 400 posti auto collegato con il parcheggio a nord, di cui alla prima fase, e realizzazione dei collegamenti con l'attuale presidio di viale Ginevra;
- c) Terza fase: adeguamento e ristrutturazione dell'attuale Presidio di viale Ginevra.

Il nuovo Presidio sarà organizzato per intensità di cura con la suddivisione dell'organizzazione ospedaliera in un'area aperta 24 ore su 24 in cui sono collocate le aree critiche e le degenze e di un'area aperta 12 ore al giorno in cui sono collocate le attività ambulatoriali ed i posti letto in regime diurno.

L'intervento da finanziare si riferisce alla prima fase che consiste nell'acquisto di un parcheggio pluriplano a nord di via Roma composto da circa 500 posti auto coperti collegati al parcheggio del nuovo presidio attraverso la realizzazione di un cunicolo di attraversamento pedonale e viario. L'ente attuatore è la Regione autonoma Valle d'Aosta che si avvale per la realizzazione ed il monitoraggio dell'intervento della società controllata interamente dalla Regione denominata "Coup S.r.l."

Di seguito si allega un layout della progettazione preliminare in fase di approvazione dell'intervento complessivo.

Progetto PO Umberto Parini



2.1.4 Offerta post-operam.

La realizzazione della I fase, che consiste nell'acquisizione di un parcheggio pluriplano coperto su Via Roma in Aosta permetterà di:

- Migliorare l'area di sosta attraverso l'incremento dei posti auto di circa 100 unità (dai 400 attuali ai 510 di nuova realizzazione);
- Migliorare l'accessibilità pedonale al P.O. di Viale Ginevra attraverso la realizzazione di un cunicolo di collegamento pedonale;
- Favorire lo spostamento del traffico viario dall'asse urbana di Viale Ginevra a quella extra urbana di Via Roma;

- Garantire la disponibilità dell'area ad est di Viale Ginevra, in cui è ubicato l'attuale parcheggio, per la realizzazione dell'ampliamento ad est.

La realizzazione degli ulteriori interventi indicati nel documento programmatico contribuiranno alla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera sanitaria completandone e migliorandone alcuni aspetti:

- organizzazione di posti letto per intensità di cura ed ridimensionamento dei posti letto ordinari a favore delle prestazioni ambulatoriali e diurne;
- miglioramento della gestione dell'attività ospedaliera con separazione dei percorsi ospedalieri e riduzione dei costi di gestione;
- valorizzazione del contesto urbanistico con incremento dei posti auto a servizio del presidio;
- miglioramento tecnologico ed ambientale dell'intero presidio;
- ricollocazione della lungodegenza nell'attuale presidio del Beauregard.

Tabella n. 16: Riepilogo delle superfici di solaio disaggregate per aree funzionali.

Destinazioni funzionali	Superficie	
	VA (m ²)	%
destinazioni sanitarie (totale)	58.192	100,0%
area ambulatoriale AA	3.960	6,8%
area interventistica e di emergenza AIE	5.450	9,4%
area diagnostica e laboratoristica ADL	7.887	13,6%
area degenza AD	17.789	30,5%
servizi generali ASG	6.290	10,8%
servizi sanitari ASS	2.748	4,7%
Connettivo interni CI	10.138	17,4%
Connettivo esterni CE	3.930	6,8%
Aree tecnologica AT	8.097	
Totale parziale	66.289	
Parcheggio componente Sud PP	12.040	
Totale intervento	78.329	

Tabella n. 17: Riepilogo delle superfici di solaio disaggregate per tipologia di intervento.

Destinazioni per tipologia di aree	Superficie	
	VA (m ²)	%
Nuove superfici (totale)	38.610	49,3%
Superfici sanitarie in ampliamento ^a	26.570	33,9%
Nuovi parcheggi interrati	12.040	15,4%
Superfici da ristrutturare (totale) ^b	19.721	25,2%
con cambio di destinazione funzionale	8.091	10,3%
senza cambio di destinazione funzionale	11.630	14,9%
Superfici non oggetto di intervento (totale)	19.998	25,5%
Totale intervento	78.329	100,0%

a - comprensivi di 2.570 m² di funzioni accessorie.
 b - comprensivi di 2.221 m² di funzioni accessorie.

Tabella n.18: Posti letto.

AREE E UNITA' ORGANIZZATIVE	DPP		
	Ordinari	Diurni	Totale
	[9]	[10]	[11]
[2]			
Area medica e Area chirurgica	240	69	309
Area critica (totale)	36	0	36
Medicina d'urgenza			
Rianimazione e terapia antalgica	15		15
Unità sub-intensiva	15		15
Unità coronarica	6		6
Area materno infantile (totale)	37	2	39
Neonatologia	6		6
Ostetricia e ginecologia	25		31
Pediatria	14	2	10
Unità psichiatrica (totale)	14	7	21
Totale (punti 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	376	76	405*

* esclusi posti tecnici (Culle, intramoenia ecc.)

2.2 Coerenza interna della strategia.

2.2.1 Relazione e complementarità tra le priorità.

Dall'osservazione degli obiettivi operativi del programma e della conseguente offerta post operam, è possibile individuare le relazioni di complementarità tra le priorità che hanno portato alla definizione degli interventi del Programma.

Dall'analisi si evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità abbiano portato alla definizione di un Programma che, attraverso la declinazione degli obiettivi specifici, assicuri l'equilibrio tra interventi:

- nella riorganizzazione dell'offerta sanitaria ospedaliera per acuti e per la lungodegenza e riabilitazione;
- nell'ammmodernamento tecnologico inteso nell'accezione più ampia, ossia apparecchiature sanitarie, ma anche tecnologie informatiche a supporto del sistema informativo per il governo clinico;
- nella messa a norma dal punto di vista della sicurezza e nell'adeguamento per l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- nella garanzia della continuità assistenziale;

2.2.2 Analisi dei rischi.

L'analisi di rischio ha lo scopo di identificare gli eventi sfavorevoli che possono incidere sulle condizioni di fattibilità dell'opera. Il fine è quello di valutare entro quali limiti i rischi insiti nel progetto possano, eventualmente, influenzare i risultati economici e finanziari dell'opera.

L'incertezza insita nei progetti di investimento si può definire come una situazione di ambiguità conoscitiva e decisionale determinata dalla mancata conoscenza degli eventi futuri. Le condizioni di incertezza che il progetto deve affrontare (in particolare le condizioni

peggiorative rispetto a quanto previsto) possono riguardare una gamma molto vasta di aspetti, ad esempio: i tempi di realizzazione, gli impatti ambientali, la variabilità della domanda, l'evoluzione tecnologica, il modello di gestione, i costi, ecc...

Nel nostro progetto i rischi sono stati analizzati nello studio di fattibilità redatto nel 2007 che ha rilevato che le condizioni di incertezza essenzialmente riconducibili alla variazione dei tempi di realizzazione oppure al "rischio politico".

Quanto al primo aspetto, ossia il "rischio temporale", un elemento rilevante, che potrebbe mutare la tempistica di realizzazione dell'intervento descritta nel presente studio di fattibilità, è sicuramente costituito dalla procedura di realizzazione attivata dal decisore politico.

L'adozione di una procedura che preveda, dapprima, una o più gare per l'affidamento dell'incarico per lo sviluppo della progettazione dell'opera e, successivamente, la gara di appalto per l'esecuzione dell'opera, potrebbe comportare un rischio di mancato rispetto della data di consegna dei lavori.

Al contrario, l'adozione di una procedura riconducibile all'appalto integrato, che prevede la predisposizione del progetto esecutivo e la realizzazione dell'opera, oppure riconducibile alla concessione di costruzione e gestione (nelle due formule ad "iniziativa pubblica" o ad "iniziativa privata"), permetterebbe un minor rischio di dilatazione dei tempi di inizio dei lavori e di realizzazione dell'opera. In questi casi, il coinvolgimento dell'esecutore, fin dalla realizzazione del progetto esecutivo, può condurre ad una riduzione dei tempi di esecuzione, in quanto l'impresa appaltatrice - già nella fase di progettazione - avrebbe la possibilità di preventivare con maggiore anticipo lo sviluppo delle attività di cantiere, inerenti l'opera da realizzare adattando - per tempo - l'organizzazione dell'impresa stessa per conseguire la realizzazione dell'opera nei termini stabiliti di consegna.

Ai ritardi dei tempi di realizzazione dell'intervento è, di conseguenza associato il prolungarsi dei costi sociali ed in particolare:

- il disagio per i cittadini aostani dal prolungato permanere dei lavori nell'area centrale della città;
- congestionamento della viabilità, il cui attuale assetto non sembra tale da sopportare le variazioni introdotte dall'ampliamento, che potrebbe comportare un ulteriore investimento in viabilità nella parte sud della città, per migliorare l'accesso al centro nel caso di ampliamento del vecchio presidio.

A seguito dell'analisi di cui sopra effettuata nello studio di fattibilità, l'Amministrazione regionale ha deciso di procedere con la procedura dell'appalto integrato per cui una volta approvato il progetto definitivo dell'opera si procederà all'appalto dei lavori.

Dal punto di vista del rischio politico relativo al procrastinarsi del dibattito in merito all'ampliamento o delocalizzazione del nuovo ospedale unificato, la conseguenza negativa consisterebbe non tanto in un ritardo nell'esecuzione dell'opera, quanto in uno slittamento dell'inizio dei lavori. In questo caso, ci troveremo di fronte al problema di continuare a sostenere costi di ristrutturazione e manutenzione straordinaria dei presidi, necessari per mantenere l'offerta sanitaria almeno all'attuale livello di assistenza.

Nell'analisi del rischio per opere di grandi dimensioni, come è indicato dalla teoria più accreditata, l'analisi probabilistica rappresenta uno strumento rigoroso, per completare la

valutazione delle opere pubbliche nei casi in cui l'incertezza, che circonda la realizzazione delle variabili progettuali, generi rischi rilevanti, per coloro che devono decidere sulla realizzazione dell'opera e sul suo finanziamento. Si dovrebbe poter individuare benefici e costi, frutto del manifestarsi di una serie di eventi probabili, ed associare un peso, che testimoni la differente possibilità di effettivo accadimento. Il tutto non deve, però, tradursi in una mera applicazione di tecniche matematico-statistiche, in quanto alla base delle ipotesi deve sempre esserci la ragionevolezza e la misurabilità su ipotesi attendibili dei diversi scenari. Lo testimonia il fatto che si parli, comunque, di "rischi rilevanti" nel contesto applicativo dello studio di fattibilità. Nella fattispecie, si sono citati precedentemente il disagio dei cittadini, i ritardi della politica, l'insufficiente viabilità, ecc. Da un lato, non si ritiene possibile quantificare in modo serio e oggettivo questo disagio, che può effettivamente riguardare un numero comunque limitato di cittadini, soprattutto in relazione ai benefici, che l'investimento precedentemente descritto, genererà nei confronti della collettività e di cui si è ampiamente data spiegazione in precedenza.

Per quanto riguarda i ritardi della politica, che potrebbero comportare uno slittamento di alcuni mesi nella realizzazione del progetto di ampliamento, si ritiene che il tutto potrebbe tradursi in un costo incrementale del mantenimento differito nel tempo della situazione ante ampliamento e del valore finanziario attuale netto del progetto complessivo, che si modificherebbe in modo sicuramente non rilevante.

Per quanto riguarda, invece, la modifica della viabilità, che emergerebbe come variabile strutturale necessaria per il sostenimento dell'ipotesi ampliamento, in realtà fa parte di un progetto di investimento, che è già allo studio, indipendentemente dalla scelta della ipotesi di ampliamento o realizzazione di una nuova struttura. Non costituirebbe, pertanto, un costo da considerare esclusivamente di pertinenza del progetto in questione, ma farebbe parte di un più ampio scenario di modifica della viabilità a livello regionale, che tiene conto dei recenti sviluppi degli assetti urbanistici e della riqualifica di specifiche aree cittadine.

In conclusione, si ritiene di poter affermare che in questo specifico caso l'analisi del rischio è legata a fattori di incertezza in parte non quantificabili oggettivamente, in parte a fattori non interamente pertinenti al progetto, e comunque non di rilevanza economico-finanziaria tale né in termini comparativi né in valore assoluto, da giustificare una strutturata analisi probabilistica.

Tabella n. 19: Scheda analisi S.W.O.T.

	S. Forza	W. Debolezza
interni	Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale	Intervento in un'area urbanizzata della città con particolari criticità derivanti dall'importante flusso viario concentrato nella zona.
	Condivisione del programma da parte della popolazione valdostana a seguito di referendum	Difficoltà derivanti dalla necessità di intervenire su un'area di potenziale interesse archeologico.
	Costituzione di specifica società di scopo regionale per la realizzazione dell'intervento	
	Realizzazione in tempi brevi di un'area di sosta limitrofa e collegabile con il presidio unico ampliato ed ammodernato	

	O. Opportunità	T. Rischi
esterni	<p>Garantire una sosta nell'area oggetto di intervento in sostituzione dell'attuale parcheggio ad est su cui verrà realizzato l'ampliamento</p> <p>Favorire un collegamento viario e pedonale tra il nuovo parcheggio e l'ampliamento previsto.</p> <p>Migliorare l'accesso e la sosta dell'area limitrofa all'ospedale collegabile con il centro città.</p>	<p>Possibile aumento dei tempi di realizzazione derivanti dalla complessità dell'opera da realizzare e di vincoli esterni sulle normative antincendio e sicurezza.</p> <p>Possibile aumento delle criticità nella gestione degli interventi da parte della ditta esecutrice dei lavori (rischio di impresa)</p>

3 Coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con quelle comunitarie.

3.1 Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale.

3.1.1 Coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013.

Gli indirizzi e le priorità che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale trovano corrispondenza con gli interventi del Programma.

Tra le indicazioni previste dal Piano per la salute ed il benessere sociale regionale 2010/2012 approvato con Legge regionale n. 34 del 2010, vengono individuati come prioritari:

- Realizzare l'unificazione delle sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate;
- Sostenere il processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali commisurato al grado di innovazione tecnologica ed organizzativa prevalente in ambito sanitario;
- la messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, anche in materia di accreditamento, per garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di comfort alberghiero.

Il Programma, inoltre, è conforme alle indicazioni riportate nelle Deliberazione Cipe di approvazione delle risorse finanziarie ex art. 20 L. 67/1988 stanziata dalle Leggi Finanziarie di riferimento.

In questo Programma non vengono contemplati interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative nonché interventi per l'acquisto di apparecchiature radiologiche.

In effetti il Programma Hospice regionale è stato approvato dalla Giunta regionale ed è stato oggetto di specifico finanziamento Ministeriale ai sensi della Legge 39/1999, già erogato. Tale programma si è ultimato con la realizzazione dell'Hospice presso la struttura ospedaliera del Beauregard che è entrato in funzione nel 2011.

Inoltre il programma in oggetto non include il finanziamento degli interventi intramoenia ex Dlgs 254/2000 e Radioterapia ex art. 18, comma 12, L. 488/99 ed art. 96 L. 388/2000 che sono stati oggetto di specifici accordi di programma tra Ministero e Regione Valle d'Aosta. Il programma per la radioterapia è già stato realizzato e rendicontato mentre il programma per l'intramoenia è stato definito ed approvato dal Ministero lo scorso dicembre 2011.

3.1.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale.

L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 autorizzava l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti.

Il programma pluriennale era finalizzato alla conservazione e all'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, servizi sanitari territoriali, ecc.) e allo sviluppo di una rete socio-assistenziale (residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, strutture per la prevenzione e l'igiene sanitaria).

L'Amministrazione Regionale, con deliberazione della Giunta regionale n. 875 in data 26 gennaio 1990 recante le linee di riorganizzazione e di sviluppo dei servizi sanitari della Regione al fine della attuazione degli interventi di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, approvava il proprio programma generale di massima per l'invio al Ministero della Sanità ai fini della preventiva valutazione per l'elaborazione del Programma nazionale di investimenti.

La legge n. 67/1988 prevedeva l'articolazione del programma in trienni finanziari, successivamente trasformati in tre fasi, a causa dei lunghi tempi impiegati per l'avvio del programma finanziario, specificatamente chiamate I° triennio (febbraio 1994 – 5 agosto 1999), II° fase (6 agosto 1999 – 12 gennaio 2005) e III° fase.

Interventi I° triennio art. 20 L. 67/1988.

Un primo lotto di interventi sul Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta nonché sul territorio è stato realizzato utilizzando i fondi assegnati dallo Stato alla Regione Valle d'Aosta relativi al I° triennio - ex art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Si riporta di seguito la Tabella n. 20 relativa agli interventi realizzati nella fase in questione:

Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo		Importo a carico dello Stato		Data delibera CIPE	Stato dei lavori
		Euro		Euro			
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Ristrutturazione dei reparti di Medicina e di Neurologia del P.O. V.le Ginevra	4.811.828,93	3.925.072,43	23/06/1995	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Realizzazione della nuova sala operatoria per la chirurgia vascolare del P.O. V.le Ginevra	738.016,91	686.887,68	08/08/1996	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Realizzazione delle nuove centrali tecnologiche P.O. V.le Ginevra	3.428.240,90	3.256.777,21	23/06/1995	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Ricollocazione della mensa e della cappella del P.O. V.le Ginevra	516.456,90	490.634,05	23/06/1995	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Ricollocazione dei servizi di anatomia patologica e della medicina legale del P.O. V.le Ginevra	3.702.995,97	409.033,86	19/10/2000	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Ristrutturazione di un edificio da adibire a sede del poliambulatorio nel comune di Chatillon	3.202.032,77	588.760,86	23/06/1995	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta e Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Adeguamento alla normativa sulla prevenzione incendi del P.O. V.le Ginevra	3.356.969,84	3.189.121,35	08/08/1996	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Realizzazione di una RSA nel comune di Antey-Saint-André	3.904.414,16	2.198.040,56	08/08/1996	Monitoraggio concluso		
		23.660.956,37	14.744.328,01	***	***		

Interventi II^a fase art. 20 l. 67/1988.

In data 21 marzo 1997, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), con propria deliberazione pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 1997, n. 124, ha approvato il documento proposto dal Ministero della Sanità per l'avvio della seconda fase del Programma straordinario degli investimenti previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3320 in data 22 settembre 1998 è stato approvato il programma regionale in materia di edilizia sanitaria ai fini dell'avvio della seconda fase del programma straordinario ex art. 20 legge 67/1988 e successive modificazioni.

La deliberazione di cui trattasi è stata successivamente parzialmente modificata con deliberazioni della Giunta regionale n. 69 in data 18 gennaio 1999, n. 4822 in data 20 dicembre 1999 e n. 683 in data 12 marzo 2001.

In data 18 aprile 2001, è stato siglato l'accordo di programma, ai sensi dell'art. 5 bis, come introdotto dall'art. 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relativo al completamento del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ex art. 20 della legge 67/1988, in particolare, concernente la realizzazione dei seguenti interventi:

- 1) II° intervento, II° lotto ristrutturazione urgenti presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta (Radioterapia, Farmacia e altro);
- 2) Presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta: U.O. Radiologia - Ristrutturazione Radiologia e nuova RMN;
- 3) Lavori di ristrutturazione urgenti nel presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta: realizzazione "Triangolo";
- 4) Presidio ospedaliero del Beauregard: adeguamento impianti tecnologici;
- 5) Poliambulatorio di Donnas: ristrutturazione;
- 6) Lavori per la realizzazione della nuova sede della centrale 118.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici del Ministero della Salute in data 23 aprile 2002 sono stati ammessi a finanziamento i seguenti interventi previsti nell'accordo di programma sopracitato:

- 1) II° intervento, II° lotto ristrutturazione urgenti presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta (Radioterapia, Farmacia e altro) per un importo di euro 15.493.706,97;
- 2) Presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta: U.O. Radiologia - Ristrutturazione Radiologia e nuova RMN per un importo di euro 1.291.142,25;
- 3) Lavori per la realizzazione della nuova sede della centrale 118 per un importo di euro 1.032.913,80;
- 4) Poliambulatorio di Donnas: ristrutturazione per un importo di euro 4.087.514,65.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici del Ministero della Salute in data 10 settembre 2002 è stato ammesso a finanziamento l'intervento denominato "Adeguamento impianti tecnologici del Presidio Ospedaliero Beauregard" per un importo di euro 1.291.142,25.

Con decreto Dirigenziale della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici del Ministero della Salute in data 30 giugno 2003 è stato ammesso a finanziamento l'ultimo intervento facente parte dell'accordo di programma in questione relativo alla realizzazione del corpo di fabbrica denominato "Triangolo" presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra in Aosta.

Con nota prot. n. 6679/DGPROG/7-P/i.6.a.h del 20 marzo 2007 della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute non viene concessa l'ulteriore proroga alla realizzazione dell'intervento denominato "Lavori di ristrutturazione urgenti nel Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra - Realizzazione Triangolo", compreso nell'Accordo di programma del 18 aprile 2001 e, conseguentemente, viene revocato il finanziamento a carico dello Stato pari ad Euro 4.132.172,00;

Si riporta di seguito la Tabella n. 21 riepilogativa inerente gli interventi realizzati nella fase in questione:

Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo		Importo a carico dello Stato		Data Decreto Ministero Salute	Stato dei lavori
		Euro	Euro	Euro	Euro		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Secondo Intervento del secondo lotto Radioterapia presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	17.017.254,82	15.493.706,97	23/04/2002	In collaudo		
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Adeguamento normativo e funzionale della RMN - Radiologia presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	2.388.588,60	1.291.142,25	23/04/2002	Monitoraggio concluso		
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Adeguamento impianti tecnologici presso il presidio ospedaliero del Beauregard ad Aosta	1.291.142,25	1.291.142,25	10/09/2002	In esecuzione		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Ristrutturazione del poliambulatorio territoriale di Donnas	4.448.307,28	4.087.514,65	23/04/2002	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Nuova sede 118 presso la Caserma dei Vigili del fuoco di Aosta e realizzazione della centrale unica del soccorso (CUS)	1.887.074,65	1.032.913,80	23/04/2002	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Completamento e ricollocazione Centrali Tecnologiche presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta L. 450/1997 (sicurezza)	5.416.527,80	4.537.315,56	30/12/1999	Monitoraggio concluso		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Realizzazione del c.d. Triangolo presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	6.223.304,00	4.132.172,00	***	Intervento revocato		
		38.672.199,40	31.865.907,48	***	***		

Interventi III^a fase art. 20 l. 67/1988 (Accordo integrativo)

La deliberazione del CIPE in data 2 agosto 2002 concernente "Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388", ha previsto l'assegnazione di un finanziamento, a favore della Regione Autonoma Valle d'Aosta di Euro 4.131.655=.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3757 in data 13 ottobre 2003 è stato approvato il programma regionale in materia di edilizia sanitaria ai fini dell'avvio della seconda fase del programma straordinario ex art. 20 legge 67/1988 e successive modificazioni.

In data 13 gennaio 2005, è stato siglato l'accordo di programma, ai sensi dell'art. 5 bis, come introdotto dall'art. 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relativo al completamento del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ex art. 20 della legge 67/1988, in particolare, concernente la realizzazione dei seguenti interventi:

- 1) Adeguamento del blocco operatorio;
- 2) Ristrutturazione del laboratorio analisi;
- 3) Ricollocazione del punto prelievi;

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici del Ministero della Salute in data è stato ammesso a finanziamento l'intervento relativo all'adeguamento blocco operatorio.

Con nota prot. n. 20749/DGPROG/7-P/I.6-A.4/ del 29 settembre 2006 la Direzione Generale del Sistema Informativo e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici del Ministero della Salute ha comunicato la risoluzione dell'accordo di programma in oggetto relativamente agli interventi : "Ristrutturazione del laboratorio di analisi" per un importo a carico dello Stato di Euro 1.330.985,00 e "Ricollocazione punto prelievi" per un importo a carico dello Stato di Euro 688.335,00.

La suddetta revoca è stata effettuata in applicazione dell'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede la risoluzione degli accordi di programma in oggetto, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro 18 mesi dalla sottoscrizione dell'accordo stesso.

Si riporta di seguito la Tabella n. 22 riepilogativa degli interventi realizzati nella fase in questione:

Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo		Importo a carico dello Stato		Data delibera CIPE	Stato dei lavori
		Euro		Euro			
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Adeguamento del blocco operatorio presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	2.869.596,04	2.112.335,00	02/08/2002	Monitoraggio concluso		
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Ristrutturazione del laboratorio per le analisi cliniche presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	1.712.000,00	1.330.985,00	02/08/2002	Intervento revocato		
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta	Ricollocazione del punto prelievi presso il presidio ospedaliero di viale Ginevra ad Aosta	1.632.942,00	688.335,00	02/08/2002	Intervento revocato		
		6.214.538,04	4.131.655,00	***	***		

Da quanto si evince nei paragrafi precedenti i lavori previsti nei programmi approvati tra Regione e Ministero sono stati tutti realizzati. Vi sono inoltre i n. 3 interventi "Triangolo", "Ristrutturazione laboratorio analisi cliniche e "Ricollocazione punto prelievi" che sono stati revocati dal Ministero per una somma complessiva pari ad euro 6.151.492,00.

Tali risorse sono state riallocate in un accordo integrativo sottoscritto tra Regione e Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze in data 22 aprile 2008 con la previsione della realizzazione degli interventi denominati "ricollocazione punto prelievi" e "Realizzazione Triangolo".

Successivamente con deliberazione della Giunta regionale n. 2792 del 9 ottobre 2009 la Regione ha approvato un riallineamento funzionale degli interventi previsti nel suddetto accordo che non comporta oneri aggiuntivi a carico dello Stato né variazioni negli obiettivi generali previsti dall'accordo sottoscritto.

Tale riallineamento consiste nella cancellazione dell'intervento denominato "ricollocazione punto prelievi" destinando la totalità del finanziamento statale disponibile, pari ad euro 6.151.492,00 per la realizzazione dell'intervento denominato "Realizzazione Triangolo".

Il Ministero della Salute con note prot. n. 35753 in data 20 ottobre 2009 e n. 37470 in data 31 ottobre 2009 ha approvato la riprogrammazione del finanziamento statale proposto dalla Regione e l'ammissione a finanziamento dell'intervento complessivo denominato "Realizzazione Triangolo".

La realizzazione del triangolo è stata divisa in n. 2 fasi: la I fase in corso di realizzazione prevede la realizzazione del nuovo reparto Dialisi presso il Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra mentre la II fase prevedeva la realizzazione del nuovo blocco relativo ai reparti di ortopedia e endoscopia.

A seguito della Deliberazione della Giunta regionale n. 1898 del 2010 è stata approvata la realizzazione del primo lotto dell'intervento denominato "Realizzazione Triangolo presso il Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta" concernente la realizzazione della "Dialisi" al piano -1 del blocco radioterapia, presso il Presidio ospedaliero di viale Ginevra in comune di Aosta ed è stata rinviata la realizzazione del secondo lotto, riguardante l'ampliamento a nord dell'attuale nosocomio, nell'ambito del progetto di realizzazione del Presidio unico ospedaliero Umberto Parini di Aosta.

Con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 31 marzo 2010 è stato ammesso a finanziamento ex art. 20 della Legge n. 67/1988 l'intervento denominato "Realizzazione Triangolo presso il Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta", per un importo a carico dello Stato di euro 6.151.492,00.

Successivamente con deliberazione della Giunta regionale n. 1067 in data 18 maggio 2010 è stata approvata la seconda rimodulazione del programma di finanziamento statale approvato con Decreto Dirigenziale del 31 marzo 2010 che prevede sostanzialmente la realizzazione dell'intervento in due lotti funzionali:

- 1) Il I lotto, con un finanziamento statale di euro 1.598.360,44, concernente la realizzazione della "Nuova dialisi - radioterapia" al piano -1 del blocco radioterapia, presso il Presidio ospedaliero di viale Ginevra in comune di Aosta;

- 2) Il II lotto, con un finanziamento statale, pari ad euro 4.553.131,56 che prevede la realizzazione a Nord dell'attuale nosocomio di Viale Ginevra di un ampliamento nella zona definita "Triangolo".

Nell'ambito della progettazione relativa alla realizzazione del Presidio unico ospedaliero regionale per acuti di Viale Ginevra, con deliberazione della Giunta regionale n. 1067 del 18 maggio 2012, è stata valutata la necessità di non appaltare il II lotto dell'intervento denominato "Realizzazione Triangolo" in quanto lo stesso è stato considerato non appropriato in vista della realizzazione del Presidio unico. Conseguentemente, vista la necessità di dotare al più presto l'ospedale di un primo parcheggio, la Regione ha deciso di utilizzare a tal fine le risorse rivenienti dal D.D. 31 marzo 2010, attraverso la loro rifinalizzazione

Con Decreto Dirigenziale del Ministero della salute del 20 giugno 2012 è stata concessa la rifinalizzazione delle risorse rivenienti dal DD 31 marzo 2010 per un importo a carico dello Stato di euro 4.553.131,56 per l'intervento denominato "Acquisto di 150 posti auto in un parcheggio pluripiano a Nord di via Roma, a servizio del Presidio ospedaliero U. Parini di Aosta".

Si riporta di seguito la Tabella n. 23 riepilogativa degli interventi finanziati nella fase in questione:

Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data Decreto Ministero Salute	Stato dei lavori
		Euro	Euro		
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Acquisto di 150 posti auto in un parcheggio pluripiano a Nord di via Roma a servizio del Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta	5.400.000,00	4.553.131,56	D.D. 20/06/2012 *	In corso di acquisizione
Regione Autonoma Valle d'Aosta	Realizzazione Triangolo-Dialisi presso il Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta	1.682.484,67	1.598.360,44	D.D. 31/03/2010	in esecuzione
* Decreto Dirigenziale di rifinalizzazione		7.082.484,67	6.151.492,00	***	***

3.1.3 Sostenibilità degli interventi.

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità.

La procedura regionale per l'inserimento dell'intervento nel programma delle grandi opere ha previsto preliminarmente la redazione di un approfondito studio di fattibilità approvato dall'Amministrazione regionale che ha effettuato analiticamente le seguenti verifiche sulla:

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

3.1.4 Analisi delle condizioni.

L'analisi effettuata nello studio di fattibilità approvato dall'Amministrazione regionale si è proposto di accertare se, a partire dal quadro dei costi di realizzazione e dal modello gestionale assunti, le due modalità di realizzazione dell'obiettivo di unificazione dei presidi ospedalieri, ovvero ampliamento del presidio esistente o realizzazione di un nuovo ospedale, siano finanziariamente sostenibili durante tutto il tempo di vita utile delle strutture. Inoltre, con riferimento al quadro degli obiettivi della Regione, è stata valutata la convenienza economico sociale di ciascuna alternativa.

Per quanto riguarda la struttura e l'importo dei costi di realizzazione si fa riferimento ai risultati degli approfondimenti effettuati nel citato studio di fattibilità.

Per quanto riguarda il modello gestionale si è concordato di assumere quello attualmente in uso ossia mantenimento in capo alla pubblica amministrazione (Azienda U.S.L. e Regione) del controllo gestionale generale del presidio ospedaliero e l'esternalizzazione di un certo numero di attività ben definite e individuate come sarà descritto in seguito.

Si sottolinea, come evidenziato in precedenza che le due ipotesi sono del tutto paragonabili in termini di funzioni svolte e livello di servizio offerto. Infatti le superfici complessive destinate ai servizi sanitari ammontano a circa 66.000 mq nel caso di ospedale ampliato e di 70.000 mq.

Le tabelle riassumono i costi stimati per le due alternative e consentono un primo confronto.

Tabella n. 24

TOTALE INVESTIMENTO			
LE DUE IPOTESI A CONFRONTO			
	Ospedale Ampliato	Nuovo Ospedale	Differenziale
	€	€	€
Costo acquisto area	0	10.000.000	10.000.000
Spese tecniche	17.956.722	25.985.059	8.028.338
Opere di urbanizzazione	4.020.313	6.750.000	2.729.687
Costi di costruzione	107.228.728	150.522.941	43.294.212
Arredi, attrezzature e dotazioni speciali	15.000.000	18.840.000	3.840.000
Sistemazioni e finiture esterne	900.000	3.375.000	2.475.000
TOTALE INVESTIMENTO	145.105.763	215.473.000	70.367.237
Ricavo da vendita di Viale Ginevra		(5.053.720)	(5.053.720)
TOTALE	145.105.763	210.419.280	65.313.517

Elaborazioni Sinloc su dati forniti dalla parte tecnica GDL

La prima tabella scompone l'investimento complessivo stimato per il caso ampliamento e il caso nuovo ospedale per tipologia di costo. Si evidenzia come nel caso di nuova realizzazione i valori di ciascuna voce risultano superiori e che gli standard economici utilizzati per la stima degli investimenti nelle due alternative considerate sono identici. Variano invece le superfici di nuova realizzazione a cui vengono applicati, pari a circa 28.000 mq. nel caso dell'ospedale ampliato e circa 70.000 mq. per il nuovo ospedale. Nel caso di ospedale ampliato vengono inoltre interessate da opere di ristrutturazione ulteriori 15.000 mq. circa a cui viene applicato uno standard economico necessariamente inferiore.

Considerando il totale dell'investimento dunque l'alternativa dell'ampliamento risulta in termini di costi più conveniente per circa 70 ml. di euro.

Le simulazioni di seguito effettuate ipotizzano che, nel caso di nuova realizzazione, i proventi della vendita dell'edificio di viale Ginevra siano destinati dalla Regione al progetto e non ad altri investimenti. A tale proposito è stato stimato un valore dell'area che presuppone la sua destinazione a funzioni commerciali e di terziario con indici di edificabilità compatibili con la sua localizzazione. Al valore risultante è stato sottratto il costo delle demolizioni della maggior parte dell'edificato. Secondo questa ipotesi l'alternativa di ampliamento risulta ancora abbondantemente conveniente per circa 65 ml. di euro.

3.1.5 Sostenibilità economica e finanziaria.

I costi descritti nel paragrafo precedente rappresentano i dati di input del modello di sostenibilità finanziaria sviluppato per le due alternative citate (ampliamento e ristrutturazione del presidio esistente o realizzazione di un nuovo ospedale). I risultati del modello nei due casi costituiranno la base per la valutazione della convenienza economico-sociale.

Il modello gestionale assunto per entrambe le ipotesi è stato stimato sulla base dei dati forniti dagli uffici Azienda U.S.L. e ripropone l'attuale situazione che vede esternalizzati i principali servizi (lavanderia, pulizia, ristorazione, vigilanza, assicurazioni, manutenzione ordinaria e straordinaria, ecc.).

L'analisi è stata condotta secondo il metodo dell'analisi "costi-efficacia" in considerazione della omogeneità delle funzioni svolte e dei risultati in termini di produttività nelle alternative progettuali considerate. Questo metodo permette di valutare il costo dell'intervento per unità di efficacia e consente di indirizzare le preferenze verso l'alternativa con costo unitario minore.

Il modello economico – finanziario tiene conto delle diverse fasi del progetto, dalla realizzazione, al finanziamento, alla fase d'esercizio, al fine di prospettare un piano di finanziamento dell'opera realistico e valutare quella che sarà la situazione finanziaria per la gestione e manutenzione.

E' stato considerato un orizzonte temporale di 25 anni, a partire da gennaio 2009 fino a dicembre 2033, comprensivo della fase di realizzazione. In entrambe le alternative è stato ipotizzato lo stesso arco temporale per l'iter realizzativo, ovvero circa 7 anni.

Per quanto riguarda il caso di nuova realizzazione i 7 anni dedicati alla realizzazione comprendono i tempi necessari per apportare le opportune modifiche agli strumenti di

pianificazione urbanistica, stimati pari a 12 mesi, e per provvedere all'acquisto e/o all'esproprio dell'area, per ulteriori 12 mesi.

A partire dalle informazioni fornite dai progettisti e dall'Azienda U.S.L. per quanto riguarda nel dettaglio il modello gestionale si è ricostruito il quadro dei costi di gestione nella situazione attuale di tipologia e caratteristiche di servizi sanitari ospedalieri erogati. Questo contesto è stato successivamente proiettato nell'orizzonte temporale preso a riferimento.

Per quanto riguarda i costi di esercizio, si è tenuto conto esclusivamente dei costi di gestione dei servizi e manutenzioni effettivamente esternalizzati, escludendo dall'ambito dell'analisi finanziaria i costi relativi alle attività dell'Azienda U.S.L., ovvero le spese sanitarie e del personale. Si è posta l'attenzione, dunque, su tutti quegli aspetti di carattere gestionale maggiormente sensibili a cambiamenti di carattere strutturale ed organizzativo. La stima di questi costi è stata effettuata a partire dai contratti in essere per la gestione dei servizi e delle manutenzioni ordinarie e straordinarie, così come forniti dall'Azienda U.S.L.. Le rimanenti informazioni sono frutto di interviste mirate ai responsabili tecnici della Azienda U.S.L. di Aosta.

Le ipotesi fondamentali alla base delle simulazioni per entrambe le alternative sono state concordate con il gruppo di lavoro e sono di seguito riassunte:

- 1 orizzonte temporale: 25 anni di cui 7 per la realizzazione a partire dal 2012;
- 2 omogeneità del modello gestionale;
- 3 tasso di attualizzazione pari al 4,20% (tasso praticato da Cassa Depositi e Prestiti per i piani di ammortamento pari all'orizzonte temporale utilizzato nell'analisi finanziaria);

L'obiettivo dell'analisi è di costruire un quadro di riferimento utile come base di partenza per stimare, attraverso proiezioni, i costi di funzionamento collegabili alla migliore alternativa progettuale di unificazione dei servizi sanitari con la quale, in seguito saranno formulate alcune valutazioni comparative.

Dal punto di vista metodologico, si è rappresentata prima la situazione che verrebbe a verificarsi in assenza di intervento. In particolare, partendo dai *desiderata* della *policy* sanitaria e dagli aspetti legati all'evoluzione della offerta dei servizi sanitari, si sono quantificati i costi finanziari derivanti da quegli interventi che comunque sarà necessario effettuare, nell'arco temporale dell'analisi (25 anni), al fine di mantenere le strutture esistenti a livelli di efficienza attuale.

Nel considerare i costi di investimento relativi alla situazione senza intervento, si sono formulate delle ipotesi basate, in parte, sulla serie storica degli interventi effettuati negli ultimi 10 anni (si veda quanto detto precedentemente). Sulla base di queste premesse sono stati, dunque considerati i costi di:

- ✓ adeguamento alla normativa "antisismica" (circa 6 ml. di euro una tantum);
- ✓ interventi quinquennali di ristrutturazione dei presidi, necessari per mantenere l'offerta sanitaria almeno agli attuali livelli di assistenza (circa 6 ml. di euro);

Oltre ai costi di investimento relativi alla realizzazione di ciascuna alternativa progettuale, l'analisi tiene conto degli interventi "fisiologici" di manutenzione straordinaria da realizzare nel periodo in cui il presidio sarà in esercizio, nel caso di ampliamento pari a 10 milioni di euro, nel caso di nuovo ospedale, pari a 8 milioni di euro.

La tabella seguente riassume le tipologie dei servizi esternalizzati, il loro costo per l'Azienda U.S.L. di Aosta e il regime imponibile:

Tabella n. 25

Servizi esternalizzati			
Valori €/000	Costo Lordo	IVA %	Costo Netto
Lavanderia	1.425	20%	1.188
Pulizia	2.385	20%	1.988
Ristorazione - Mensa	2.709	20%	2.258
Rifiuti Speciali	789	20%	658
Vigilanza e Portinariato	259	20%	216
Logistica	231	20%	193
Global Service servizio radiologico	850	20%	708
Assicurazioni	3.400	-	3.400
Totale servizi	12.048		10.607

Dati forniti da ufficio tecnico AUSL Aosta

Il costo annuo delle manutenzioni è stato assunto pari a 2.200 ml. di euro lordi, ovvero 1,8 milioni al netto del 20% di IVA. I costi di esercizio sommano complessivamente a circa 14 milioni di euro.

I dati sono stati forniti dall'Azienda U.S.L. e stimati sulla base dell'attuale modello gestionale.

Per le spese di gestione, si è ipotizzata la costanza nel tempo lungo l'intero arco temporale considerato a condizioni di normale operatività. Si è stimato invece un incremento per le spese dovute a manutenzione ordinaria durante il periodo di trasferimento e nuova configurazione dei servizi a strutture ultimate pari al 20% nel caso di ampliamento e pari al 100% nella nuova realizzazione.

I citati valori di costo sono riferiti all'anno base 2006 ed espressi, nel piano economico-finanziario, a prezzi costanti.

In assenza di intervento, la voce "investimento" tiene conto di 5 cicli di interventi quinquennali strutturali, complessivamente pari a 30 ml. di euro, e l'intervento di adeguamento antisismico, pari a 6 milioni, per un totale di 36 milioni. In questo caso, gli interventi di manutenzione straordinaria sono inclusi negli interventi strutturali.

In termini di costi di esercizio, si registrano circa 300 ml. di euro per i servizi esternalizzati e 55 ml. di euro per le manutenzioni.

Complessivamente, nell'arco temporale considerato, la Regione sopporterebbe 392 milioni di euro. Considerando il valore residuo della struttura di Viale Ginevra, il flusso complessivo ammonterebbe a 387 ml di euro che, attualizzati, corrispondono a 248 milioni di euro.

La tabella che segue illustra i costi di intervento e di esercizio rappresentati sia in Valori Nominali (VN) che in Valori Attuali Netti Finanziari (VANF):

Tabella n. 26

	€/000
Totale investimento	(36.000)
Costi di gestione dei servizi	(301.200)
Costi di manutenzione ordinaria	(55.000)
Totali flussi di cassa senza intervento	(392.200)
Valore residuo	5.054
Totale flussi di cassa (incluso valore residuo)	(387.146)
VANF	(248.745)

Elaborazioni Sinloc su dati forniti da parte tecnica GDL

I risultati sovresposti saranno comparati con i risultati economico-finanziari della migliore alternativa progettuale nei successivi capitoli.

Di seguito si propongono i risultati dell'analisi finanziaria per le due alternative di intervento. Sia per quanto riguarda i risultati i termini nominali che in termini di valori finanziari netti attualizzati non deve essere dimenticato che il percorrere una delle due alternative comporta il "risparmio" di costi che si verrebbero comunque a sostenere per mantenere il livello attuale di efficienza ed efficacia dei servizi sanitari erogati.

Tabella n. 27

ANALISI FINANZIARIA COMPARATIVA			
<i>Valori nominali</i>			
VOCIDICOSTO	Ospedale Ampliato	Nuovo Ospedale	Differenziale
	€/000	€/000	€/000
INVESTIMENTO, di cui:	(145.106)	(210.419)	(65.314)
Ricavi da dismissioni	0	5.054	5.054
GESTIONE, di cui:	(266.904)	-266.664	240
Servizi esternalizzati	(216.864)	(216.864)	0
Manutenzioni ordinarie	(40.040)	(41.800)	(1.760)
Manutenzioni straordinarie	(10.000)	(8.000)	2.000
VALORE RESIDUO	12.612	18.808	6.195
TOTALE COSTI FINANZIARI	(399.397)	(458.276)	(58.878)

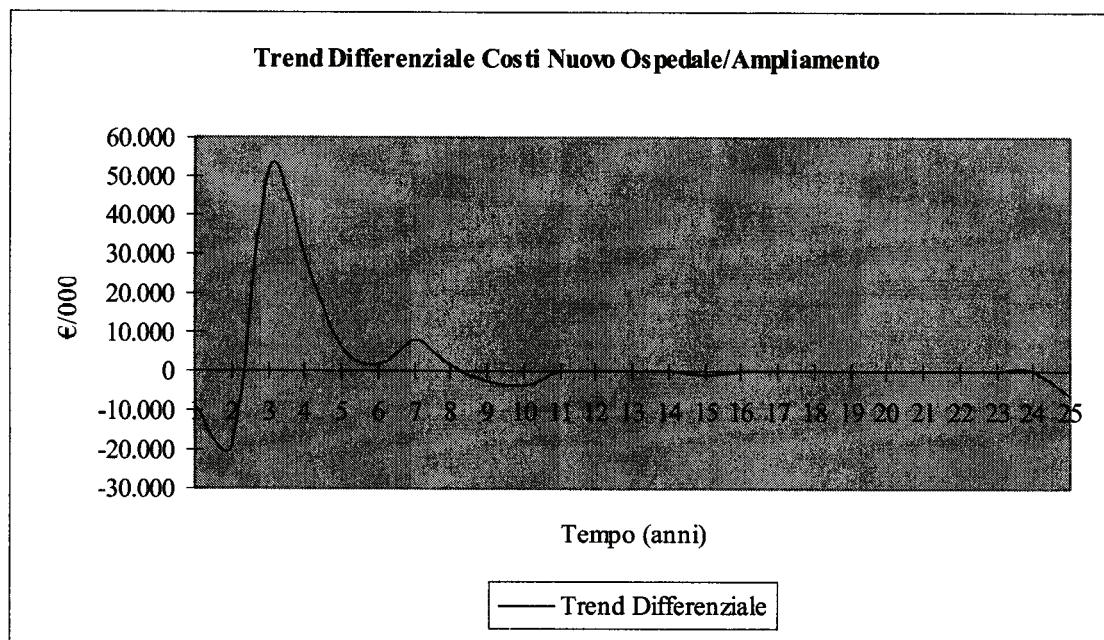
Elaborazioni Sinloc su dati forniti dalla parte tecnica GDL

Nella tabella i flussi delle uscite finanziarie sono rappresentati in termini di valori nominali (come somma semplice dei costi monetari). In termini comparativi, la prima ipotesi si dimostra in valore assoluto la meno costosa con minor costi cumulati di quasi 58 ml. di euro rispetto al caso di nuova realizzazione.

I valori residui degli immobili sono stati calcolati analogamente a quanto precedentemente effettuato per la stima del valore di recupero del presidio di Viale Ginevra.

Di seguito si riporta il trend, nell'orizzonte temporale di riferimento, del differenziale dei costi delle due alternative [costo nuovo ospedale/costo ampliamento]. Emerge una marcata differenza a favore dell'ampliamento nella fase iniziale, differenza che si riduce durante gli anni della gestione.

Tabella n. 28



Scontando i flussi in valore nominale al tasso di attualizzazione considerato si evidenziano i valori di seguito riepilogati:

Tabella n. 29

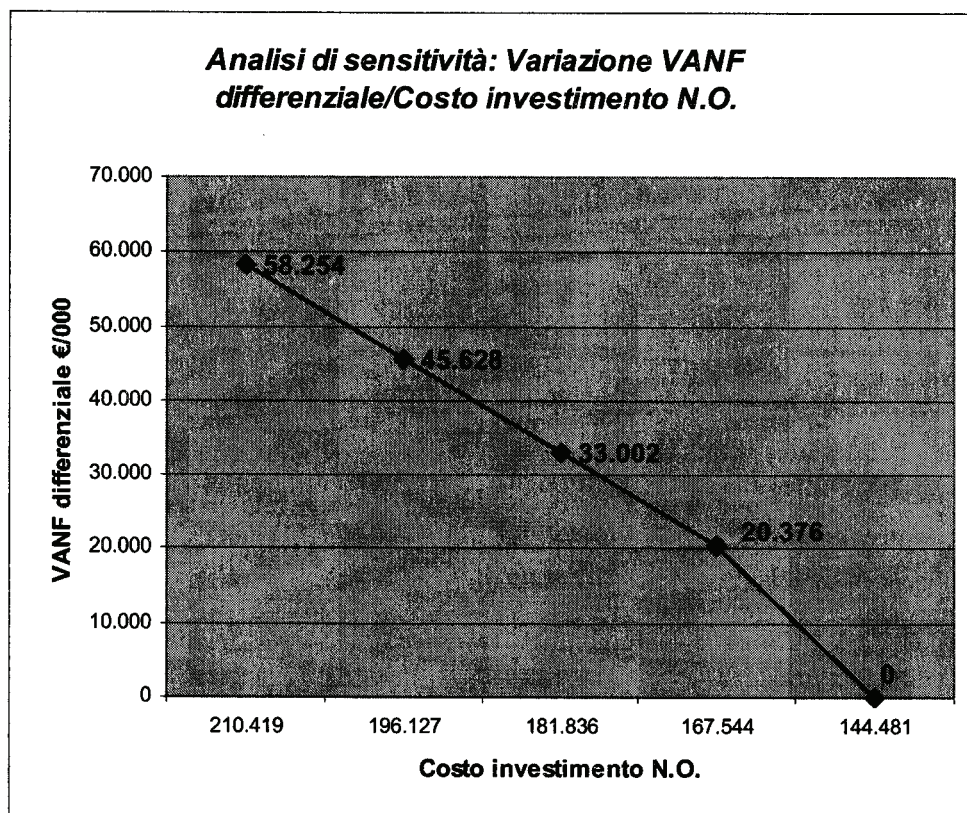
ANALISI FINANZIARIA COMPARATIVA			
<i>Valori attuali netti finanziari "VANF"</i>			
VOCI DI COSTO	Ampliamento	Nuova realizzazione	VANF Differenziale
	€/000	€/000	€/000
INVESTIMENTO	130.285	187.217	56.932
GESTIONE	143.602	143.669	67
VALORE RESIDUO	(4.695)	(7.002)	(2.306)
TOTALE COSTI FINANZIARI	269.192	323.884	54.692

Elaborazioni Sinloc su dati forniti dalla parte tecnica GDL

Si evidenzia come, in termini di valori attualizzati, il differenziale tra le alternative progettuali rimanga significativo e pari ad un valore di circa 54 ml. di euro.

L'analisi di sensitività dimostra come la differenza tra i VANF dei due progetti si annulli solo a fronte di una significativa riduzione (pari a circa il 45%) del costo di investimento del nuovo ospedale, passando quindi da un costo stimato di 210 ml. di euro ad un costo di 144 ml. di euro. Il grafico seguente illustra la situazione.

Tabella n. 30



3.1.6 Sostenibilità amministrativa e gestionale e di risorse umane.

Come indicato nel precedente paragrafo il modello gestionale assunto è quello attualmente in uso che consiste nel mantenimento in capo alla pubblica amministrazione (Azienda U.S.L. e Regione) del controllo gestionale generale del presidio ospedaliero e l'esternalizzazione dei principali servizi no core (lavanderia, pulizia, ristorazione, ...),

Per quanto riguarda i costi di esercizio, nell'analisi finanziaria si è tenuto conto esclusivamente dei costi di gestione dei servizi e manutenzioni effettivamente esternalizzati, escludendo i costi relativi alle attività *core* dell'Azienda U.S.L., ovvero le spese sanitarie e del personale.

Dall'analisi citata è emersa chiaramente un'importante economia, di spesa pari a circa il 2% dell'attuale spesa annuale per l'acquisto di beni e servizi ammontante a complessivi circa euro 100.000.000, derivanti dall'accentramento in un'unica sede delle tre sedi attuale da cui deriva un evidente:

- razionalizzazione della gestione delle risorse umane e gestionali;
- forti economie di scala;
- miglioramento dei percorsi sanitari.

3.1.7 Sostenibilità delle risorse umane.

Il presente Programma è sostenibile in quanto con l'accorpamento delle tre sedi ospedaliere sarà possibile garantire una migliore gestione del personale sanitario ed amministrativo dell'Azienda USL.

Pertanto il presente Programma rappresenta un'opportunità di riorganizzazione generale delle risorse umane di cui l'Azienda USL dispone.

3.1.8 Sostenibilità ambientale.

Il problema della compatibilità e sostenibilità ambientale è stato affrontato approfonditamente nel citato studio di fattibilità che dedica un intero capitolo al riguardo.

In effetti, l'ampliamento dell'Ospedale Regionale in corrispondenza dell'attuale parcheggio posto ad est del presidio (area ex-palestra Coni) rende evidente la possibilità di realizzare un complesso ospedaliero che si configuri come una porzione di città dedicata alla salute dei cittadini. La collocazione dell'impianto è tale da fare assumere all'intervento l'immagine di Porta nord della città di Aosta. Ciò determina la necessità di realizzare una complessa ed efficiente viabilità pedonale e veicolare dell'intorno, una corretta permeabilità dell'intero presidio in rapporto all'abitato circostante, due parcheggi interrati multipiano di capienza adeguata a soddisfare le esigenze ospedaliere, turistiche e dei residenti, un'architettura che sappia connotare un'insieme di volumi costruiti e di vuoti, con particolare attenzione per il cannocchiale visivo verso via Martinet ed il centro storico. Le problematiche in questione sono state affrontate e risolte a seguito della sottoscrizione dell'Accordo di programma tra Regione e Comune di Aosta avvenuto nel 2011 e che ha permesso di valutare, approfondire e superare tutti gli aspetti urbanistici, di viabilità ed ambientali dell'intervento evidenziati nello studio di fattibilità e sintetizzabili in:

- compatibilità dell'intervento con il Piano regolatore generale del Comune di Aosta;
- compatibilità con il Piano Urbano del traffico ed il Piano Urbano dei Parcheggi;
- rispetto dei vincoli paesisti, archeologici e ambientali;
- verifica assoggettamento procedura Vas (Valutazione Ambientale Strategica) e VIA (Valutazione Impatto Ambientale).

3.1.9 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche.

Non essendo previste attività miste non si ha nulla da rilevare al riguardo.

4 Risultati attesi e valutazione degli impatti.

4.1 Sistema di indicatori.

Il sistema di indicatori di seguito proposto ha la finalità di rappresentare il Programma nella sua complessiva compiutezza: dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, alla fase realizzativa degli interventi stessi, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.

Il sistema prevede una serie di indicatori di contesto attraverso i quali si identificano sia le principali cause di decesso, sia la composizione e la distribuzione geografica della popolazione della Valle d'Aosta.

La fase realizzativa degli interventi viene monitorata attraverso indicatori di processo che misurano costantemente l'avanzamento del Programma.

Infine la rappresentazione del raggiungimento degli obiettivi viene illustrata in termini di indicatori di efficacia ed efficienza.

4.1.1 Indicatori di contesto.

Nella tabella che segue sono sintetizzati alcuni indicatori di contesto che descrivono le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione regionale (anno 2010).

Tabella n. 31

INDICATORI		REGIONE
Popolazione	n. abitanti	128.230
Superficie territoriale	Kmq	3.263,25
Densità di popolazione	n. abitanti/Kmq	39,3
Numero di Comuni	n. Comuni	74
Comuni con più di 25.000 abitanti	n. Comuni	1
Presenza di stranieri	n. residenti	8712
	n. residenti stranieri / n. res.	7%
Indice di anzianità della popolazione	n. individui > 65 anni / n. abitanti	20,83%
Indice di vecchiaia	n. individui con più di 65 anni / n. giovani con meno di 15 anni	150/100
Età media della popolazione	Età media	43,7
Tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause oltre il primo anno 2007	Maschi - 96,7 per 10.000	
	Femmine - 53,2 per 10.000	
Cause principali di morte nella popolazione residente (maschi)	Tumore - 33,6 per 10.000	
	Cardiovascolari - 31 per 10.000	
Cause principali di morte nella popolazione residente (femmine)	Tumore - 17,1 per 10.000	
	Cardiovascolari - 18 per 10.000	
Numero tumori diagnosticati annualmente		700
Ricoveri in ospedali pubblici e privati		22.556
Tasso di ospedalizzazione		154,33
Tasso di ospedalizzazione comprensivo di fuga extraregionale		193,7
Posti letto ospedalieri		458
Posti letto medi in RSA		14
Posti auto disponibili		420

4.1.2 Indicatori di Programma.

Tabella n. 32

		INDICATORI	FONTI DI VERIFICA
Obiettivi generali	unificazione e ammodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dell'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie - riduzione delle liste di attesa - risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici - garanzia di sicurezza del paziente - garanzia di standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica di attuazione del piano per la salute e il benessere sociale 2011/2013 - relazione annuale azienda USL e bilancio sociale
Obiettivi specifici	Realizzazione di un parcheggio a nord di via Roma al fine di poter disporre dell'area ad est di Viale Ginevra	<ul style="list-style-type: none"> - aumento della disponibilità di posti auto dell'area ospedaliera; - miglioramento del traffico viario e dell'accessibilità al nosocomio; 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con gli standard minimi nazionali e regionali da parte del gruppo di lavoro di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione
	Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - adeguamento funzionale degli spazi e dei percorsi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con gli standard minimi nazionali e regionali da parte del gruppo di lavoro di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione
	Adeguamento urbanistico	<ul style="list-style-type: none"> - integrazione della nuova struttura con il tessuto urbano esistente e il miglioramento dell'accessibilità e della sosta 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità urbanistica con specifica intesa con il Comune di Aosta - parere sulle varie fasi di progettazione
	Ammodernamento tecnologico	<ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate ed avanzate 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione

	Adeguamento normativo	-adeguamento normativo, compreso adeguamento antisismico ed antincendio anche ai fini dell'accREDITAMENTO	- verifica della commissione qualità ai fini dell'accREDITAMENTO; verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione
Obiettivo operativo	Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero U. Parini	- Ultimazione lavori entro l'anno 2012 - Attivazione del parcheggio entro 2013	- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)

4.1.3 Indicatori di efficacia ed efficienza.

Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia misurano il conseguimento degli obiettivi del Programma.

Allo scopo gli indicatori presi a riferimento sono:

- indicatore di attivazione, misura l'efficacia del processo realizzativo degli interventi rispetto quanto stabilito in sede di programmazione.

Questo indicatore può essere espresso sinteticamente nel seguente modo:

$$I \text{ attivazione} = \frac{\text{n. interventi attivati entro la data programmata}}{\text{n. interventi totali}} > 70\%$$

- *indicatore di accREDITAMENTO*, dà conto dell'accREDITAMENTO dell'intervento sotto i vari profili (strutturale, impiantistico, tecnologico ed organizzativo)

$$I \text{ accREDITAMENTO} = \frac{\text{n. interventi accREDITABILI}}{\text{n. interventi totali}} = 100\%$$

Gli indicatori di efficienza misurano il costo unitario degli interventi e forniscono indicazioni sul rapporto costo-benefici.

Un indicatore di efficienza che misura il costo unitario è il seguente:

- C_{uc} = costo unitario costruzione (€/mq)

Indicatori di efficienza che esprimono il rapporto costo benefici sono i seguenti:

- *Indicatore costo posto auto*, permette di quantificare il costo che viene sostenuto complessivamente per realizzare un posto auto.

$$\text{Cpa} = \frac{\text{costo complessivo posti auto}}{\text{n. posti auto}}$$

4.1.4 Definizione del sistema indicatori.

Vedi punto 4.1.1.

4.1.5 Fonti di verifica.

Dati ISTAT, dati pubblicazioni Servizio statistica regionale e dati reperibili dal monitoraggio sullo stato di avanzamento forniti dal soggetto attuatore.

4.2 Impatti del programma accettabilità sociale e valore aggiunto.

Gli interventi previsti nel programma sono stati inseriti nel programma delle grandi opere regionale a seguito della predisposizione di specifico studio di fattibilità che, tra l'altro, è stato oggetto di un referendum regionale tenutosi nel novembre del 2007.

Lo studio di fattibilità citato ha effettuato l'analisi economico-sociale sulla convenienza dell'operatore pubblico a realizzare un investimento attraverso la quantificazione economica dei costi e dei benefici, che la collettività nel suo insieme sostiene o di cui beneficia in seguito all'intervento. Dalla guida per la redazione degli studi di fattibilità del NUVV emerge come "l'analisi economica sia strutturalmente simile a quella finanziaria, ma debba tenere conto anche degli eventuali costi e benefici economici non derivanti dai costi e rientri finanziari, cioè di quelli esterni o indiretti. In sostanza, i concetti di benefici e costi dell'analisi economica hanno un significato più vasto di quelli di entrate e uscite dell'analisi finanziaria". Si rammenta che per "costi esterni" si intendono quei "costi sopportati da soggetti diversi da quello a cui compete la realizzazione o la gestione dell'opera. Si può, per esempio, trattare dei costi relativi ad opere collaterali all'intervento, ma necessarie per la sua funzionalità, di quelli connessi alle attività economiche indotte (ai quali corrisponderanno i relativi benefici esterni), dei costi "esterni al mercato", cioè relativi a beni e servizi non vendibili (per esempio, i costi sociali relativi alla salute, all'impiego del tempo, ecc.)".

Nella fattispecie, sono presi in considerazione tutti i benefici e i costi sociali derivanti all'intera società (in questo caso alla popolazione della Regione) dalla realizzazione del progetto. Oltre alle correzioni dei prezzi di mercato, utilizzati nell'analisi finanziaria, in questa analisi si prendono in considerazione anche gli effetti intangibili.

L'analisi sugli impatti della realizzazione della I fase del parcheggio a nord di Via Roma ha evidenziato criticità legate alla realizzazione dell'intervento in un'area della città di Aosta altamente urbanizzata ed una serie di importanti benefici qui di seguito elencati.

a) Spostamento dei flussi di origine e destinazione al parcheggio dalla già critica viabilità urbana (incrocio via Saint-Martin de Corléans – corso 26 febbraio – viale Ginevra) a quella più esterna (incrocio via Roma – via Parigi – viale Gran San Bernardo) a parità di prossimità del parcheggio all'ospedale;

b) Ampliamento dell'attuale disponibilità di parcheggio oltre 100 unità di posti auto in

coerenza con l'opportunità più generale, perseguita dal Comune di Aosta, di attestare la sosta sugli assi di attraversamento nord e sud della città, per disincentivare la penetrazione veicolare al centro città da queste due direzioni;

c) facilitazione delle decisioni in ordine alla eventuale pedonalizzazione di viale Ginevra (da via Roma a via Guedoz), in quanto i flussi veicolari relativi al parcheggio oltre che al nuovo pronto soccorso rimarrebbero attestati su via Roma senza interessare questo tratto;

d) fruizione unitaria del parcheggio in discorso con quello previsto alla base del nuovo corpo ospedaliero – resa possibile dal collegamento veicolare tra i due – con conseguenti vantaggi per gli utenti (ricerca del posto auto in un unico contesto) e per la gestione (che assumerebbe carattere unitario);

e) soppressione della necessità del parcheggio provvisorio in un contesto urbano logisticamente carente di possibilità di sua localizzazione, con eliminazione dei relativi costi;

L'analisi proposta qui di seguito verifica la convenienza economico-sociale dell'intero intervento di realizzazione del Presidio Unico Ospedaliero regionale a partire dal confronto con gli effetti derivanti dall'intervento con quelli che invece si avrebbero in assenza di intervento.

Si rammenta che le previsioni normative esplicitate nell'Obiettivo 27 del Piano per la Salute ed il Benessere sociale per il triennio 2006-2008 escludono l'ipotesi di mantenimento dell'attuale situazione di offerta di servizi tramite tre presidi, prescrivendo l'ammodernamento delle strutture ospedaliere mediante la concentrazione delle funzioni dedicate al trattamento delle acuzie in un unico presidio.

In una prima fase, sono stati esaminati i costi e i benefici interni al progetto, quali emersi principalmente dall'analisi finanziaria, successivamente sono stati individuati i costi e i benefici esterni. I passi seguiti sono stati:

- correzioni per la fiscalità;
- individuazione delle esternalità positive e negative;
- normalizzazione dei costi di investimento e di gestione a base dell'analisi finanziaria mediante opportuni fattori di conversione desunti da analoghi studi effettuati per investimenti in Valle d'Aosta. Questi fattori di conversione tengono in considerazione le correzioni per la fiscalità (trasferimenti) e per i costi intangibili;
- applicazione, ai flussi economici, di un tasso di sconto sociale pari al 6%.

I risultati delle analisi sono riportati di seguito sia come flussi in valore nominale (VN) sia come valori attualizzati netti economici (VANE).

Il primo passaggio dell'analisi economica consiste nella correzione degli aspetti fiscali. Tale correzione comporterà l'eliminazione dei trasferimenti fiscali effettuati durante l'investimento e la fase di gestione del Progetto. Per questo motivo, nel calcolo del rendimento economico, non si terrà conto delle imposte e dei sussidi, rispettivamente trasferimenti positivi e negativi per la Pubblica Amministrazione. Infatti, mentre dal punto di vista dell'investitore (cioè nell'analisi finanziaria) le imposte dirette e indirette rappresentano un'uscita, per l'intera società, sono semplicemente un trasferimento da un gruppo sociale ad un altro. Lo stesso vale per i sussidi e per tutti i trasferimenti, che distorcono i prezzi relativi. Tale depurazione dei trasferimenti avviene tramite l'applicazione di opportuni fattori di conversione, calcolati e desunti dai dati della contabilità nazionale, nel nostro caso della Regione della Valle d'Aosta,

applicati ai risultati dell'analisi finanziaria. Di seguito, la tabella propone una sintesi e un confronto nel caso di non intervento e nel caso di ampliamento:

Tabella n. 33

		TOT
	fattori di conversione	€/000
<i>Senza intervento</i>	Totale investimento (opere civili e impianti)	1,000 (36.000)
	Costi di gestione dei servizi	0,648 (195.178)
	Costi di manutenzione ordinaria	1,018 (56.001)
	Valore residuo	1,000 5.054
	Totale Flussi di cassa senza intervento	(287.179)
<i>Con intervento</i>	Totale investimento	cfr. cap. 1.3.6.3 (138.929)
	Costi di riconversione del Beauregard	1,000 (19.920)
	Costi di manutenzione straordinaria	1,0182 (8.146)
	Costi di gestione dei servizi	0,648 (195.178)
	Costi di manutenzione ordinaria	1,0182 (56.449)
	Costi di gestione e manutenzione del Beauregard	0,648 (32.923)
	Valore residuo	1,000 12.612
Totale flussi di cassa con intervento	(438.931)	
<i>Differenziale</i>	FLUSSO DI CASSA NETTO	(151.753)
	Δ VANE	(124.369)

Elaborazioni Sinloc su dati forniti da parte tecnica GDL

Nella situazione "senza intervento" il costo economico complessivo ammonta, in valore nominale, a 287 ml. di euro, mentre l'intervento di ampliamento risulta superiore di 150 milioni di euro in valori nominali, ossia di 124 milioni di euro in valori attuali netti economici.

Nel dettaglio i trasferimenti complessivi nella situazione "senza intervento" ammontano a 100 ml. di euro, a fronte dei 131 milioni con l'intervento. In termini di valore attualizzato netto economico, l'intervento genera 25 ml. di euro in più di trasferimenti.

Tabella n. 34

		€/000
<i>senza intervento</i>	Totale Flussi Finanziari	(387.146)
	Trasferimenti	99.968
	Totale Flussi Economici	(287.179)
<i>Con intervento</i>	Totale Flussi Finanziari	(569.861)
	Trasferimenti	130.929
	Totale Flussi Economici	(438.931)
<i>Differenziale</i>	Trasferimenti netti	30.962
	Δ VANE trasferimenti	25.082

Elaborazioni Sinloc su dati forniti da parte tecnica GDL

Per valutare la convenienza o meno a sostenere l'investimento per l'ampliamento del presidio di Viale Ginevra, occorre verificare in che misura l'intervento raggiunga l'obiettivo delle scelte pubbliche ossia la massimizzazione del benessere sociale. In altri termini, occorre valutare, se e in quale misura i benefici netti derivanti dall'intervento riescano a giustificare

nel senso di benefici per la collettività il VANE differenziale rispetto all'assenza di intervento (pari a un valore negativo di 124 ml. di euro).

Per raggiungere quest'obiettivo, sono state enucleate tutte quelle variabili ritenute maggiormente significative dal punto di vista economico e sociale, poiché sono quelle che influenzeranno maggiormente la sfera decisionale.

Il concetto di ospedale come ruolo nel sistema organizzativo dell'assistenza sanitaria e come luogo fisico dato dall'aggregazione di reparti e sezioni tra loro nettamente separati è cambiato, fino ad arrivare alla moderna concezione di organismo erogatore di servizi, con un'impostazione dipartimentale, che si pone ormai alla base dell'efficienza e dell'efficacia di ogni percorso clinico-assistenziale.

La scelta di realizzare l'ampliamento dell'ospedale si giustifica essenzialmente sulla necessità di mantenere e possibilmente di migliorare, attraverso gli opportuni adeguamenti, l'offerta sanitaria della Valle d'Aosta.

Questo significherebbe da un lato incrementare in maniera tangibile i livelli qualitativi dei servizi offerti, dall'altro realizzare importanti economie di scopo e di scala, razionalizzando l'intero sistema sanitario locale.

Inoltre, dalla scelta si evincerebbero le seguenti considerazioni, che giustificherebbero il costo incrementale per la realizzazione dell'intervento di ampliamento per la collettività:

- vi è la necessità di mantenere e possibilmente di migliorare l'offerta sanitaria ospedaliera nella consapevolezza che l'ospedale è percepito ancora, e rappresenta per i cittadini, il punto centrale del sistema di difesa della salute, pur in un maggior contesto di integrazione con il territorio;
- l'assistenza ospedaliera si è nel tempo evoluta e richiede nuovi contenuti (professionalità tecnica e comunicativa, tecnologie, specializzazioni in senso orizzontale più specifiche, servizi integrati, ecc.) e deve avere caratteristiche di maggiore flessibilità e diversificazione anche negli aspetti strutturali;
- il progetto, tramite l'unificazione e il raggruppamento delle acuzie in un unico presidio, permetterà di garantire e migliorare sia la continuità assistenziale, sia la qualità delle prestazioni;
- il progetto di ampliamento, nel suo impianto generale tiene conto di fattori "esterni" alla pura costruzione dell'ospedale, ed in particolare riorganizza i flussi in ingresso e uscita, migliorando in generale l'accoglienza del paziente attraverso una più opportuna separazione con riferimento alle seguenti principali tipologie di soggetti:
 - pazienti con urgenze;
 - utenti e visitatori;
 - personale interno;
 - operatori tecnico/logistici;
- il progetto affronta il tema della domanda di sosta generata dalla struttura, dotando la nuova struttura di un'adeguata area parcheggio per le distinte tipologie di utilizzatori; in particolare aumentando i parcheggi per il personale e quelli disponibili per il pubblico;
- la collocazione delle specialità di lungodegenza e di riabilitazione nel presidio Beauregard consentirebbe una gestione corretta di tali attività in un contesto dedicato e conforme alle particolari esigenze dei pazienti. Ma, nel contempo, permetterebbe al nuovo ospedale di svolgere completamente le sue funzioni di ospedale per acuti,

perché liberato dalla presenza di ricoveri inappropriati e, quindi, in grado di conseguire elevati livelli di efficienza. La nuova struttura potrà garantire la realizzazione di adeguate condizioni di affidabilità e di sicurezza ambientale anche per quanto riguarda i servizi generali, che potranno usufruire delle più moderne tecnologie impiantistiche;

- infine, l'ampliamento valorizza gli investimenti fino ad oggi effettuati per l'adeguamento normativo e per l'ammodernamento delle attuali strutture di viale Ginevra.

I punti innanzi elencati rappresentano i fattori principali, che permettono di giustificare il maggior costo economico, che andrebbe a gravare sulla società valdostana in seguito alla scelta della realizzazione dell'ampliamento della attuale struttura ospedaliera. In altri termini, il VANE differenziale negativo tra la situazione con e senza intervento può essere giustificato dal fatto che con l'ampliamento siamo di fronte ad un miglioramento della qualità dei servizi erogati ai pazienti nella struttura ammodernata rispetto alla attuale offerta (seppur migliorata), sia in senso quantitativo (maggior produttività possibile per le maggiori sinergie), sia in senso qualitativo (migliore accessibilità alla struttura in grado di garantire la privacy e la specializzazione degli accessi – fornitori, pazienti, famigliari; migliori condizioni di degenza per i pazienti e le famiglie per gli spazi più ampi; migliori condizioni di lavoro sia in termini di clima aziendale, sia in termini di spazi più ampi nelle aree di lavoro, sia in termini di integrazione dei servizi e di coordinamento).

La quantificazione dei benefici economici esterni può essere effettuata con differenti metodologie. Una di queste è la stima della disponibilità a pagare da parte della collettività. Nell'analisi, si è cercato di individuare l'incidenza unitaria del costo economico dell'intervento sulla collettività utilizzando differenti parametri e di capire, se la disponibilità a pagare il costo di un servizio qualitativamente migliore sia sostenibile. La tabella, che segue, mette in evidenza alcuni risultati ottenuti.

Tabella n. 35

DATI RIFERITI ALL'ANNO 2005	
Tasso di sconto	4,20%
Vita utile progetto (anni)	25
VANF	€ 149.450.054
VANE	€ 124.368.528
Rata annua	€ 8.130.250
Popolazione residenti	122.868
Degenza media (giorni)	8,06
Totale ricoveri + mobilità attiva (esclusa fuga)	20.702
Quanto un residente deve pagare per il servizio nel nuovo modello organizzativo (all'anno)	€ 66,17
Quanto un residente deve pagare per il servizio nel nuovo modello organizzativo (al giorno)	€ 0,18
Costo annuale in più per giornata uomo di degenza	€ 48,7

Elaborazioni Sinloc su fonti Ausl e Bilancio Ausl Aosta

Considerato che il VANE differenziale tra l'ipotesi con e quella senza intervento (negativo di 124 ml. di euro) rappresenta il valore attuale di un flusso di cassa annuale di costi economici, che ricadono sulla collettività, ipotizzando 25 anni di vita utile del progetto ed un tasso di sconto del 4,20%, rappresentativo del costo opportunità dell'indebitamento per le amministrazioni pubbliche nell'arco temporale di riferimento, si è ricostruito un flusso di cassa medio per l'intero periodo.

In altri termini, si è visto che la realizzazione dell'intervento determina, in media, un maggior costo sulla collettività di 8 milioni l'anno per 25 anni.

E' stato quindi calcolato:

- a. l'incidenza annuale e giornaliera del costo economico dell'intervento per residente: questo significa che se ciascun cittadino fosse disposto a pagare 66 euro l'anno o 18 centesimi al giorno, per 25 anni per avere i migliori servizi proposti dal progetto l'intervento sarebbe economicamente conveniente,
- b. l'incidenza del costo economico dell'intervento per giornata di degenza: ciò significa che l'investimento sarebbe conveniente da un punto di vista economico se ciascun paziente fosse disposto a pagare per giornata di degenza 48 euro all'anno incrementali;

Inoltre, analizzando la serie storica dei dati socio-economico-sanitari degli ultimi 3 anni è stato possibile riscontrare i risultati esposti nella seguente tabella:

Tabella n. 36

anni	numero ricoveri (esclusa fuga)	gg degenza	degenza media	costo della produzione ospedaliera (€)	costo ricovero (€)	costo giorno/degenza (€)	Δ costo ricovero (€)	Δ costo giorno di degenza (€)
2003	20.639	175.019	8,48	122.243.000	5.923	698	-	-
2004	20.601	168.516	8,18	125.405.000	6.087	744	164	46
2005	20.702	166.858	8,06	135.441.155	6.542	812	455	68
Variazione % (2005/2003)	0%	-5%	-5%	11%	10%	16%		
Variazione Media annua							310	57

Elaborazioni Sinloc

Sulla base delle evidenze della tabella è possibile effettuare le seguenti considerazioni:

1. il costo del ricovero (calcolato rapportando il costo della produzione al numero dei ricoverati), in assenza di intervento, è aumentato in media di € 310/anno;
2. il costo annuo incrementale per giorno di degenza, in assenza di intervento, in media è pari a € 57 (a fronte di un incremento di € 48 in ipotesi di intervento) ;
3. il maggior costo per ricovero è dovuto alla cresciuta complessità delle prestazioni e ai maggiori costi dei farmaci, degli investimenti e del personale sanitario (quest'ultimo, in particolare, ha visto un incremento dell'8% dal 2003 al 2005 dovuto soprattutto agli aumenti contrattuali del personale del Servizio sanitario nazionale (SSN));, in presenza di una riduzione delle giornate complessive di degenza;

4. la lenta diminuzione della degenza media del 5% dal 2003 al 2005 (passando da 8,5 a 8 giorni) non è stata seguita da una corrispondente diminuzione dei costi dei ricoveri; infatti, si è riscontrato un aumento del costo per giornata di degenza del 16% ed un incremento del costo per ricovero del 10%;
5. nonostante la riduzione della degenza media, che ha comportato una riduzione delle giornate di degenza totali del 5%, vi è stata una sostanziale stabilità del numero complessivo dei ricoveri.

Sulla base delle evidenze sopraesposte, si propone, di seguito, un modello di simulazione di andamento virtuoso del sistema sanitario, ipotizzabile a seguito dell'unificazione dei presidi.

La simulazione si basa sulle seguenti ipotesi:

- diminuzione della degenza media;
- aumento del numero dei ricoveri, generato anche dal recupero della mobilità passiva;
- limite del 3,5% dell'incremento annuo del costo di assistenza sanitaria;

Le prime due ipotesi sono assunte in funzione dell'atteso incremento di efficienza prodotto dall'intervento; la terza, in funzione delle attuali tendenze al contenimento della spesa pubblica.

Il modello di simulazione è proiettato nel 2016, anno di inizio della fase operativa del nuovo ospedale, e prende in considerazione un quinquennio. Si ipotizza una situazione di partenza allineata a quella registrata nel 2005. Ipotizzando, inoltre, una flessione di mezza giornata di degenza media per ogni anno successivo, e un aumento del numero dei ricoverati pari al 5% all'anno si dovrebbe verificare la situazione rappresentata nel seguente quadro:

Tabella n. 37

anni	numero ricoveri (esclusa fuga)	gg degenza	degenza media	costo della produzione ospedaliera (€)	costo ricovero (€)	costo giorno/degenza (€)	Δ costo ricovero (€)	Δ costo giorno di degenza (€)
2016	20.702	166.858	8,06	135.441.155	6.542	812	-	-
2017	21.737	163.028	7,5	140.181.595	6.449	860	-93	48
2018	22.824	159.768	7,0	145.087.951	6.357	908	-92	48
2019	23.965	155.773	6,5	150.166.029	6.266	964	-91	56
2020	25.163	150.980	6,0	155.421.840	6.177	1.029	-90	65
Variazioni % (2020/2016)	22%	-10%	-26%	15%	-6%	27%		
Variazione Media annua							-91	54

Elaborazioni Sinloc

In sostanza, la diminuzione del 26% della degenza media, in presenza di un contenimento della spesa nel limite del 3,5%, per un aumento complessivo del 15%, comporterebbe un corrispondente aumento del costo per giornata di degenza del 27% ed una diminuzione costante del costo unitario dei ricoveri fino al 6%, pari a € 91 all'anno. Ciò tenuto conto del fatto che la maggiore efficienza comporta, assieme alla contrazione del numero complessivo delle giornate di degenza, anche un aumento del numero dei ricoveri in misura pari al 22%.

Mettendo a confronto lo scenario attuale con quello prospettico, otteniamo i seguenti risultati:

Tabella n. 38

<i>Comparazione dei risultati</i>	Δ Costo medio annuo g ricovero	Δ Costo medio annuo g degenza
Scenario Base	310	56,6
Scenario simulato	-91	54,4
Differenza	-401	-2,2
Differenza %	-130%	-4%

Elaborazioni Sinloc

A regime, la maggiore efficienza dei processi produttivi e dell'erogazione dei servizi permetterebbe di ottenere non solo un azzeramento dell'incremento medio annuo del costo di ricovero, ma addirittura di ottenere dei risparmi, quantificabili complessivamente in € 401 all'anno. Tutto ciò avverrebbe a fronte di una sostanziale stabilità della variazione media annua del costo delle giornate di degenza (€ 57 nello scenario base contro € 54 nello scenario simulato).

Il maggior costo connesso all'intervento risulta, quindi, giustificato da un'offerta sanitaria in parte più efficiente e in parte qualitativamente, nonché quantitativamente, più elevata di quella che si otterrebbe tramite il mantenimento degli attuali standard sanitari. Occorre, infatti, precisare come l'intervento proposto aumenti in modo significativo l'offerta del numero dei posti a disposizione dei pazienti per un numero complessivo di 100 unità.

In virtù di queste valutazioni, è possibile presumere che il miglioramento e la razionalizzazione dei servizi sanitari mediante l'unificazione dei presidi, insieme alle considerazioni effettuate in precedenza per gli effetti interni ed esterni correlati all'intervento, la disponibilità a pagare da parte degli utenti ed in generale dei residenti della Valle d'Aosta sia tale da compensare il costo differenziale pari a 8 ml. annui in modo da rendere il VANE del progetto positivo.

Considerando, inoltre, il fatto che la Regione autonoma Valle d'Aosta è una delle regioni italiane che ha una maggiore mobilità passiva, è possibile concludere che:

- i futuri obiettivi sanitari, primo fra tutti quello di abbassare i giorni medi di degenza, potranno essere raggiunti solo con un completo programma di razionalizzazione, che parte dall'unificazione dei presidi;
- il miglioramento dell'efficienza della struttura porterebbe ad una diminuzione più marcata della degenza media che, a parità di condizioni, potrebbe tradursi in un aumento del numero dei ricoveri (che invece non riscontriamo nel caso della Valle d'Aosta);
- il contenimento della mobilità passiva attraverso una maggiore integrazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) potrebbe portare ad una riduzione della fuga a una maggiore produttività almeno per quelle patologie a normale contenuto di specializzazione.

Possiamo concludere che i risparmi finanziari, sommati ai benefici economici e sociali derivanti dall'intervento siano tali da giustificare il maggior costo derivante dall'intervento.

4.2.1 Health Technology Assessment.

Gli interventi oggetto del programma riguardano prevalentemente la realizzazione di interventi edilizi e la realizzazione delle attrezzature fisse. Dal punto di vista tecnologico

verrà potenziata la rete infrastrutturale e verranno sostanzialmente recuperate e valorizzate le risorse tecnologiche di cui il presidio è già dotato:

Tabella n. 39

sede	Tomoteparia	tomografo a risonanza magnetica	angiografo	TAC	mammografo	Ecografo	PET CT
Viale Ginevra	1	2	2	2		20	1
Beauregard					1	9	
Ex-Maternità							
Distretti Territoriali					1	4	
Totale	1	2	2	2	2	33	1

La programmazione per l'ammodernamento tecnologico dell'Azienda USL viene definita annualmente attraverso l'approvazione da parte della Giunta regionale di un piano triennale di investimenti il cui importo annuale ammonta mediamente ad euro 3.000.000,00

Annualmente circa il 20% dei fondi destinati all'Azienda Usl per il Piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisizione di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse vadano destinate in via prioritaria agli interventi di nuova edificazione e ristrutturazione.

Pertanto, si precisa che il programma in questione garantisce il rispetto dei limiti minimi di risorse da destinare all'ammodernamento tecnologico previsti dall'Intesa 23 marzo 2005, art. 10.

5 Sistemi di attuazione proposti.

5.1 Presupposti e sistemi di gestione del Programma.

Come detto in precedenza il Consiglio regionale della Valle d'Aosta, con deliberazioni n. 1718 del 11 gennaio 2006 e n. 3445 del 7 aprile 2008, ha approvato l'inclusione del programma in oggetto, rispettivamente nel "primo piano di interventi" e nel "programma delle opere" di rilevante interesse regionale di cui alla lr 17 agosto 2004, n. 21. La legge regionale citata disciplina in maniera puntuale le modalità di gestione, monitoraggio e controllo del programma da parte dell'Amministrazione regionale. Al fine di garantire la massima celerità nella realizzazione del programma la Regione con deliberazione della Giunta regionale n. 2161 del 31 luglio 2009 ha conferito incarico alla Finanziaria regionale "Finaosta spa" di costituire – ai sensi dell'art. 6 della lr n. 7/2006 – una società di scopo per la realizzazione del programma in oggetto controllata al 100% dalla stessa Regione.

Finaosta ha costituito – con atto notarile rep. n. 168014/53722 del 12 novembre 2009 – la società a responsabilità limitata, con unico socio, amministratore unico e ragione sociale "Complesso ospedaliero Umberto Parini s.r.l."

5.1.1 Presupposti organizzativi e finanziari.

In data 2 marzo 2010 è stata sottoscritta specifica convenzione per la realizzazione del programma tra Regione, società di scopo "Coup srl", Finaosta spa e Azienda Usl della Valle d'Aosta. Con la convenzione citata sono state messe a disposizione della società di scopo le risorse finanziarie necessarie.

La Convenzione citata agli artt. 3 e 4, che si riportano integralmente qui di seguito, definisce il circuito decisionale e finanziario del programma:

*Articolo 3
(Circuito decisionale)*

1. *Le principali decisioni da assumere ai fini dell'attuazione dell'intervento e delle altre opere richiamati all'art. 2, comma 1, riguardano:*
 - a) *il programma pluriennale e annuale di attività e di spesa relativo agli oneri di cui all'art. 2, comma 3, che indica, separatamente per ciascuna categoria di onere articolata in sottoinsiemi significativi:*
 - a.1) *gli impegni di spesa assunti da Coup nel periodo precedente l'anno di riferimento (se successivo al primo) e quelli da assumere in quest'ultimo e nel periodo ad esso successivo;*
 - a.2) *i pagamenti effettuati e gli oneri sostenuti da Coup nel periodo precedente l'anno di riferimento (se successivo al primo) e quelli da effettuare e da sostenere in quest'ultimo e in ciascuno dei due anni successivi nonché nel rimanente periodo;*
 - a.3) *la sintetica descrizione delle attività cui si riferiscono le grandezze finanziarie di cui in a.1) e a.2);*
 - b) *il progetto preliminare;*
 - c) *i progetti definitivo ed esecutivo;*
 - d) *l'aggiudicazione, l'esecuzione ed il collaudo dei lavori e delle forniture.*
2. *Il programma annuale e pluriennale di cui al comma 1, lett. a), è approvato da Coup (art. 8, comma 2, lett. a, statuto), previo conforme parere di Regione, contestualmente all'approvazione del bilancio d'esercizio di Coup. Per il 2010 la proposta di cui sopra è prodotta entro un mese dalla data di pubblicazione del Decreto del Presidente della Regione di cui alla lett. d) della premessa.*
3. *Il progetto preliminare di cui al comma 1, lett. b), è approvato da Regione (art. 5, comma 3, lr n. 21/2004) su proposta di Coup e corredata dell'esito della conferenza di servizi di cui al comma 2 del citato art. 5.*
4. *I progetti definitivo ed esecutivo di cui al comma 1, lett. c), sono approvati da Coup, con la procedura di cui all'art. 8, comma 2, lett. g.vii dello statuto, il primo previa acquisizione degli assensi di cui all'art. 6 della lr n. 21/2004, il secondo, previo parere di Ausl.*
5. *L'aggiudicazione, l'esecuzione ed il collaudo dei lavori e delle forniture di cui al comma 1, lett. d), sono curati da Coup per il tramite del responsabile unico del procedimento dalla stessa nominato.*
6. *Regione esprime il parere vincolante di cui al comma 2, sentita Ausl.*

7. *Il parere di cui al comma 6, oltre quelli necessari alla soluzione di problemi relativi alle fasi di cui ai commi 3, 4 e 5, sono espressi dai responsabili del procedimento di Regione e Ausl nell'ambito di riunioni convocate dall'amministratore unico di Coup e formalizzati nei corrispondenti verbali. In alternativa gli stessi pareri possono essere chiesti dall'amministratore unico di Coup al responsabile del procedimento di Regione e per il suo tramite a quello di Ausl mediante procedura scritta. In ogni caso Regione e Ausl si impegnano ad esprimersi entro venti giorni dalla richiesta scritta, scaduti i quali si applica il principio del "silenzio-assenso".*
8. *Le decisioni di cui ai commi precedenti sono adottate dagli organi e con le modalità fissate per ciascun soggetto giuridico contraente dalle rispettive norme legislative o statutarie. "*

Articolo 4
(Circuito finanziario)

1. *Regione si riconosce obbligata nei confronti di Coup alla integrale copertura dei costi e oneri per la realizzazione degli interventi descritti in premessa, meglio indicati alle lett. h.1) ed h.2) della premessa stessa.*
2. *Gli ulteriori stanziamenti, rispetto a quelli già determinati per ciascuno degli anni del primo triennio 2010/12 e richiamati alle lettere h.1) e h.2) della premessa, sono determinati per i trienni successivi con legge finanziaria regionale e legge di bilancio.*
3. *I versamenti a Coup delle somme di cui ai commi 1 e 2 sono effettuati con le seguenti modalità:*
 - a) *per gli appalti di lavori, servizi e forniture, in misura pari all'ammontare di ciascun certificato di pagamento o equipollente obbligazione di spesa nei confronti dei prestatori d'opera, incrementato della relativa IVA e di eventuali oneri accessori;*
 - b) *per le altre spese di investimento, in misura pari all'ammontare delle fatture liquidate da Coup, in quote di importo uguale o superiore a € 50.000,00;*
 - c) *per le spese di gestione:*
 - c.1) *un acconto, di importo pari all'80% dell'importo annuale di cui in h.2) della premessa, entro gennaio dell'anno di riferimento;*
 - c.2) *il saldo - comprensivo del fabbisogno necessario per il ripianamento dell'eventuale disavanzo di esercizio nei modi previsti dall'assemblea che ha approvato il bilancio - ad avvenuta approvazione del bilancio medesimo. L'eventuale eccedenza di acconto corrisposta rispetto alle risultanze finali di bilancio verrà imputata a decurtazione dell'acconto relativo all'esercizio successivo.*

5.1.2 Presupposti economici e sociali.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dell'opinione pubblica, si ricorda che lo studio di fattibilità del 2007 è stato oggetto di dibattito pubblico conclusosi con un referendum

popolare tenutosi nel mese di novembre 2007. E' intenzione dell'Amministrazione regionale continuare, con questo atteggiamento di condivisione e dialogo sul tema con opportuni momenti di incontri con i diversi soggetti portatori di interessi nelle loro varie forme (Comune di Aosta, l'Azienda USL, Consiglio regionale, forze sociali e culturali ecc.).

5.1.3 Qualità ed intensità delle relazioni con il partenariato.

Preliminarmente all'approvazione dello studio di fattibilità con Deliberazione della Giunta regionale è stato istituito un Gruppo tecnico di lavoro per valutare la possibilità di realizzare l'interventi attraverso la procedura del project financing. Dall'esito del lavoro del Gruppo è emerso che tale procedura non era facilmente percorribile in quanto l'opera in programma è definibile come "opera fredda" e quindi non particolarmente suscettibile di un ritorno economico da parte di un eventuale gestore privato.

5.2 Sistema monitoraggio del Programma.

In generale, il sistema di monitoraggio del programma si sviluppa attraverso l'approvazione del programma annuale da parte della soc. Coup srl. e che viene approvato dalla Regione in quanto committente dell'opera e socio unico della stessa società.

E' stato istituito inoltre un gruppo di lavoro che effettua un monitoraggio mensile delle attività di progettazione e realizzazione dell'opera.

Tutte le variazioni e le eventuali criticità riscontrate dalla Soc. Coup Srl in relazione all'attuazione degli investimenti vengono, inoltre, concordate e negoziate con l'azienda USL e la Regione al fine di verificare i risultati rispetto ai programmi annuali approvati e predisporre gli eventuali interventi correttivi per il riallineamento degli obiettivi di politica sanitaria e delle azioni intraprese.

Oltre ai programmi annuali lo strumento ufficiale deputato al monitoraggio del programma costituito dal bilancio di esercizio della soc. Coup srl

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

5.2.1 Monitoraggio finanziario

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

5.2.2 Monitoraggio fisico

Il Monitoraggio fisico viene effettuato mediante la verifica dei dati relativi al livello di realizzazione fisica dei singoli interventi:

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

5.2.3 Monitoraggio procedurale

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

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

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

APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

PRIMO ALLEGATO

C1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

C2 - ANALISI S.W.O.T.

C3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

C4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER
AUTOVALUTAZIONE

C.1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

LOGICA DI INTERVENTO		INDICATORI	FONTI DI VERIFICA
Obiettivi generali	unificazione e ammodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dell'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie - riduzione delle liste di attesa - risposta sempre più adeguata e al passo con i progressi scientifici - garanzia di sicurezza del paziente - garanzia di standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica di attuazione del piano per la salute e il benessere sociale 2011/2013 - relazione annuale azienda USL e bilancio sociale
Obiettivi specifici	Realizzazione di un parcheggio a nord di via Roma al fine di poter disporre dell'area ad est di Viale Ginevra	<ul style="list-style-type: none"> - aumento della disponibilità di posti auto dell'area ospedaliera; - miglioramento del traffico viario e dell'accessibilità al nosocomio; 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con gli standard minimi nazionali e regionali da parte del gruppo di lavoro di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione
	Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - adeguamento funzionale degli spazi e dei percorsi per consentire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con gli standard minimi nazionali e regionali da parte del gruppo di lavoro di commessa; - parere sulle varie fasi di progettazione;
	Adeguamento urbanistico	<ul style="list-style-type: none"> - integrazione della nuova struttura con il tessuto urbano esistente e il miglioramento dell'accessibilità e della sosta 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità urbanistica con specifica intesa con il Comune di Aosta; - parere sulle varie fasi di progettazione;
	Ammodernamento tecnologico	<ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di spazi che consentano di utilizzare soluzioni tecnologiche adeguate ed avanzate 	<ul style="list-style-type: none"> - verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione;

	Adeguamento normativo	-adeguamento normativo, compreso adeguamento antisismico ed antincendio anche ai fini dell'accREDITAMENTO	- verifica della commissione qualità ai fini dell'accREDITAMENTO; verifica della conformità con la programmazione regionale, di competenza del Gruppo di commessa - parere sulle varie fasi di progettazione;
Obiettivo operativo	Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero U. Parini	- Ultimazione lavori entro l'anno 2012 - Attivazione del parcheggio entro 2013	- monitoraggio regionale trimestrale - monitoraggio statale annuale (modulo C)

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

	S. Forza	W. Debolezza
interni	<p>Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale</p> <p>Condivisione del programma da parte della popolazione valdostana a seguito di referendum</p> <p>Costituzione di specifica società di scopo regionale per la realizzazione dell'intervento</p> <p>Realizzazione in tempi brevi di un'area di sosta limitrofa e collegabile con il presidio unico ampliato ed ammodernato</p>	<p>Intervento in un'area urbanizzata della città con particolari criticità derivanti dall'importante flusso viario concentrato nella zona.</p> <p>Difficoltà derivanti dalla necessità di intervenire su un'area di potenziale interesse archeologico</p>
	O. Opportunità	T. Rischi
esterni	<p>Garantire una sosta nell'area oggetto di intervento in sostituzione dell'attuale parcheggio ad est su cui verrà realizzato l'ampliamento</p> <p>Favorire un collegamento viario e pedonale tra il nuovo parcheggio e l'ampliamento previsto.</p> <p>Migliorare l'accesso e la sosta dell'area limitrofa all'ospedale collegabile con il centro città.</p>	<p>Possibile aumento dei tempi di realizzazione derivanti dalla complessità dell'opera da realizzare e di vincoli esterni sulle normative antincendio e sicurezza.</p> <p>Possibile aumento delle criticità nella gestione degli interventi da parte della ditta esecutrice dei lavori (rischio di impresa)</p>

C.3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

OBIETTIVI							INDICATORI	
	GENERALI		SPECIFICI	ENTE ATTUATORE	OPERATIVI INTERVENTI	CODICI	DESCR.	VALORE ATTESO
G1	unificazione e ammodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate	S1	Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie	Regione	Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero U. Parini	020.020000.G.015	Ultimazione lavori	2012
		S2	Adeguamento urbanistico	Regione			Attivazione del parcheggio	2013
		S3	Ammodernamento tecnologico	Regione				
		S4	Adeguamento normativo	Regione				

C.4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti

Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome

Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)

Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008)

Intesa del 5 ottobre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome (Patto sulla salute)

Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6);	Paragrafo 2.1. I fondi statali di cui al presente accordo sono interamente dedicati alla razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti attraverso la realizzazione di un Presidio unico a livello regionale.
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.a)	Paragrafo 1.2.1. Come indicato nell'accordo l'obiettivo è di realizzare un numero di posti letto per acuti e lungodegenza e riabilitazione inferiore al limite del 4 per mille della popolazione residente al momento dell'ultimazione lavori ed avvio della nuova struttura ampliata e unificata.

<p>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)</p> <p>4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.b)</p>	<p>Paragrafo 1.2.1. Nel documento è indicato con chiarezza l'obiettivo di aumentare sensibilmente i posti diurni e le attività ambulatoriali favorendo una riduzione dei ricoveri ordinari.</p> <p>Paragrafo 1.2.1.. Con la realizzazione del presidio unico ospedaliero che prevederà una riorganizzazione delle attività per intensità di cura ci si pone l'obiettivo di raggiungere un tasso di ospedalizzazione inferiore a 160 per 1000 abitanti</p>
<p>5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)</p>	<p>Tutte le risorse sono destinate ad interventi su ospedali per acuti con numero di posti letto superiori a 250</p>
<p>6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)</p> <p>Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)</p>	<p>Paragrafo 4.2.1. Annualmente circa il 20% dei fondi destinati all'Azienda Usl per il Piano degli investimenti viene utilizzato per l'acquisizione di beni mobili e tecnologie, con l'esplicita indicazione che tali risorse vadano destinate in via prioritaria agli interventi di nuova edificazione e ristrutturazione.</p>
<p>8.Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.g)</p> <p>9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)</p> <p>10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)</p> <p>11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art.4, lett.c)</p>	<p>Paragrafo 1.1.6. Premesso che gli interventi inseriti nel programma si riferiscono al Presidio ospedaliero per acuti, si precisa che in attuazione del Piano regionale per la salute ed il Benessere sociale 2011/2013 la Regione ha avviato con l'Azienda Usl percorsi diagnostici e terapeutici che integrano le attività ospedaliere con quelle territoriali. Lo stesso Piano ha incentivate forme aggregative delle attività territoriali esercitate nei n. 4 Distretti (ad es. medicina di gruppo ecc.) nonché ha attivato dal più di 3 anni un servizio di Assistenza domiciliare integrata che si integra con l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali extra ospedalieri (si citano ad es, i 1.100 posti letto disponibili presso le micro comunità per anziani).</p>
<p>12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)</p> <p>13. Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità</p> <p>14 Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)</p>	<p>Sono state avviate e attuate tutte le azioni per il contenimento delle liste di attesa , la cui situazione regionale è mediamente buona, con alcune criticità per alcune prestazioni specialistiche, su cui viene mantenuto il dovuto livello di attenzione e di intervento.</p>
<p>15 Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli</p>	<p>La Regione ha inserito i dati nel Sistema</p>

investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I.6.a.h dell'8/2/2006)	Osservatorio secondo quanto richiesto nel programma di avvio del Sistema
16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare	Come indicato nel Documento programmatico, le priorità indicate nelle disposizioni normative nazionali per l'utilizzo dei fondi statali trovano già una risposta soddisfacente nella situazione attuale e nel programma regionale degli investimenti

CORRELAZIONE DELL'ADP CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente (anni 2011/2013)	Legge regionale n. 34 del 25 ottobre 2010.
Piano Rete Ospedaliera (anni)	
Piano di rientro (per le Regioni interessate)	

CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI

PROGRAMMA	PERCENTUALI DI AVANZAMENTO FINANZIARIO	NOTE
Accordo di programma precedente	51%	Rimodulato intervento Triangolo
Programma AIDS e malattie infettive	No	No
Programma libera professione	10%	In fase di avvio gara
Programma materno infantile	No	No
Programma radioterapia	100%	Programma ultimato
Inchiesta sugli ospedali incompiuti	No	No

OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ADP

OBIETTIVI GENERALI DELL'ADP

OBIETTIVI	
1	unificazione e ammodernamento delle tre sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate

OBIETTIVI SPECIFICI DELL'ADP

OBIETTIVI

1.1	Adeguamento funzionale della rete ospedaliera al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sanitarie
1.2	Adeguamento urbanistico
1.3	Ammodernamento tecnologico
1.4	Adeguamento normativo

OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI
Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio Unico Ospedaliero di viale Ginevra	NO	Ultimazione lavori entro l'anno 2012 Attivazione Parcheggio entro 2013	

QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI ADP

ESERCIZIO FINANZIARIO	Stato	Regione	Aziende	Altri Enti	Privati	TOTALE
Anno 2012	12.290.480,12	899.519,88				13.190.000,00
	93,2%	6,8%	%	%	%	100%

PRESENZA NELL'ADP DI QUOTE DI FINANZIATO PER SPECIFICHE FINALITA'

LINEE DI FINANZIAMENTO CORRELATE	NUMERO INTERVENTI INTERESSATI	IMPORTO FINANZIAMENTI	NOTE
Programma art. 71 L 448 / 98	No		
Programma AIDS e malattie infettive	No		
Programma libera professione	No		
Programma materno infantile	No		
Programma radioterapia	No		
Programma cure palliative	No		
Programma INAIL	No		
Altro (es. Fondi Aree Sottoutilizzate)	No		

ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL'ADP PER TIPOLOGIE

CATEGORIE	N° INTERVENTI	LIVELLO DI PROGETTAZIONE
-----------	---------------	--------------------------

	PER CATEGORIA	Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova costruzione	1	1	1	1	1	1
Ristrutturazione						
Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
TOTALE	Totale 1	Totale 1	Totale 1	Totale 1	Totale 1	Totale 1

FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI

OBIETTIVO SPECIFICO (INTERVENTO)	N°INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENT O STATALE	FINANZIAMENT O REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)	NOTE
1	1	12.290.480,12	899.519,88		13.190.000,00	100%	
Totale	1	12.290.480,12	899.519,88		13.190.000,00	100%	

FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE

	N°INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENT O STATALE	FINANZIAMENT O REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)	NOTE
Ospedali (prima fase)	1	12.290.480,12	899.519,88		13.190.000,00	100%	
Assistenza territoriale							
Assistenza residenziale							
Sistemi informatici							

Apparecchiature							
Altro							
Totale	1	12.290.480,12	899.519,88		13.190.000,00	100%	

FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

	N°INTERVENTI PER TIPOLOGIA	Finanziamento Statale	Finanziamento Regionale	Altri Finanziamenti	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)	NOTE
a)Nuova costruzione							
b)Ristrutturaz.							
c)Restauro							
d)Manutenzione							
e)Completamento							
f)Acq. immobili	1	12.290.480,12	899.519,88		13.190.000,00	100%	
g)Acq. attrezzature							

VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

PRESENZA
ASSENZA

P- A

EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI

A1 Quadro demografico della Regione	P	Paragrafo 1.1.2
A2 Quadro nosografico della Regione	P	Paragrafo 1.1.1
A.3 Quadro della mobilità passiva intra ed extra regionale	P	Paragrafo 1.1.5
A. 4 Analisi della domanda di prestazioni sanitarie	P	Paragrafo 1.1.4
A.5 Analisi dell'offerta	P	Paragrafo 1.1.6
A.6 Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici- terapeutici	P	Paragrafo 1.1.7

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE
(Dati 2008)

	DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti			
pubblici	3,65	3,66	
privati			
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti			
pubblici	0,5	0,63	
privati			
Tasso di ospedalizzazione per acuti (esclusa fuga)	150,71	150	
Mobilità passiva per acuti (indice di fuga)	20,2	7,39	
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti	1,35	8,26	
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata	67,8	81	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti:			L'intervento riguarda esclusivamente strutture ospedaliere
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			

ANALISI DELL'OFFERTA PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	Si, l'intervento prevede l'unificazione delle tre sedi ospedaliere esistenti
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	Si potenziamento del P.O. di viale Ginevra
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	Si, è' prevista la riconversione del Beauregard in lungodegenza e riabilitazione
Raggiungimento di 250 p.l. per acuti o 120 p.l. per lungodegenza e riabilitazione	Si
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 p.l. per acuti o 120 p.l. per lungodegenza e riabilitazione	Si
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	3
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 ab.	6
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti:	3
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	2,5

ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECNOLOGIE

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE	OFFERTA PREVISTA	DATO NAZIONALE
TAC	15,60	31,20	25,3
RMN	15,60	23,40	13,5

ACCELERATORE LINEARE (TOMOTERAPIA)	7,8	7,8	4,6
GAMMA CAMERA			

** numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti*

SECONDO ALLEGATO: DOCUMENTI INTEGRATIVI

ARTICOLATO

ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI:

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 67/88

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI

ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

**IL MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE E
REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**

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

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 67/88

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

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

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

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

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

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

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

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

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTI gli Accordi di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritti dal Ministero della Salute e dalla Regione Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome in data il 18 aprile 2001, per un importo a carico dello Stato di euro 27.328.591,57 e in data 13 gennaio 2005, per un importo a carico dello Stato 4.131.655,00;

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

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

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

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 aprile 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 170 del 24 luglio 2007, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art. 1, commi 310, 311 e 312 della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266 e la revoca degli impegni di spesa corrispondenti agli interventi non richiesti nei tempi prescritti, pari ad € 2.019.320,00 a valere sull'Accordo di programma sottoscritto il 13 gennaio 2005;

CONSIDERATO che con nota n. 6679 del 20 marzo 2007 il Ministero della salute ha comunicato alla Regione Autonoma della Valle d'Aosta che in applicazione dell'articolo 1, comma 310, della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266 si intende risolto l'Accordo di programma del 18 aprile 2007 limitatamente all'impegno si spesa € 4.132.172,00 per un intervento non aggiudicato nei tempi previsti;

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

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

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

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, ex art. 5 bis del d.lgs. n. 502/1992, sottoscritto il 22 aprile 2008 dal Ministero della salute e dalla Regione autonoma Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, per un importo a carico dello Stato di euro 6.151.492,00

VISTA la delibera CIPE 4/2008 relativa al riparto delle risorse finanziarie previste dall'Art. 20 L. 67/1988, stanziata dalla Legge Finanziaria 2007 che ha assegnato alla Regione autonoma Valle d'Aosta un finanziamento aggiuntivo pari ad € 5.608.113,72;

VISTA la delibera CIPE 98/2008 relativa al riparto delle risorse finanziarie previste dall'Art. 20 L. 67/1988, stanziata dalla Legge Finanziaria 2008 che ha assegnato alla Regione autonoma Valle d'Aosta un finanziamento aggiuntivo pari ad € 6.682.366,40;

VISTA la DGR n. 1161 del 1° giugno 2012 concernente l'approvazione del nuovo accordo di programma ex art. 20 della legge 67/1988 per la realizzazione di interventi funzionali al Presidio Ospedaliero di Aosta per un importo a carico dello Stato di € 12.290.480,12;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari almeno al 15 % delle risorse, è destinata al potenziamento e ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188 della legge n. 311 del 2004;

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

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20

della legge 67/1988 prima fase, caratterizzato dal totale impegno delle risorse finanziarie previste, come rappresentato agli atti dei Ministeri competenti;

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

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Autonoma della Valle d'Aosta

**STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA**

**Articolo 1
(Finalità ed obiettivi)**

1. Il presente Accordo di programma, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/67691, è finalizzato alla riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta attraverso la realizzazione prioritaria di un parcheggio a nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero U. Parini.
2. L'Accordo è costituito da n. 1 intervento facenti parte del programma della Regione per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 dettagliatamente illustrato nella scheda tecnica allegata che costituisce parte integrante del presente accordo e che reca, per l'intervento in oggetto, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, le fonti di copertura e l'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.

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

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:
 - per il Ministero della salute: Dott. Filippo Palumbo, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema
 - per il Ministero della economia e delle finanze: Dr.ssa Barbara Filippi, Dirigente del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
 - per la Regione Autonoma Valle d'Aosta: Dott. Marco Ottonello Dirigente del Servizio Risorse dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria

competenza, si impegnano a:

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

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. Il costo complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a 13.190.000,00 di cui: euro 12.290.480,12 a carico dello Stato ed euro 899.519,88 a carico della Regione (7 %). Il piano finanziario, per esercizio 2012, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate al precedente art. 1, comma 2, è quello di seguito riportato:

INTERVENTI	STATO L. n. 67/1988	REGIONE	TOTALE
REALIZZAZIONE PARCHEGGIO NORD VIA ROMA A SERVIZIO DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO U. PARINI (PRIMA FASE)	12.290.480,12	899.519,88	13.190.000,00
TOTALE	12.290.480,12	899.519,88	13.190.000,00

2. L'importo a carico dello Stato ex art. 20, di cui al comma 1 per un valore di euro 12.290.480,12, rappresenta la quota delle risorse assegnate alla Regione dalle delibere CIPE n. 4/2008 e n. 98/2008;
3. In attuazione degli interventi suddetti la Regione Valle d'Aosta, dopo l'ammissione a finanziamento dei medesimi interventi da parte del Ministero della salute, potrà iscrivere a bilancio le somme a carico dello Stato necessarie per la realizzazione degli interventi.
5. Per l'ammissione a finanziamento dei progetti appaltabili, nei limiti delle risorse disponibili nell'anno, si seguirà il criterio cronologico di acquisizione, presso il Ministero della salute, delle richieste di finanziamento presentate dalle regioni, con le modalità indicate dal successivo art. 5.
6. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

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

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

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

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

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

Articolo 7

(Ricognizione del patrimonio immobiliare e rinnovo delle tecnologie)

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

Articolo 8

(Indicatori)

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

Articolo 9

(Opere da completare)

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

Articolo 10

(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

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

3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell' Accordo, di cui al successivo art. 10. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo
5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 5 bis, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1 commi 310 e 311 legge 23 dicembre 2005 n. 266, in caso di criticità riscontrate nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della regione Valle d'Aosta al fine di rimuovere le cause di tali criticità e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 11

(Soggetto responsabile dell'Accordo)

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

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

Articolo 12

(Soggetto responsabile dell'intervento)

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

Articolo 13
(Disposizioni generali)

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

Per:

Il Ministero della salute

Il Ministero dell'economia e delle finanze

La Regione

Roma,