



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE ABRUZZO

PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI IN EDILIZIA E TECNOLOGIE SANITARIE EX ART. 20 - LEGGE 67/88 - Documento Programmatico

Regione Abruzzo

RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

Identificazione dell'accordo

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

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

All'interno di tale contesto, si inserisce il presente Accordo, che ha per oggetto la realizzazione di tre nuovi presidi ospedalieri (P.O.) di Avezzano, Lanciano e Vasto e di una Centrale Operativa del 118, con relativo Hangar ed eliporto.

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

Tabella 1 Quadro Finanziario riassuntivo (Fonte: Elaborazioni interne)

Sintesi quadro finanziario interventi	
Quadro finanziario	Risorse
Accordi di programma (delibera cipe n. 52/98)	€ 228.522.755
Accordi di programma (delibera cipe n. 51/2019)	€ 89.553.634
Totale risorse per accordi di programma da sottoscrivere	€ 318.076.389
Contributo della Regione Emilia-Romagna alla ASL1	€ 2.100.000
Contributo Bankitalia	€ 1.984.000
Totale risorse	€ 322.160.389

Tabella 2 Quadro finanziario dettagliato per interventi (Fonte: Elaborazioni interne)

Quadro finanziario degli interventi per tipologia							
N. interventi	ASL	Tipologia di intervento	Localizzazione	Titolo e finalità del progetto	PL nuova proposta (acuti) DO+DH	Importo complessivo intervento (€)	Altri finanziamenti (€)
1	ASL 1	Presidio Ospedaliero	Avezzano	Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	245	103.881.898	
2	ASL 1	Presidio Ospedaliero	L'Aquila	Realizzazione Centrale Operativa 118, Hangar, eliporto e parcheggio adiacente	na	8.314.000	4.084.000
3	ASL 2	Presidio Ospedaliero	Lanciano	Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	286	96.660.000	
4	ASL 2	Presidio Ospedaliero	Vasto	Nuova costruzione del P.O. di Vasto	225	111.103.796	
Totale					756	319.959.694	4.084.000

Tabella 3 Quadro finanziario per tipologia di finanziamento

Quadro finanziario per tipologia di finanziamento	
Finanziamenti	Importi
Finanziamento statale (95%)	€ 300.081.909
Finanziamento regionale (5%)	€ 15.793.785
Altri finanziamenti	€ 4.084.000
Totale	€ 319.959.694

Sintesi del raccordo con il passato

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

- **AdP stralcio 2004:** sottoscritto in data 14/10/2004 concernente il “potenziamento delle dotazioni tecnologiche di alcune strutture ospedaliere e territoriali, nonché la realizzazione di interventi prioritari in materia di ristrutturazione per la messa a norma e il completamento di alcuni presidi”, con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di 32 interventi prioritari a stralcio dell'intero programma deliberato dal Consiglio regionale con il citato provvedimento n. 69/6 del 26.06.04, il cui importo è pari a € 35.244.307,88, di cui a carico dello Stato € 30.280.964,94;
- **AdP integrativo dello stralcio 2004:** sottoscritto in data 31/07/2007 concernente la “realizzazione di alcuni interventi per la riqualificazione dei settori nevralgici - cardiologia e cardiocirurgia e i settori dell'emergenza - urgenza - dei presidi ospedalieri maggiori ed il potenziamento dei servizi sanitari territoriali presso i distretti e poliambulatori”, con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di n. 13 interventi il cui importo è pari a € 27.440.341,61, di cui a carico dello Stato 23.401.492,08;
- **AdP 2° stralcio:** sottoscritto in data 15/05/2008 concernente la “riqualificazione e il potenziamento tecnologico dei servizi sanitari regionali attraverso interventi sui presidi di riferimento aziendale nonché sui distretti sanitari, RSA e strutture territoriali nelle diverse province”, con il quale è stata accordata la copertura finanziaria ad un elenco di n. 17 interventi il cui importo è pari a € 90.768.876,56, di cui a carico dello Stato € 67.503.411,04.

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

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

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

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

Tabella 4 Scheda riassuntiva AdP precedenti (Fonte: Elaborazioni interne)

Linee di finanziamenti	Ammessi a finanziamento (Quota a carico dello Stato)	Utilizzati	Residui	% di utilizzo delle risorse
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP Stralcio 2004 (14/10/2004)	28.735.466,94	25.608.494,11	3.126.972,83	89,12%
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP Integrativo dello stralcio 2004 (26/07/2007)	21.661.208,45	18.367.060,68	3.294.147,77	84,79%
ART.20 L. 67/88 - 2° Fase - AdP 2° Stralcio Rimodulato (09/08/2010)	70.473.185,49	22.757.651,63	47.715.533,86	32,29%
Totale	120.869.860,88	66.733.206,42	54.136.654,46	55,21%

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

N	ASL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Altro Cofinanziamento o ASL	Ammissione al finanziamento	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL			
				95% Stato	5% Regione				
2	Avezzano/Sulmona	Messa a norma quartiere operatorio	2.848.776,26	2.435.703,70	128.194,93	284.877,63		24/05/2006	100,00%
3	Avezzano/Sulmona	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi nonché adeguamento ai requisiti del DPR 14.1.1997 n.37 del blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Sulmona	2.326.476,08	1.989.137,05	104.691,42	232.647,61		19/03/2007	0,00%
4	Chieti	Completamento DSB con annesso poliambulatorio	450.700,97	385.349,33	20.281,54	45.070,10		07/06/2006	92,58%
5	Chieti	Completamento DBS Miglianico	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	92,40%
6	Chieti	Completamento DBS Tollo	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		07/06/2006	100,00%
7	Chieti	Completamento DBS Orsogna	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	100,00%
8	Chieti	Completamento DBS Ortona	154.937,07	132.471,19	6.972,17	15.493,71		24/05/2006	31,62%
9	Chieti	Potenziamento di funzioni e servizi	468.447,00	400.522,19	21.080,12	46.844,70		24/05/2006	100,00%
10	Chieti	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Ortona e Guardiagrele	2.456.500,00	2.100.307,50	110.542,50	245.650,00		24/05/2006	100,00%
11	Chieti	Ristrutturazione, Adeguamento e messa a norma	1.381.522,20	1.181.201,48	62.168,50	138.152,22		24/05/2006	97,92%
12	Lanciano/Vasto	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi della rete territoriale delle strutture della AUSL di Lanciano/Vasto (DD, SS.BB. Di Castiglione M.M., Torricella Peligna, S. Salvo e Gissi)	286.080,02	244.598,42	12.873,60	28.608,00		24/05/2006	34,40%
13	Lanciano/Vasto	Completamento DSB	1.809.330,55	1.546.977,62	81.419,87	180.933,06		24/05/2006	100,00%
14	Lanciano/Vasto	Sistemazione Locali adibiti a servizi	121.240,00	103.660,20	5.455,80	12.124,00		24/05/2006	100,00%
15	Lanciano/Vasto	Adeguamento a norme antincendio	338.293,47	289.240,91	15.223,21	33.829,35		24/05/2006	100,00%
16	Lanciano/Vasto	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Lanciano, Atesa, Casoli e Gissi	2.548.864,84	2.179.279,44	114.698,92	254.886,48		24/05/2006	100,00%
17	L'Aquila	Completamento DSB	516.456,90	441.570,65	23.240,56	51.645,69		23/11/2005	57,17%
19	L'Aquila	Sistemazione Locali adibiti a servizi	1.032.913,80	883.141,30	46.481,12	103.291,38		24/05/2006	89,75%
20	L'Aquila	Realizzazione Eliporto per Servizio del 118 e Sistemazione Accessi Stradali in Sicurezza	929.622,42	794.827,17	41.833,01	92.962,24		23/11/2005	96,10%
21	Pescara	Adeguamento antincendio	361.519,82	309.099,45	16.268,39	36.151,98		09/03/2006	100,00%
22	Pescara	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Penne e Popoli	1.221.712,65	1.044.564,31	54.977,07	122.171,27		11/04/2006	100,00%
23	Pescara	Ristrutturazione reparto di Neonatologia	1.057.538,63	640.277,44	33.698,81	74.886,25	308.676,13	31/10/2006	48,27%
24	Pescara	Ristrutturazione Materno-Infantile	3.346.640,71	2.861.377,81	150.598,83	334.664,07		24/05/2006	96,55%
25	Pescara	Dotazione Apparecchiature e Arredi Polo Sanitario di Picciano	258.228,44	220.785,32	11.620,28	25.822,84		19/03/2007	62,36%
26	Pescara	Polo Sanitario Adeguamento	1.032.913,79	883.141,29	46.481,12	103.291,38		09/03/2006	100,00%
27	Teramo	Completamento 2 RSA di Casaleana	568.102,59	485.727,71	25.564,62	56.810,26		16/02/2006	100,00%
28	Teramo	Potenziamento ed adeguamento della dotazione tecnologica e degli arredi dei presidi ospedalieri di Teramo e Atri	3.169.074,78	2.709.558,94	142.608,37	316.907,48		24/03/2006	100,00%
29	Teramo	Ristrutturazione, Adeguamento e messa a norma	2.552.741,39	2.182.593,89	114.873,36	255.274,14		16/02/2006	100,00%
30	Teramo	Interventi di messa a norma vecchio P.O. di Giulianova	493.706,97	422.119,46	22.216,81	49.370,70		20/12/2005	100,00%
31	Regione Abruzzo	Realizzazione di una nuova rete di radiocollegamenti	1.290.000,00	1.225.500,00	64.500,00			06/09/2005	100,00%
32	Regione Abruzzo	Acquisto di attrezzature informatiche	258.228,45	245.317,03	12.911,42			06/09/2005	100,00%
		Totale	33.745.384,01	28.735.466,94	1.512.392,99	3.188.847,94	308.676,13		89,12%

Tabella 6 Scheda riassuntiva AdP stralcio integrativo 2004 degli interventi ammessi a finanziamento.
(Fonte: elaborazioni interne)

N	ASL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Ammission e al finanziamen to	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL		
				95% Stato	5% Regione			
1	Avezzano/ Sulmona	Adeguamento e messa a norma dell'ex Centro Polio da adibire a Centro Ambulatoriale di Riabilitazione	258.228,45	220.785,32	11.620,28	25.822,85	19/02/2009	93,94%
2	Avezzano/ Sulmona	Completamento arredi ed attrezzature per nuovo Blocco Operatorio	1.291.228,80	1.104.000,62	58.105,30	129.122,88	13/01/2009	100,00%
3	Avezzano/ Sulmona	Ristrutturazione Pronto Soccorso ed Attivazione posti letto tecnici	1.316.456,90	1.125.570,65	59.240,56	131.645,69	19/02/2009	99,74%
4	Chieti	Completamento Dipartimento di cardiologia e cardiocirurgia	12.136.737,13	10.376.910,25	546.153,17	1.213.673,71	16/06/2008	100,00%
5	Lanciano/ Vasto	Ristrutturazione ed Ampliamento del Servizio di Pronto Soccorso	1.328.284,00	1.135.682,82	59.772,78	132.828,40	22/10/2008	92,50%
8	Pescara	Completamento DSB di Scarfa	258.228,44	220.785,32	11.620,28	25.822,84	22/10/2008	61,52%
9	Pescara	Realizzazione DSB con annesso Poliambulatorio	1.252.407,98	1.070.808,82	56.358,36	125.240,80	20/04/2009	100,00%
10	Pescara	Ristrutturazione Reparti di Rianimazione e Anestesia	3.000.000,00	2.565.000,00	135.000,00	300.000,00	22/10/2008	94,48%
11	Pescara	Nuovo Pronto Soccorso	2.840.512,94	2.428.638,56	127.823,08	284.051,29	22/10/2008	0,00%
12	Teramo	Realizzazione di un D.H. e Poliambulatorio	723.039,66	618.198,91	32.536,78	72.303,97	28/07/2008	100,00%
13	Teramo	Potenziamento della dotazione tecnologica e degli arredi della rete territoriale delle strutture della AUSL di Teramo (RSA di Castilenti e Centro di riabilitazione di Colonnella)	929.622,42	794.827,17	41.833,01	92.962,24	20/04/2009	49,12%
		Totale	25.334.746,72	21.661.208,44	1.140.063,60	2.533.474,67		84,79%

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

N	ASL	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento	Copertura finanziaria 2004			Altro Cofinanziamento ASL	Ammission e al finanziame nto	% utilizzo delle risorse
				Art. 20 L. 67/88		Cofinanziamento 10% ASL			
				95% Stato	5% Regione				
1	L'Aquila	Lavori urgentissimi per il ripristino strutturale e funzionale dell'Ospedale Civile "San Salvatore" di L'Aquila	12.197.703,28	10.429.036,30	548.896,65	1.219.770,33		27/01/2011	100,00%
2_1	L'Aquila	Realizzazione del nuovo reparto di Anatomia Patologica ed altri servizi sanitari presso l'Edificio 10 del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" di L'Aquila	3.900.000,00	3.334.500,00	175.500,00	390.000,00		07/09/2011	65,70%
2_2	L'Aquila	Interventi di ripristino, riparazione, riorganizzazione funzionale e adeguamento antincendio dell'Edificio Delta 8 del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" di L'Aquila	6.200.000,00	5.301.000,00	279.000,00	620.000,00		07/09/2011	40,97%
2_3	L'Aquila	Interventi di riparazione e ripristino di alcuni edifici del Presidio Ospedaliero del "San Salvatore" di L'Aquila	12.755.000,00	10.905.525,00	573.975,00	1.275.500,00			0,00%
3	Teramo	Adeguamento a norma, messa in sicurezza e Potenziamento del P.O. "Mazzini" di Teramo	19.584.876,43	16.862.018,43	887.474,65	1.835.383,35		04/04/2011	30,89%
4	Pescara	Ristrutturazione del P.O. "Spirito Santo" di Pescara	14.772.659,26	12.630.623,67	664.769,67	1.477.265,93			0,00%
5	Chieti	Ristrutturazione e acquisto arredi ed attrezzature R.S.A. di Ortona e D.S.B. di Guardiagrele (CH)	526.931,35	450.526,30	23.711,91	52.693,14			0,00%
6	Teramo	Completamento RSA in località Casale di Teramo	1.554.535,27	1.329.127,66	69.954,09	155.453,53		04/04/2011	23,46%
7	Pescara	Potenziamento del DSB - POL di Montesilvano	619.748,28	529.884,78	27.888,67	61.974,83			88,80%
8	L'Aquila	Ristrutturazione dei locali ex ONPI per la realizzazione di una R.S.A. a L'Aquila	2.110.000,00	1.545.497,27	81.341,96	180.759,92	302.400,85	11/11/2011	100,00%
9	Teramo	Adeguamento a norma e messa in sicurezza e Potenziamento del P.O. "S. Liberatore" di Atri	2.668.942,78	2.281.946,08	120.102,43	266.894,28		04/04/2011	0,00%
10	Lanciano/Vasto	Adeguamento a norma e messa in sicurezza e Potenziamento del P.O. "Renzetti" di Lanciano	2.700.000,00	2.308.500,00	121.500,00	270.000,00		23/01/2013	65,01%
11	Avezzano/Sulmona	Adeguamento a norma e messa in sicurezza del P.O. "S.S. Filippo e Nicola" di Avezzano	3.000.000,00	2.565.000,00	135.000,00	300.000,00		07/09/2011	29,59%
		Totale	82.590.396,65	70.473.185,49	3.709.115,03	8.105.695,31	302.400,85		32,29%

Definizione degli obiettivi dell'AdP

Per dare risposte adeguate all'emergere di bisogni sanitari sempre più diversificati la Regione Abruzzo ha intrapreso da tempo un progressivo e costante processo di innovazione e di riorganizzazione del proprio sistema sanitario.

L'obiettivo generale a cui concorrono gli interventi del seguente Accordo di Programma è consolidare un sistema sanitario regionale che deve prioritariamente:

- mantenere un sistema universale e solidale per garantire equo accesso ai servizi;
- proseguire il processo di innovazione e qualificazione del Welfare;
- soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità;
- rinnovare seguendo il modello di sviluppo sostenibile sotto il profilo economico-finanziario e ambientale quale elemento cardine di tutti gli interventi che riguardano la realizzazione di opere, applicando, in particolare:
 - i Criteri Ambientali Minimi (CAM) per lo "Affidamento di servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici" approvato con DM 11 ottobre 2017, per quanto concerne la sostenibilità ambientale;

- le Norme Tecniche per le Costruzioni (NTC 2018) approvate con DM 17 gennaio 2018, per quanto riguarda la sicurezza antisismica.

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

Obiettivi generali

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

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

Obiettivi specifici

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

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

Sintesi della coerenza interna

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

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

Sintesi della coerenza esterna

L'insieme degli interventi di questo Programma si inserisce nel più ampio contesto delle indicazioni normative nazionali e regionali per il perseguimento degli obiettivi strategici e delle azioni settoriali.

In particolare, il Programma riscontra la sua coerenza con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" le cui indicazioni sono state recepite ed è stato dato loro seguito attraverso i dispositivi della DGR 462/c del 20 luglio 2021: " Attuazione del dm 2 aprile 2015, n. 70 - Reingegnerizzazione della governance sanitaria - rete ospedaliera ".

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

Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale

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

- D.Lgs. 95/12 - convertito in L. 135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending review*);
- DM 70/2015 che ha previsto i nuovi obiettivi di programmazione della rete ospedaliera;
- DGR 462/C del 20/07/2021 recante ad oggetto la D.L.R. "Attuazione del DM 2 Aprile 2015, n.70 - Reingegnerizzazione della governance sanitaria - rete ospedaliera"
- Art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni che, al fine di semplificare le procedure per la realizzazione degli interventi ex art. 20 L. 67/1988, ha previsto la possibilità di stipula di Accordi di Programma tra il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze e le Regioni interessate, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;
- Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002, sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;

- 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;
- 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;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Legge finanziaria 2010), che incrementa di € 720.000.000,00 le risorse da destinare al Programma ex art. 20 L. 67/1988;
- Legge 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019), che incrementa di € 3.975.000.000,00 le risorse da destinare alla prosecuzione del Programma ex art. 20 L. 67/1988;
- La delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 che approva il riparto delle risorse stanziare dalla finanziaria 2010 e 2019 assegnando alla Regione Abruzzo per investimenti in conto capitale complessivamente € 89.553.634,33;
- Legge di stabilità 2018 (Legge 205 del 27 dicembre 2017) che ha modificato l'art. 1 comma 310 della L. 266/2005 allungando i tempi previsti per l'ammissione a finanziamento e aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88;
- Art. 4 quinquies "Misure per l'accelerazione degli interventi di edilizia sanitaria" del Decreto Legge 18 aprile 2019 n. 32, coordinato con legge di conversione 14 giugno 2019, n. 55 (cd. Sblocca-cantieri), che va a modificare ulteriormente i termini temporali per l'ammissione a finanziamento e l'aggiudicazione degli interventi previsti in Accordi di Programma ex art. 20 L. 67/1988.

Contenuti minimi di uno studio di fattibilità secondo il codice degli appalti

Il Decreto Presidente della Repubblica n. 207 del 2010, superato in alcune sue parti ed integrato in altre dal Decreto Legislativo n. 50 del 2016, definisce i requisiti minimi che uno studio di fattibilità deve contenere all'art. 14 "Studio di fattibilità" della Sezione I del Capo I del Titolo II - Progettazione e verifica del progetto.

Lo studio di fattibilità deve essere composto da vari documenti, in particolare si deve comporre di:

- Una **relazione illustrativa generale** contenente: (a) l'inquadramento territoriale e socio-economico dell'area oggetto dell'intervento; (b) l'analisi della domanda e dell'offerta attuale e di previsione; (c) l'analisi delle alternative progettuali; (d) lo studio dell'impatto ambientale riferito alla soluzione progettuale individuata e alle possibili soluzioni alternative;
- Una **relazione tecnica** contenente: (a) le caratteristiche funzionali e tecniche dei lavori da realizzare; (b) una descrizione della sostenibilità ambientale e della compatibilità paesaggistica dell'intervento, dei requisiti dell'opera da progettare, delle caratteristiche e dei collegamenti con il contesto nel quale l'intervento si inserisce nonché delle misure idonee a salvaguardare la tutela ambientale i valori culturali e paesaggistici; (c) analisi sommaria delle tecniche costruttive e indicazione delle norme tecniche da applicare; (d) il cronoprogramma; (e) stima sommaria dell'intervento¹;
- Gli **elaborati progettuali** stabiliti dal responsabile del procedimento tra quelli previsti dall'articolo 21 del D.lgs. 207/2010;
- Un **elaborato tecnico-economico** contenente: (a) la verifica della possibilità di realizzazione mediante concessione rispetto all'appalto; (b) analisi della fattibilità finanziaria (costi e ricavi) con riferimento alla fase di costruzione e, nel caso di concessione, alla fase di gestione; (c) analisi della fattibilità economica e sociale (analisi costi benefici); (d) schema di sistema tariffario, nel caso di concessione; (e) elementi essenziali dello schema di contratto.

¹ La stima sommaria dell'intervento deve avvenire secondo le modalità di cui all'articolo 22, comma 1, del Dpr 207 del 2010 con l'individuazione delle categorie di cui all'allegato A del medesimo decreto e dei relativi importi, determinati mediante l'applicazione delle quote di incidenza delle corrispondenti lavorazioni rispetto al costo complessivo.

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

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

Le condizioni di salute della popolazione possono essere influenzate, anche in modo significativo, da una pluralità di elementi che caratterizzano il territorio. Il Sistema sanitario regionale ha, per la maggioranza di questi elementi, funzioni di mediazione e regolazione per la tutela, la cura e il mantenimento della salute della popolazione.

Le Aziende sanitarie, nel più ampio contesto regionale, devono, quindi, rapportarsi con un loro specifico “contesto di riferimento”. La loro attività è infatti influenzata da molteplici elementi “territoriali” che, nel tempo:

- non si modificano, come le caratteristiche oro-idrografiche;
- si modificano lentamente, come la rete viaria, quella ferroviaria e dei collegamenti in genere;
- si modificano più o meno rapidamente, come le dinamiche demografiche e le caratteristiche epidemiologiche, le condizioni socioeconomiche.

Esiste quindi una relazione importante fra gli elementi che caratterizzano il contesto di riferimento di un'Azienda sanitaria e la sua attività istituzionale, in quanto sono molteplici gli aspetti che essa deve assumere come co-determinanti delle condizioni di salute della sua popolazione.

Il contesto di riferimento è dunque teso a cogliere caratteristiche e aspetti che connotano gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie, così da tratteggiare lo sfondo sul quale esse agiscono e rispetto al quale si rapportano.

Pur in presenza di una significativa omogeneità del territorio, in Abruzzo non mancano specificità importanti che vengono esplicitate di seguito per condividere le scelte programmatiche in termini di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico. In riferimento all'analisi di contesto e ai bisogni che ne conseguono verranno analizzate:

1. Struttura demografica;
2. Struttura socio-economica;
3. Quadro epidemiologico.

1.a.1 Quadro demografico

Le caratteristiche demografiche della popolazione residente e dei nuclei familiari, unitamente alle condizioni socio-economiche (livello di istruzione, caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro, tenore di vita), incidono sui fabbisogni e sulla domanda di servizi da soddisfare, sulla definizione degli obiettivi aziendali e sui connessi processi di pianificazione e programmazione dell'attività delle Aziende sanitarie.

In questo contesto la popolazione viene rappresentata nei principali aspetti che ne delineano la struttura, attraverso i seguenti indicatori:

- consistenza e variazione % nel periodo 2011-2020;
- attuale distribuzione della popolazione sul territorio;
- composizione per fasce d'età;
- composizione al 1.01.2020 della popolazione anziana;
- numero residenti stranieri e variazione storica;
- serie storica della speranza di vita alla nascita;
- andamento del tasso di natalità.

Secondo i dati Istat gli abitanti di Regione Abruzzo al 1° gennaio 2020 sono 1.293.942, di cui 631.743 uomini (48,82%) e 662.198 (donne (51,18%). Rispetto al 2019 nella Regione si è avuto un decremento della popolazione residente pari a 0,52%, con una variazione in valori assoluti pari a 6.704 unità. Dal 2014 al 2020, in modo analogo a quanto avvenuto a livello nazionale e nel complesso delle regioni del Sud, la popolazione residente nella regione si è ridotta (- 3%); la riduzione è più marcata dal 2018, quando l'andamento è divenuto simile a quello complessivo delle regioni del sud. Nello stesso periodo si assiste ad un aumento in termini assoluti del numero di famiglie, con una riduzione, però, del numero medio dei componenti per singola famiglia (Tabella 7).

Tabella 8 Popolazione residente anni 2011-2020. (Fonte: Dati Istat)

Popolazione residente al 1° gennaio										
Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Popolazione residente	1.307.309	1.306.416	1.312.507	1.333.939	1.331.574	1.326.513	1.322.247	1.315.196	1.300.645	1.293.941
Variazione percentuale		-0,07%	0,47%	1,63%	-0,18%	-0,38%	-0,32%	-0,53%	-1,11%	-0,52%
Numero Famiglie	-	548.543	562.624	558.407	554.710	555.928	556.444	559.087	(v)	(v)
Media componenti per famiglia	-	2,37	2,32	2,38	2,39	2,38	2,37	2,34	(v)	(v)

(v) dato in corso di validazione

In Tabella 8 è possibile osservare la suddivisione della popolazione abruzzese nelle 4 provincie, che dal 2010 territorialmente corrispondono alle quattro ASL. Dai dati si evidenzia una certa disomogeneità in termini di densità di popolazione che va da 58 abitanti per km² registrati nell'aquilano a 257 abitati per km² registrato nella provincia di Pescara.

Il 27% della popolazione si concentra 5 città che hanno più di 50.000 abitanti e sono Pescara, che con 119.633 abitanti è la città più popolosa della Regione, L' Aquila, Teramo, Montesilvano e Chieti (Tabella 9).

Tabella 9 Popolazione residente per provincia, 2020. (Fonte: Dati Istat)

Popolazione Abruzzo 2020				
Provincia	Superficie [kmq]	Popolazione [ab]	Densità [ab/kmq]	Numero Comuni
Pescara	1.230	316.363	257	46
L'Aquila	5.047	294.838	58	108
Teramo	1.954	303.900	156	47
Chieti	2.600	378.840	146	104
Abruzzo	10.831	1.293.941	119	305

Tabella 10 Popolazione nelle 5 maggiori città, 2020. (Fonte: Dati Istat)

Città con più di 50.000 ab	
Città	Popolazione [ab]
Pescara	119.633
L'Aquila	69.986
Teramo	53.487
Montesilvano	53.140
Chieti	50.046

Confrontando il censimento della popolazione in Abruzzo del 2012 con quello del 2020 è evidente un progressivo invecchiamento della popolazione, con ritmi superiori a quelli nazionali. In particolare, crescono più che nel resto d'Italia, consistenza e peso delle classi più anziane. Nella struttura demografica, infatti il 24% della popolazione abruzzese ha più di 65 anni, valore superiore alla media nazionale del 23%. I grandi anziani (con 85 anni e più) sono passati da 43 mila nel 2012 a 53 mila nel 2020 con un incremento del 23%.

Osservando l'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione over 65 e popolazione under 14) (Tabella 10) si assiste ad una progressiva crescita sia regionale che nazionale. Ad oggi l'indice di vecchiaia dell'Abruzzo si assesta ad 1,99 che indica che ogni 100 persone anziane ce ne sono 199 over 65 contro, 20 in più rispetto alla media nazionale.

Si è osservato, in relazione alla composizione anziana per ASL (Tabella 11), che quest'ultima si distribuisce omogeneamente su tutto il territorio abruzzese.

Dal 2011 al 2020 si assiste ad incremento della popolazione straniera del 3% (Tabella 12). Nel 2020 L'Aquila registra la maggior concentrazione di stranieri (28%) seguita da Teramo (26%), Chieti (24%) e Pescara (20%).

Figura 1 Piramide per età della popolazione residente in Regione Abruzzo (01/01/2020). (Fonte: Dati Istat)

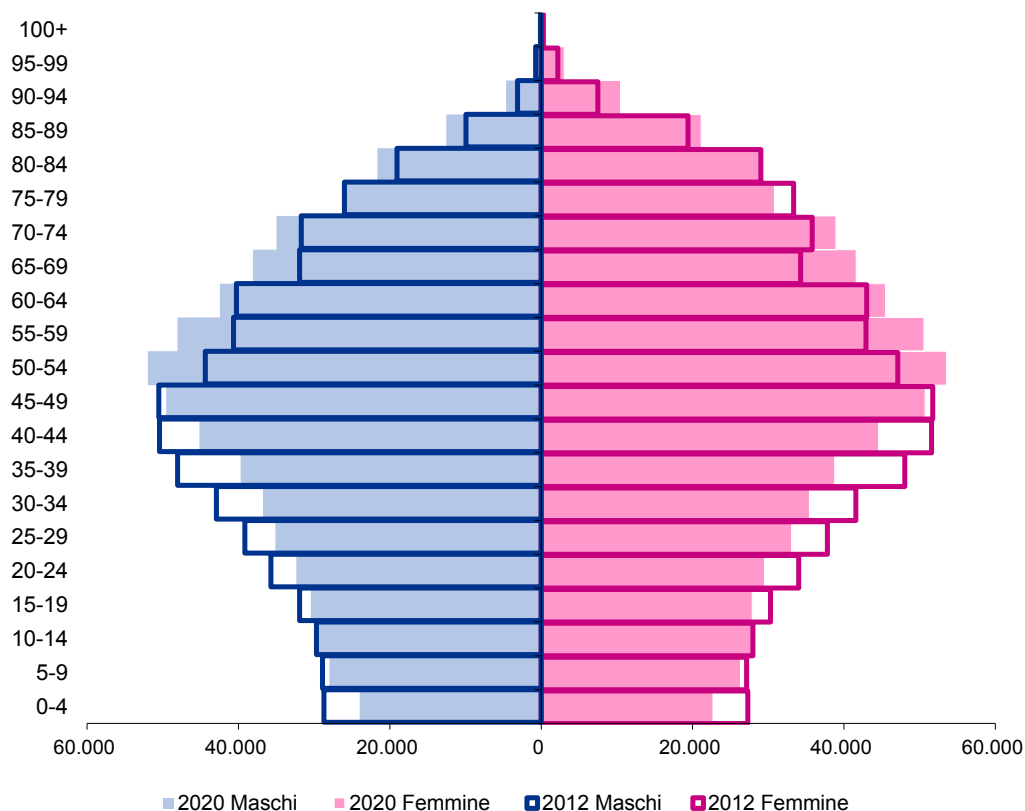


Tabella 11 Serie storica indice di vecchiaia 2012-2020 Abruzzo-Italia. (Fonte: Dati Istat)

Indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio									
Anno	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Abruzzo	1,67	1,69	1,73	1,77	1,80	1,84	1,88	1,93	1,99
Italia	1,48	1,51	1,55	1,58	1,62	1,66	1,70	1,74	1,79

Tabella 12 Composizione della popolazione anziana per ASL, 2020. (Fonte: Dati Istat)

Composizione della popolazione anziana per ASL			
ASL di Residenza	65-74 anni	75-84 anni	>85 anni
Pescara	11,7%	8,3%	4,1%
L'Aquila	12,9%	7,9%	4,3%
Teramo	11,7%	8,1%	4,0%
Chieti	12,7%	8,3%	4,3%
Regione	12,2%	8,2%	4,2%

Tabella 13 Serie storica 2011-2020 della numerosità e variazione % della popolazione straniera in Abruzzo.
(Fonte: HFA)

Popolazione straniera residente al 1° gennaio										
ASL di residenza	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pescara	15.779	13.783	15.014	17.101	17.753	17.658	17.367	17.173	17.089	16.835
L'Aquila	21.861	18.974	21.178	23.869	24.357	24.242	24.504	24.983	23.932	23.588
Teramo	23.829	19.794	21.021	23.449	23.940	23.993	23.847	23.732	23.187	22.662
Chieti	19.518	16.210	17.726	19.866	20.195	20.677	20.821	21.159	20.392	20.416
Regione	82.998	70.773	76.952	86.299	88.260	88.586	88.556	89.065	86.619	85.521
Variazione % storica vs anno prec.		-14,7%	8,7%	12,1%	2,3%	0,4%	-0,0%	0,6%	-2,7%	-1,3%

La speranza di vita è un indicatore indiretto di benessere ed esprime il numero di anni che alla nascita ci si attende mediamente di vivere (Figura 2). Nell'anno 2019, in Abruzzo, utilizzando i dati Istat si osserva che la speranza di vita, è maggiore per le femmine (85,6 anni alla nascita), rispetto ai maschi (81,1 anni alla nascita). Per entrambi i sessi rispetto all'anno 2012, il valore è migliorato, rispettivamente per le donne e per gli uomini di circa di un 1 anno (Figura 2). La speranza di vita dell'anno 2019, a livello provinciale, è rappresentata nella Figura 3.

Figura 2 Serie storica di speranza di vita alla nascita 2012-2019. (Fonte: Dati Istat)

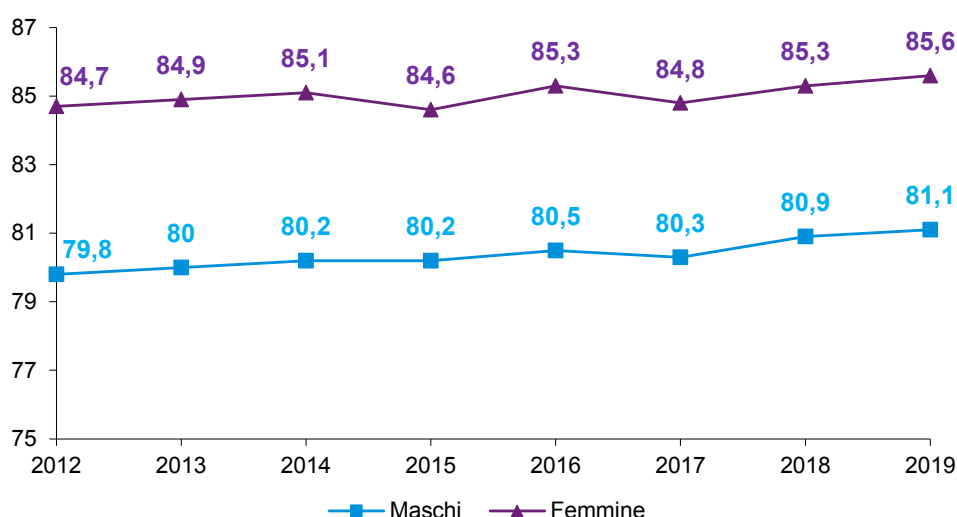
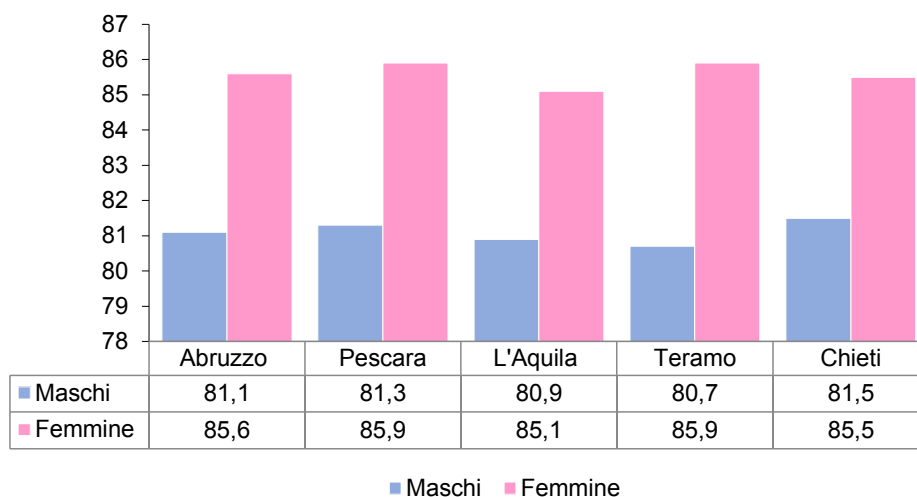


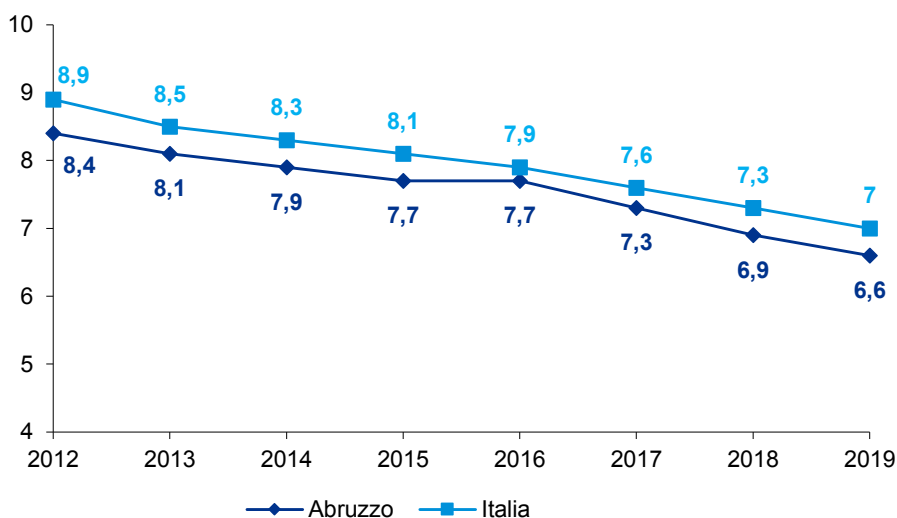
Figure 3 Serie storica di speranza di vita alla nascita in ambito provinciale, 2019. (Fonte: Dati Istat)



Il tasso di natalità, invece, descrive l'impatto delle nascite sulla popolazione complessiva (Figura 4). Per comprendere la variabilità del tasso di natalità è necessario rifarsi alla struttura per età e per sesso della popolazione. Una popolazione strutturalmente giovane presenterà tassi di natalità più elevati rispetto a quelli di una invecchiata; analogamente, se in una popolazione ci sarà un elevato numero di presenza

femminile in età fertile, il tasso di natalità dovrebbe essere elevato. L'andamento del tasso di natalità (Figura 4) della Regione rispecchia il calo generale nazionale di una popolazione che sta invecchiando, come confermato dal grafico nella Figura 1.

Figura 4 Serie storica tasso di natalità per 1.000 abitanti. (Fonte: Dati Istat)



1.a.2 Quadro socio-economico

Il tasso di disoccupazione (Figura 5), a completamento del quadro descrittivo socio-economico, evidenzia, successivamente all'inizio della crisi economico nazionale, un graduale recupero dell'occupazione generale. Sebbene il tasso di disoccupazione migliori, permane, un ampio spazio di miglioramento rispetto al tasso di disoccupazione più basso registrato in Italia e pari al 5% (Trentino Alto-Adige e Lombardia), Figura 6. Il tasso di disoccupazione in Abruzzo è nel 2020 in linea con il dato nazionale entrambi del 9%

Figura 5 Andamento tasso di disoccupazione Abruzzo - Italia. (Fonte: HFA)

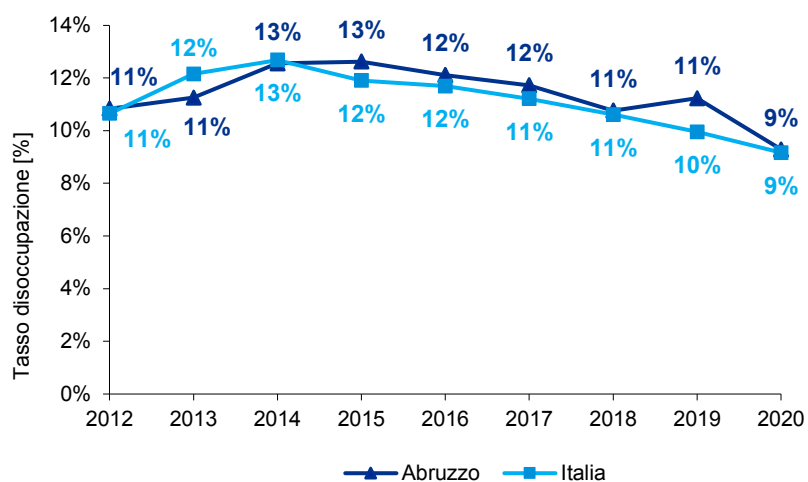
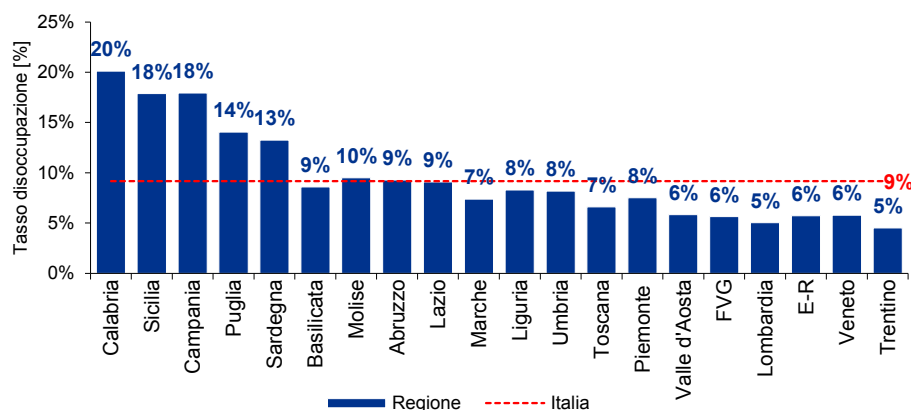


Figure 6 Tasso di disoccupazione 2020 Regioni. (Fonte: HFA)



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

Il reddito medio per contribuente degli abitanti della Regione Abruzzo è di circa 16.000€, sotto la media nazionale che ha un valore di 19.300€, infatti è la settima regione per reddito a contribuente più basso. L'Aquila e Pescara sono le Provincie con il reddito medio più elevato, Teramo con 15.700€ è la provincia più povera.

1.a.3 Quadro epidemiologico

Per definire in forma sintetica ma sufficientemente rappresentativa il quadro epidemiologico dell'Abruzzo sono stati selezionati i seguenti indicatori:

- tassi standardizzati di mortalità;
- anni medi di vita potenzialmente persi (calcolati come differenza tra età di morte di ciascun individuo deceduto e un'età presa come riferimento).

Questi indicatori sono l'espressione delle misure solitamente usate in epidemiologia per descrivere lo stato di salute generale delle popolazioni.

In particolare, le misure di movimento vengono rilevate con tassi di incidenza (ad esempio il tasso di mortalità), che esprimono il numero di "eventi" in un periodo di tempo rispetto alla popolazione media da cui si generano tali casi. Le misure di stato, come la proporzione di popolazione con determinate caratteristiche, vanno invece riferite a determinati momenti e vengono solitamente chiamate prevalenze. La conoscenza delle cause di morte e di quali sono le malattie a maggior impatto sociale e sanitario in una popolazione possono fornire utili indicazioni per l'identificazione dei bisogni di prevenzione, diagnosi e cura e per valutare la capacità complessiva di un sistema sanitario di tutelare lo stato di salute di una collettività.

Dai dati di mortalità si possono infatti ottenere informazioni utili per comprendere l'origine e l'andamento di determinate patologie nella popolazione, per predisporre interventi mirati a ridurre la mortalità per quelle cause che oggi sono ritenute prevenibili e, ancora, possono essere utilizzate per la programmazione di quei servizi di assistenza e prevenzione per le patologie più frequentemente riscontrate.

La conoscenza delle cause di morte e di quali sono le malattie a maggior impatto sociale e sanitario in una popolazione possono fornire utili indicazioni per l'identificazione dei bisogni di prevenzione, diagnosi e cura e per valutare la capacità complessiva di un sistema sanitario di tutelare lo stato di salute di una collettività.

Dai dati di mortalità si possono infatti ottenere informazioni utili per comprendere l'origine e l'andamento di determinate patologie nella popolazione, per predisporre interventi mirati a ridurre la mortalità per quelle cause che oggi sono ritenute prevenibili e, ancora, possono essere utilizzate per la programmazione di quei servizi di assistenza e prevenzione per le patologie più frequentemente riscontrate.

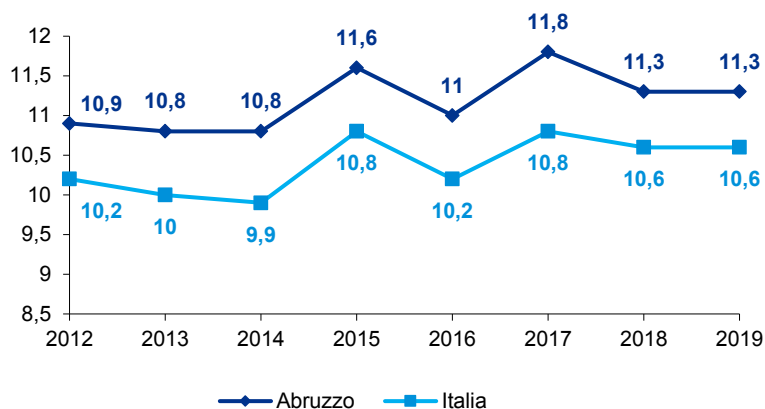
I dati di mortalità in Abruzzo sono rappresentati attraverso tassi standardizzati di mortalità per 1.000 abitanti.

La raffigurazione dei tassi standardizzati di mortalità e di altri indicatori atti a rappresentare il quadro epidemiologico è effettuata per mezzo dei seguenti grafici e tabelle:

- tasso di mortalità Regionale per tutte le cause; andamento anni 2012-2019 (Figura 7)
- deceduti residenti in Abruzzo per causa di morte; anno 2018 (Tabella 13)
- andamento tassi standardizzati di mortalità dei tumori, variazione storica (Tabella 14)
- anni medi di vita potenzialmente persi per tutte le cause. Abruzzo, anno 2019 (Figura 8)

I tassi standardizzati di mortalità in Regione nel periodo 2012-2019 sono aumentati (Figura 7) da 10,9 a 11,3 per 1.000 abitanti, valore superiore rispetto alla media nazionale di 10,6 nel 2019. Nell'intero periodo osservato, il tasso di mortalità della Regione è superiore rispetto a quello nazionale.

Figura 7 Serie storica tasso di mortalità per 1.000 abitanti Abruzzo-Italia. (Fonte: Dati Istat)



Se si analizzano le diverse cause di morte nella regione Abruzzo, le principali cause in valore assoluto ed in ordine di incidenza sono:

- malattie del sistema circolatorio (39,1%);
- tumori (25,4%);
- malattie dell'apparato respiratorio (7,8%);
- malattie sistema nervoso (5,3%);
- malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (4,5%);
- disturbi psichici e comportamentali (3,4%).

Tabella 14 Deceduti per causa di morte, Abruzzo 2018. (Fonte: Dati Istat)

Causa di morte	Valori Assoluti	Incidenza %
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	5.715	39,1%
TUMORI	3.710	25,4%
MAL. SISTEMA RESPIRATORIO	1.144	7,8%
MAL. SISTEMA NERVOSO	771	5,3%
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	665	4,5%
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	491	3,4%
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	679	4,6%
MAL. APPARATO DIGERENTE	610	4,2%
MALATTIE E SINTOMI MALDEFINITI	155	1,1%
MALATTIE INFETTIVE	241	1,6%
MAL. APPARATO GENITOURINARIO	208	1,4%
MAL. SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	80	0,5%
MAL. SANGUE, ORG. EMATOPOIETICI E DIST. IMMUNITARI	80	0,5%
MAL. CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	48	0,3%
MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE, ANOMALIE CROMOSOMICHE	20	0,1%
ALCUNE CONDIZ. MORB. PERINATALI	18	0,1%
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	-	0,0%
TOTALE	14.635	100,0%

Le malattie del sistema circolatorio con decorso cronico sono particolarmente diffuse nella popolazione, in particolare fra gli anziani; esse rappresentano la prima causa di morte in entrambi i sessi.

In Abruzzo, come in Italia, i tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie dell'apparato circolatorio. Dal 2011 al 2018 si assiste ad un incremento del tasso di mortalità dei tumori che passa da 270 morti nel 2011 a 282 nel 2018 per 100.000 abitanti, con una variazione percentuale del 4,4%. I tumori che tra il 2011 e il 2018 hanno registrato il maggior incremento del tasso di mortalità sono il tumore al cervello (+41,1%), il tumore al pancreas (+39,2%), il melanoma ed altri tumori maligni alla cute (+27,4%), il tumore ai linfonodi (+22,3%) e il tumore alla mammella (+16,8%). Il tumore ai polmoni, trachea e bronchi, registra in tutto il periodo il più alto tasso di mortalità rispetto agli altri tumori.

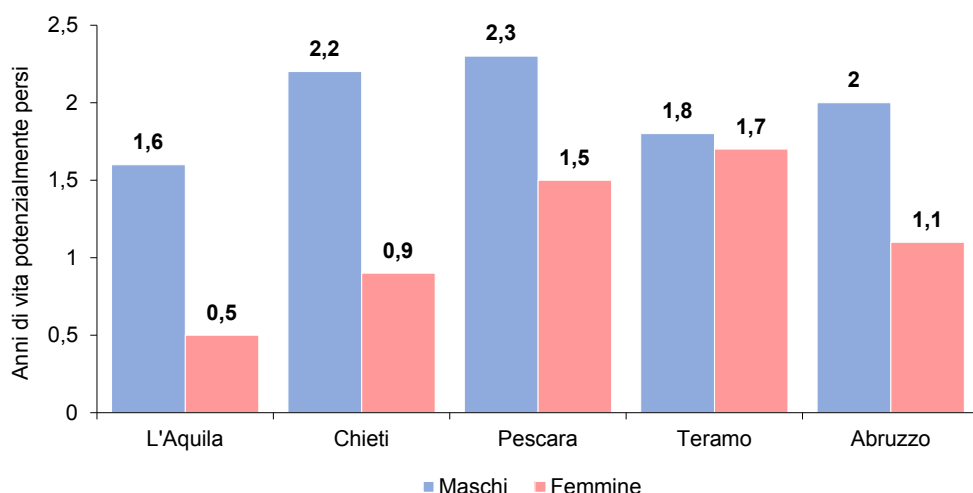
Tabella 15 Andamento tassi standardizzati di mortalità dei tumori, variazione storica. (Fonte: Dati Istat)

	T. polmonare, trachee, bronchi	T. colon	Altri Tumori	T. mammella donna	T. pancreas	Tumore stomaco	T. fegato e vie biliari	T. prostata	T. leucemia	T. linfonodi	T. vescica	T. cervello	T. ovaio e annessi tumori	T. tess. Linfomatopoietico	T. labbra, cavità orale	T. Rene	Altri t. utero	Melanoma ed altri tumori maligni alla cute	T. laringe	T. esofago	T. cervice uterina	T. Tiroidi	Benigni, in situ n.s.	Totale
2011	43,2	32,7	35,3	16,1	13,0	18,7	13,2	13,7	11,5	7,6	8,4	6,2	5,6	5,3	4,3	3,7	4,7	3,0	2,9	2,2	0,9	1,1	16,7	270,1
2012	42,5	30,4	34,2	15,4	14,5	19,3	12,6	11,3	11,1	6,4	8,6	6,3	4,7	5,4	3,9	4,2	4,2	2,4	2,8	2,0	1,1	0,9	14,8	259,3
2013	45,2	30,7	33,7	17,1	17,4	18,1	12,8	11,6	9,8	8,2	7,5	5,6	5,5	5,3	3,7	3,9	4,0	2,1	2,4	2,6	0,8	0,4	13,9	262,2
2014	44,6	34,2	36,7	19,1	14,5	15,1	12,4	11,2	11,5	6,8	9,4	7,0	5,3	6,3	4,3	4,4	4,7	3,2	2,5	2,5	0,7	0,7	14,7	271,9
2015	43,5	31,6	35,7	17,1	13,5	17,2	13,4	12,5	9,6	6,7	9,2	6,2	6,6	6,2	3,3	4,6	4,4	2,4	1,4	2,0	0,7	0,9	14,9	263,6
2016	49,0	35,1	27,4	15,8	16,6	16,7	14,8	11,5	9,6	8,0	10,6	7,5	4,9	5,7	4,1	4,7	3,6	2,7	2,2	2,2	1,1	0,8	14,1	268,7
2017	45,8	32,9	29,3	18,9	19,1	16,9	13,0	12,7	11,9	7,7	11,8	8,0	5,7	5,4	4,8	5,5	4,4	2,8	1,4	2,2	0,8	1,0	16,1	278,1
2018	46,8	33,4	31,6	18,9	18,1	16,6	14,8	12,2	11,3	9,4	9,1	8,7	5,7	5,6	4,8	4,2	4,0	3,8	2,6	2,1	0,7	0,7	17,3	282,1
Variazione %																								
2018 vs 2011	8,2%	2,0%	-10,5%	16,8%	39,2%	-11,2%	12,0%	-11,2%	-1,9%	22,3%	8,4%	41,1%	2,1%	5,2%	11,8%	13,9%	-15,3%	27,4%	-11,1%	-7,5%	-25,4%	-40,4%	4,0%	4,4%

Le malattie dell'apparato respiratorio sono ancora oggi la terza causa di morte tra i grandi gruppi: sono costantemente più frequenti, sono spesso legate al fumo di tabacco tra i maschi e tendono ad aumentare parallelamente all'età anagrafica.

Un altro indicatore che viene utilizzato per l'analisi della mortalità è il calcolo degli anni di vita persi. È un indicatore che esprime la prematurità della morte e misura la quantità di anni potenzialmente persi e calcolati come la differenza tra la speranza di vita alla nascita (età media dei deceduti, maschi e femmine) ed età media al decesso di coloro che sono morti per determinate cause.

Figura 8 Anni vita potenzialmente persi per tutte le cause di morte, anno 2019. (Fonte: Dati Istat)



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

L'esame comparato delle prestazioni sanitarie erogate, dei ricoveri evitabili per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, come pure delle dimissioni con complicanze può fornire un quadro sufficientemente attendibile per una valutazione della domanda complessiva di prestazioni sanitarie e quindi del suo governo in un'ottica di massimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia delle cure. Questi dati conoscitivi possono quindi permettere l'orientamento e la programmazione degli investimenti in strutture ed ammodernamento tecnologico.

1.a.4.1 Domanda ospedaliera

Un elemento qualificante per rappresentare l'evoluzione nel tempo dell'assistenza ospedaliera (in termini di ricoveri) è certamente il trend dei tassi di ospedalizzazione. Con questo fine la Figura 9 illustra l'andamento dei tassi ospedalizzazione dal 2013. Dal grafico risulta evidente la progressiva e significativa diminuzione del tasso di ospedalizzazione, per il regime ordinario (RO) fino all'anno 2019. Per quanto riguarda il tasso standardizzato di ospedalizzazione per il day hospital (DH) in figura 12, si osserva una progressiva e complessiva diminuzione nel periodo 2013-2019. L'improvvisa diminuzione del tasso di ospedalizzazione relativamente all'anno 2020, sia per il regime DO che DH, trova giustificazione nel prorogarsi (per tutto l'anno 2020) della pandemia da Sars-Covid 19, che ha determinato la temporanea sospensione di alcune delle attività ordinarie.

Figura 9 Tasso di ospedalizzazione regionale per 100.000 abitanti, DO. (Fonte: SDO)

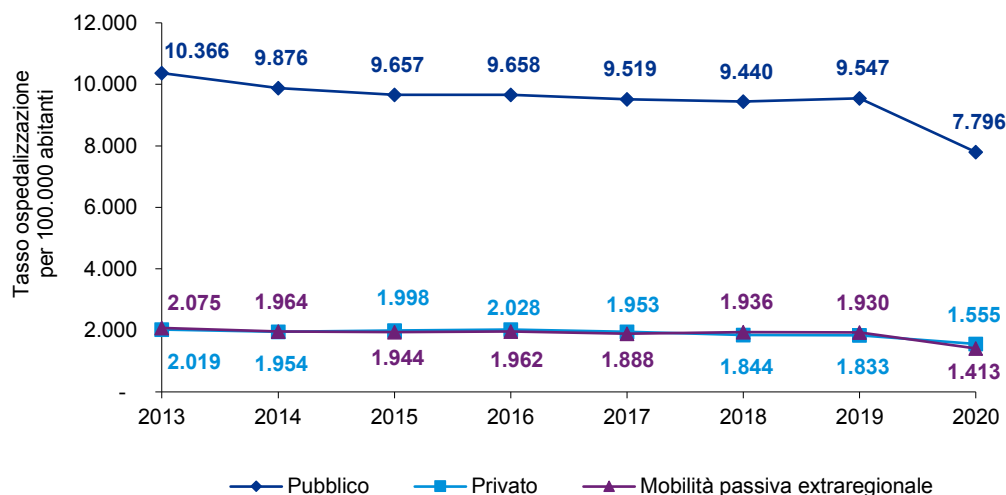
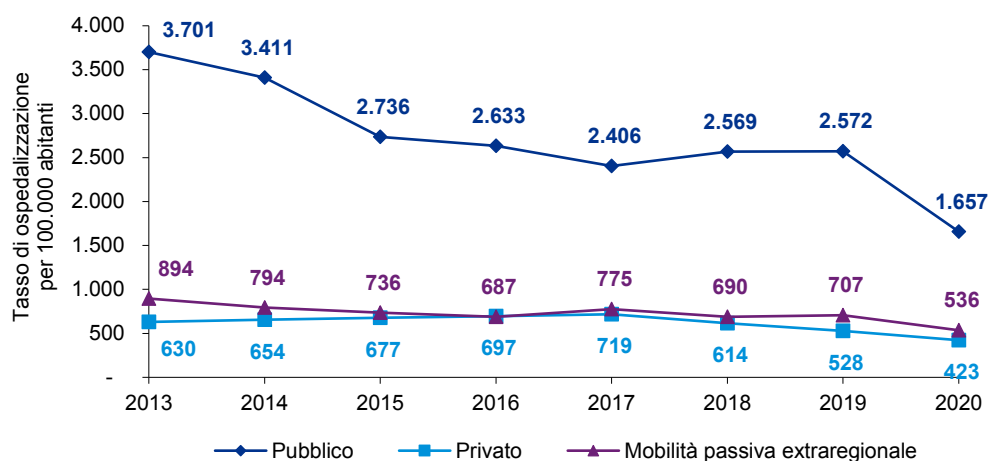


Figura 10 Tasso di ospedalizzazione regionale per 100.000 abitanti, DH. (Fonte: SDO)



Il tasso di ospedalizzazione, come noto, riproduce sinteticamente il bisogno di salute che le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate soddisfano sul territorio regionale (Tabella 15). Tuttavia, il comportamento tra domanda e offerta non è omogeneo su tutto il territorio regionale, il valore di tasso di ospedalizzazione complessivo (degenza ordinaria e day hospital) massimo è massimo nell'aquilano (77,0) in ambito pubblico; Pescara presenta il maggior tasso di ospedalizzazione per il privato (23,1), mentre Teramo ha il maggiore tasso di mobilità passiva extraregionale (26,6). Per quanto riguarda l'indice di attrazione delle strutture ospedaliere Chieti sembra possedere la maggiore attrattività della Regione (Tabella 16).

Tabella 16 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, Abruzzo 2020. (Fonte: SDO)

ASL di residenza	Pubblico				Privato				Mobilità passiva extraregionale			
	DO	DH Med.	Chir.	Totale	DO	DH Med.	Chir.	Totale	DO	DH Med.	Chir.	Totale
Aquila	77,0	6,4	9,3	92,7	11,2	0,3	3,3	14,7	13,9	4,0	2,0	19,9
Chieti	66,5	6,2	6,8	79,5	13,6	0,3	3,4	17,3	13,4	2,3	2,5	18,2
Pescara	73,2	7,5	8,1	88,7	18,8	0,4	4,0	23,1	9,8	1,9	2,1	13,8
Teramo	72,4	8,7	7,3	88,4	4,5	0,1	1,0	5,6	19,8	2,7	4,1	26,6
Abruzzo	71,9	7,1	7,8	86,8	12,2	0,3	2,9	15,4	14,1	2,7	2,7	19,5

Tabella 17 Indice di dipendenza della struttura, Abruzzo 2020. (Fonte: SDO)

Azienda di ricovero	Ricoveri stessa azienda (DO+DH)	Ricoveri provenienti da altre aziende RA (DO+DH)	Ricoveri provenienti da fuori RA o estero (DO+DH)
L'Aquila	77%	8%	16%
Chieti	59%	25%	16%
Pescara	73%	16%	11%
Teramo	64%	14%	22%
Abruzzo	68%	16%	16%

Dalla figura 11 emerge che le giornate di degenza per 100.000 abitanti in DO per acuti sono da 82.862 del 2012 a 73.790 del 2019, diminuendo di anno in anno del 2%. Le giornate di degenza media in DO del ricovero per acuto non mostrano però lo stesso trend. A partire dal 2016 fino al 2019 si registra infatti un incremento della durata della degenza media del 3%. L'anno 2020 mostra una significativa diminuzione delle giornate in DO per 100.000 abitanti rispetto al 2019 (-15%) con un notevole incremento della degenza media che si assesta a circa 7 giorni, la degenza media più lunga degli ultimi 8 anni. Per quanto riguarda le giornate di DH per 100.000 abitanti nel periodo 2012-2019, mostrano una contrazione complessiva del 44%. Anche la durata della degenza media in regime DH mostra una significativa riduzione nello stesso periodo (Figura 12).

Figura 11 Giornate di DO per 100.000 abitanti per acuti e degenza media. (Fonte: SDO)

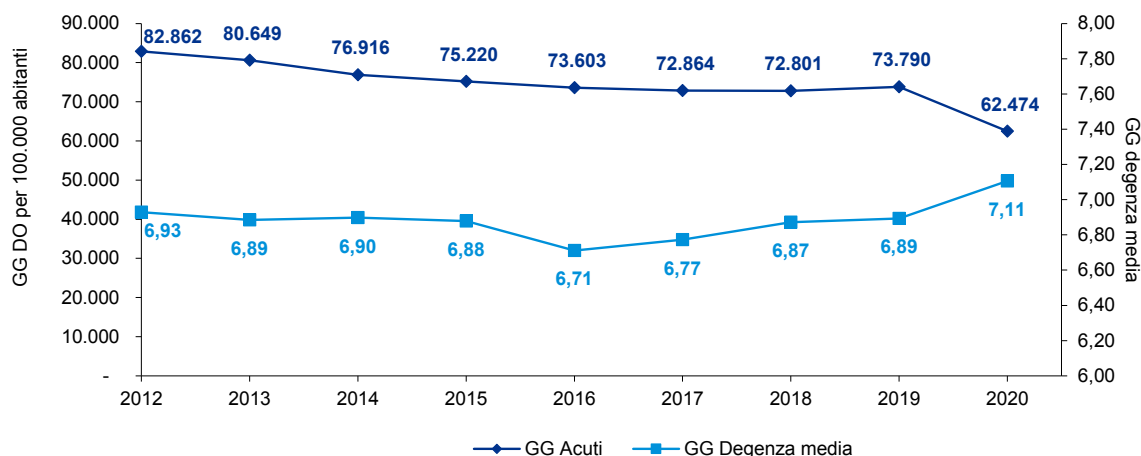
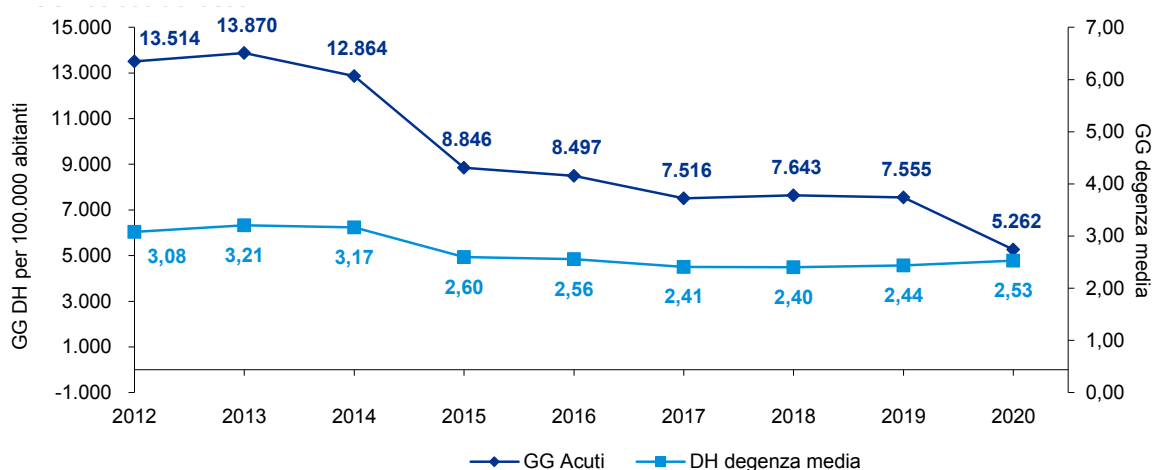


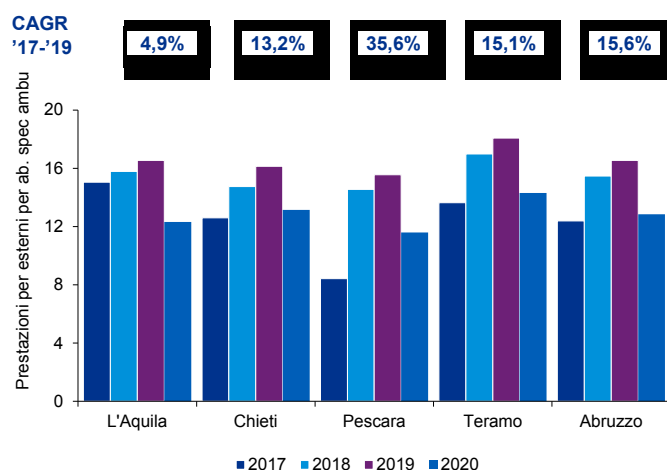
Figura 12 Giornate di DH per 100.000 abitanti per acuti e degenza media. (Fonte: SDO)



1.a.4.2 Domanda territoriale

Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale specialistica le prestazioni erogate agli esterni per abitante si registra una crescita tra il 2017 e il 2019 in tutte le Aziende Sanitarie Locali della Regione. L'ASL di Pescara è quella che presenta il CAGR più elevato, seguita dall'ASL di Teramo che registra in termini assoluti il numero di prestazioni per abitante più elevato. La produzione per l'anno 2020 risente degli effetti della pandemia Covid e delle misure restrittive adottate, registrando per tutte le ASL un calo del numero di prestazioni per esterni di specialistica ambulatoriale rispetto all'anno precedente di circa il 20%.

Figura 13 Prestazioni per esterni per abitante di specialistica ambulatoriale. (Fonte: Flusso STS24, Elaborazioni interne)



Per quanto riguarda l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale le giornate di assistenza presentano tassi di crescita differenti per le aziende tra il 2017 e il 2019. In particolare, L'Aquila è l'azienda che registra il tasso di crescita negativo più rilevante (-12,7%), seguita da Pescara (-3,3%) e Chieti (-1,0%). L'unica azienda che registra un CAGR in crescita tra il 2017 e il 2019 è Teramo (+2,6%). In totale la regione Abruzzo presenta un CAGR negativo pari a 3,6% tra il 2017 e il 2019.

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

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

Figura 14 Giornate di assistenza per 1.000 abitanti di assistenza psichiatrica. (Fonte: Flusso STS24)

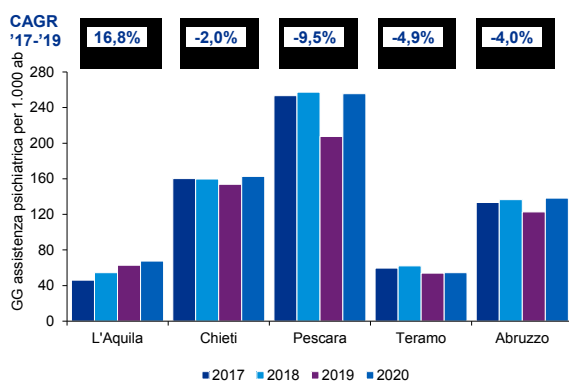


Figura 15 Accessi di assistenza per 1.000 abitanti di assistenza psichiatrica. (Fonte: Flusso STS24)

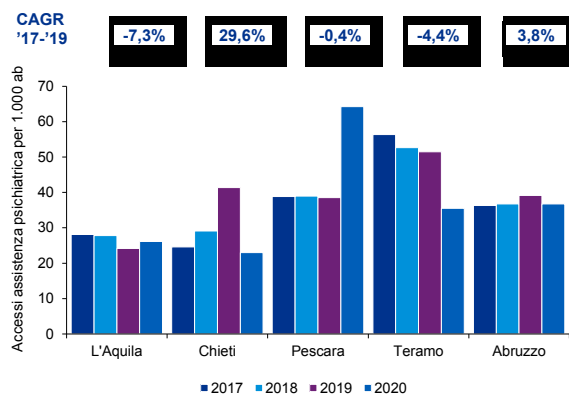


Figura 16 Giornate di assistenza residenziale per 1.000 abitanti di assistenza per i disabili e per anziani. (Fonte: Flusso STS24)

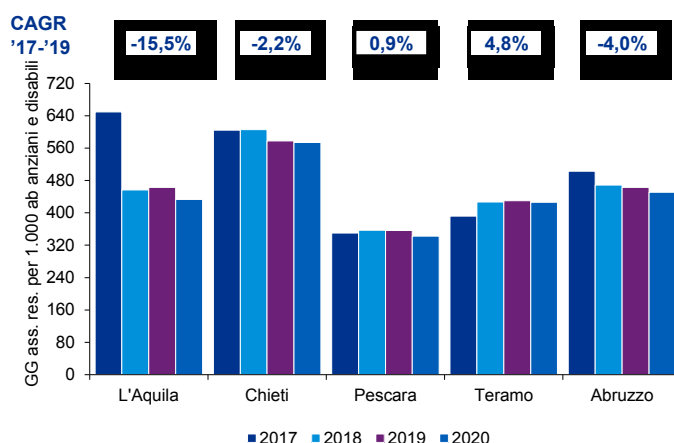
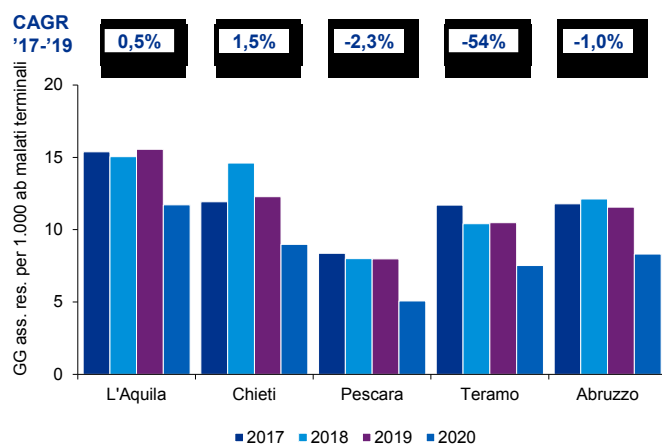


Figura 17 Giornate di assistenza residenziale per 1.000 abitanti di assistenza ai malati terminali. (Fonte: Flusso STS24)



L'assistenza riabilitativa territoriale è in calo per quanto riguarda le giornate di degenza semiresidenziali (CAGR '17-'19 pari a -1,7%), residenziali (-1,2%) e in crescita per gli accessi ambulatoriali (+2,6%). Nelle Aziende di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e di Lanciano-Vasto-Chieti si registra un aumento delle giornate di riabilitazione semiresidenziale, mentre a Pescara e Teramo si registra un calo. In particolare, Pescara è l'Azienda che registra il calo più consistente di assistenza sia semiresidenziale che residenziale, rispettivamente pari a -9,9% e -11,6%.

Figura 18 Giornate per 1.000 abitanti di riabilitazione semiresidenziale (Flusso: RIA 11)

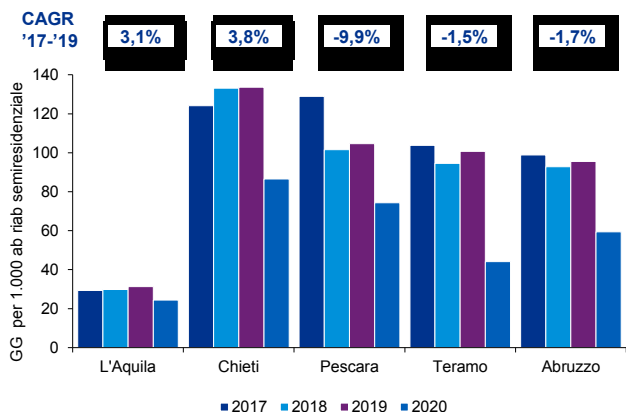
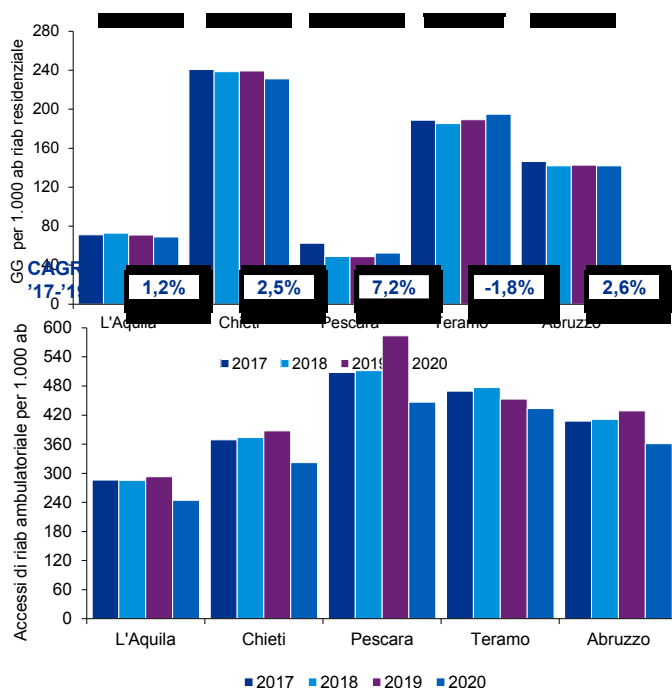


Figura 19 Giornate per 1.000 abitanti di riabilitazione residenziale. (Flusso: RIA 11)



La crescita maggiore nell'ambito della riabilitazione territoriale si registra in regime ambulatoriale ed in particolare nelle aziende di Pescara (CAGR +7,2%) e di Lanciano-Vasto-Chieti (CAGR +2,5%). L'ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila registra una lieve crescita pari a +1,2%, invece l'unica ASL che registra un calo è Teramo con tasso di crescita negativo pari a -1,8%.

Figura 20 Accessi di riabilitazione ambulatoriale per 1.000 abitanti. (Fonte: Flusso RIA 11)

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

L'obiettivo del Servizio Sanitario Regionale di garantire l'equità di accesso a servizi di qualità adeguata passa attraverso lo sviluppo di un'organizzazione del sistema dei servizi di tipo reticolare, che garantisca la prossimità delle cure.

In ambito regionale è presente ad oggi un indice di fuga del 17% contro un indice di attrattività del 10%.

Dalla figura 19 si evince che mentre l'indice di fuga è rimasto nel periodo considerato pressoché costante, l'indice di attrattività ha subito dal 2017 al 2020 una diminuzione di due punti percentuali passando dal 12% al 10%.

La significativa mobilità passiva presente in regione Abruzzo è evidente anche nel saldo di mobilità passiva e attiva presente in figura 20. Nel corso del periodo analizzato 2013-2019 il saldo di mobilità passa da -51 mln € a -66 mln €.

Figura 21 Indice di attrattività e di fuga della Regione. (Fonte: SDO)

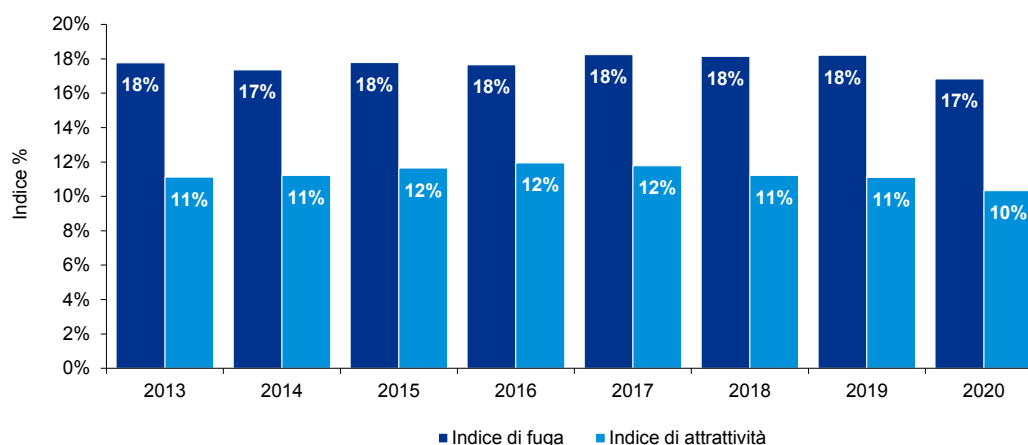
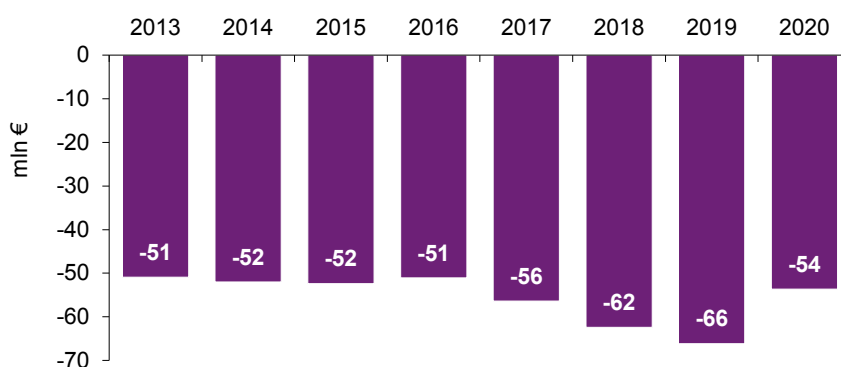


Figura 22 Serie storica del saldo di mobilità (passiva-attiva). (Fonte: SDO)



La struttura che assorbe più mobilità attiva è il P.O. Filippo e Nicola con 2.926 dimessi, il 14% del totale. Dei primi 10 ospedali che assorbono il 77% della mobilità attiva, 5 sono pubblici e 5 sono privati. L'Ospedale S. Salvatore e il PO S. Pio di Vasto sono gli unici che hanno un trend di mobilità attiva positivo (CAGR '11-'16 2% e 4%).

Tabella 18 Principali strutture che assorbono la mobilità attiva

Struttura	Dimessi	% totale	CAGR 14-19
P.O. S. Filippo e Nicola - Avezzano	2.926	14%	0%
Ospedale Civile S. Salvatore - L'Aquila	2.870	14%	-2%
Ospedale Civile Vasto - Vasto	1.737	8%	1%
Ini Canistro Srl - Canistro	1.716	8%	1%
Casa di Cura provata Villa Letizia - L'Aquila	1.568	7%	0%
Pres. Osp. Clinicizzato SS. Annunziata - Chieti	1.494	7%	-2%
Ospedale Civile Spirito Santo - Pescara	1.047	5%	-12%
Casa di cura privata Villa Serena Dr. Petruzzo - Città Sant'Angelo	941	4%	-2%
Casa di Cura Privata Pierangeli Srl - Pescara	933	4%	-2%
Casa di Cura N. di Lorenzo - Avezzano	898	4%	-3%

Alcune delle principali prestazioni erogate agli abruzzesi in mobilità passiva corrispondono a quelle erogate ai cittadini delle altre regioni in Abruzzo, rendendone possibile in via teorica il recupero. In altri termini alcune prestazioni che attraggono mobilità attiva dalle altre Regioni sono le stesse per cui molti abruzzesi si rivolgono altrove alimentando i flussi di mobilità passiva. Dalle tabelle riportate sotto si evince che per alcuni dei principali ACC medici quali ad esempio "osteo artrosi" e "altre malattie del tessuto connettivo". Per l'ACC intervento il flusso "Altre procedure diagnostiche (anamnesi, valutazione e consulto)" rappresenta il 6% del totale del flusso passivo regionale.

Tabella 19 Mobilità passiva ACC - Diagnosi, anno 2019. (Fonte: SDO)

ACC Diagnosi - Mobilità passiva	Dimessi	% totale	CAGR 14-19
Osteoartrosi	1.341	4%	4%
Altre malattie del tessuto connettivo	1.315	4%	3%
Deformazioni acquisite del piede	899	3%	-4%
Spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	862	3%	-1%
Chemioterapia e radioterapia	785	2%	-10%
Altri e non specificati tumori benigni	741	2%	1%
Altre anomalie congenite	685	2%	-3%
Ernia addominale	609	2%	4%
Altri disturbi del sistema nervoso	593	2%	-2%
Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache	564	2%	5%

Tabella 20 Mobilità attiva ACC - Diagnosi, anno 2019. (Fonte: SDO)

ACC Diagnosi - Mobilità attiva	Dimessi	% totale	CAGR 14-19
Osteoartrosi	1.519	7%	4%
Altre malattie del tessuto connettivo	1.122	5%	2%
Spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	642	3%	7%
Disturbi articolari e lussazioni da trauma	565	3%	3%
Deformazioni acquisite del piede	526	3%	15%
Nati vivi sani	439	2%	-1%
Altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	393	2%	0%
Calcolosi delle vie urinarie	372	2%	-17%
Ernia addominale	367	2%	-5%
Iperplasia della prostata	348	2%	6%

Tabella 21 Mobilità passiva per ACC intervento, anno 2019. (Fonte: SDO)

ACC Intervento - Mobilità Passiva	Dimessi	% totale	CAGR 14-19
Altre procedure diagnostiche (anamnesi, valutazione, consulto)	1.871	6%	-1%
Altre procedure terapeutiche	970	3%	2%
Altre procedure terapeutiche su muscoli e tendini	796	3%	2%
Asportazione di borsite o correzione di deformità delle dita	657	2%	-6%
Artrodesi vertebrale	657	2%	10%
Sostituzione dell'anca, totale e parziale	646	2%	5%
Artroplastica del ginocchio	531	2%	4%
Chemioterapia per tumore	499	2%	-6%
Esercizi di terapia fisica, manipolazioni e altre procedure	462	2%	-1%
Altre procedure terapeutiche di sala operatoria su naso, bocca e faringe	453	2%	2%

Tabella 22 Mobilità attiva per ACC intervento, anno 2019. (Fonte: SDO)

ACC Intervento - Mobilità attiva	Dimessi	% totale	CAGR 14-19
Artroplastica del ginocchio	766	5%	1%
Altre procedure terapeutiche su muscoli e tendini	712	4%	21%
Sostituzione dell'anca, totale e parziale	613	4%	3%
Altre procedure terapeutiche	534	3%	9%
Asportazione, drenaggio o rimozione transuretrale di ostruzione urinaria	411	3%	0%
Esercizi di terapia fisica, manipolazioni e altre procedure	408	3%	-5%
Asportazione di borsite o correzione di deformità delle dita	407	3%	12%
Artroplastica, eccetto su anca o ginocchio	373	2%	4%
Altre procedure di assistenza al parto	350	2%	-4%
Artroscopia	329	2%	-1%

Un altro dato importante è che i flussi interregionali di mobilità attiva e passiva interessano le stesse Regioni, vale a dire che quelle Regioni da cui arriva la mobilità passiva dall'Abruzzo sono le stesse Regioni che attraggono mobilità attiva dall'Abruzzo. Dalla Regione Lazio arriva circa il 49% della mobilità attiva sul totale e il Lazio attrae il 18% della passiva; dalla Regione Marche proviene il 6% della mobilità attiva sul totale e sempre le Marche attraggono il 30% di mobilità passiva; infine, dalla Regione Molise arriva circa il 21% della mobilità attiva attraendo il 4% della mobilità passiva.

1.a.6 Offerta ante operam

Il Servizio sanitario regionale ha come obiettivo garantire alla popolazione servizi appropriati e necessari per la prevenzione e la tutela, la cura ed il mantenimento della salute, assicurando uniformità nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni e dei servizi nel rispetto dei tre principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, equità.

L'offerta attuale di Regione Abruzzo si articola in 23 strutture per acuti, di cui 16 pubbliche (70%) e 7 private accreditate (30%). La programmazione regionale prevede, tenendo conto dei criteri di efficienza e di complementarità di discipline in relazione ai bacini di utenza, la seguente classificazione dei Presidi Ospedalieri:

- 8 Presidi Ospedalieri di I livello: PO di L'Aquila, PO di Avezzano, PO di Sulmona, PO di Chieti, PO di Lanciano, PO di Vasto, PO di Pescara, PO di Teramo;
- 6 Presidi Ospedalieri di base: PO di Ortona, PO di Popoli, PO di Penne, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero;
- 2 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate, sede di pronto soccorso: PO di Castel di Sangro, PO di Atesa.

Nella regione Abruzzo attualmente le discipline di alta specialità (così come declinate nel DM 70/2015) non sono allocate nella loro totalità nella struttura fisica di un unico presidio. Pertanto, al fine di garantire le necessità assistenziali previste dai LEA, la qualifica di Presidio Ospedaliero di II livello è assolta dai Presidi Ospedalieri con funzioni di HUB per le specifiche reti tempo-dipendenti. I Presidi Ospedalieri con qualifica di DEA di II livello nell'ambito delle diverse reti tempo-dipendenti sono individuati come segue in tabella #.

Tabella 23 Presidi Ospedalieri con qualifica DEA II livello nell'ambito delle reti tempo-dipendenti

ASL	Presidi Ospedalieri con qualifica di DEA di II livello	Tipologia di Reti tempo-dipendenti
L'Aquila	San Salvatore di L'Aquila	Rete Stroke Rete Politrauma/Trauma maggiore
Chieti	SS. Annunziata di Chieti	Rete Emergenze Cardiologiche
Pescara	Spirito Santo di Pescara	Rete Stroke Rete Politrauma/Trauma maggiore
Teramo	Mazzini di Teramo	Rete Emergenze Cardiologiche

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

La DGR 463/c ha previsto una rimodulazione dell'offerta ospedaliera per adeguarla agli standard del Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 Aprile 2015 e dell'Articolo 2 del DL 34/2020, convertito in Legge 77/2020.

La Regione al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio Sanitario Regionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da Covid-19 in corso, ha provveduto ad incrementare strutturalmente la dotazione dei posti letti con un incremento di 66 posti letto per la terapia intensiva 92 posti letto per la terapia semi-intensiva. Tale incremento strutturale ha determinato per la Regione una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

La dotazione dei posti letto ripartita tra acuti, riabilitazione e lungodegenza risulta leggermente superiore agli *standard* definiti dal Patto per la Salute 2011. Per gli acuti si registra un valore di 3,47 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di 3,3 richiesti e per la lungodegenza e riabilitazione 0,69 in linea con i 0,7 richiesti.

Tabella 24 Posti letto per attività Regione Abruzzo, 2020. (Fonte: HSP 13)

Tipo	Accreditati	Non Accreditati	Totale
ACUTI	3,42	0,05	3,47
RIABILITAZIONE	0,47	0,06	0,53
LUNGODEGENZA	0,12	0,05	0,16
NEONATI SANI	0,10	0,00	0,10
Totale	4,00	0,16	4,15

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

Tabella 25 Posti letto assistenza ospedaliera delle strutture pubbliche, 2020. (Fonte: HSP12)

Nome struttura	DO	DH/DS
OSPEDALE SAN SALVATORE	418	51
PO SULMONA 'DELL' ANNUNZIATA'	143	12
PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	225	23
Presidio Ospedaliero 'Castel Di Sangro'	26	3
PO TAGLIACOZZO ' UMBERTO I'	102	-
P.O. CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' CHIE	398	42
P.O. LANCIANO Renzetti	170	29
P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	193	22
P.O. ATESSA 'SAN CAMILLO DE LELLI'	104	-
P.O. 'M. SS. IMMACOLATA DI GUARDIAGRELE'	-	-
P.O. 'G. BERNABEO' ORTONA	105	22
P.O. 'SPIRITO SANTO' PESCARA	649	77
P.O. S. MASSIMO di PENNE	86	14
P.O.'S.S. TRINITA" POPOLI	60	4
OSPEDALE MAZZINI	421	52
OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLEN	125	11
OSPEDALE SAN LIBERATORE DIATR	287	23
OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA	122	12
Totale	3.634	397

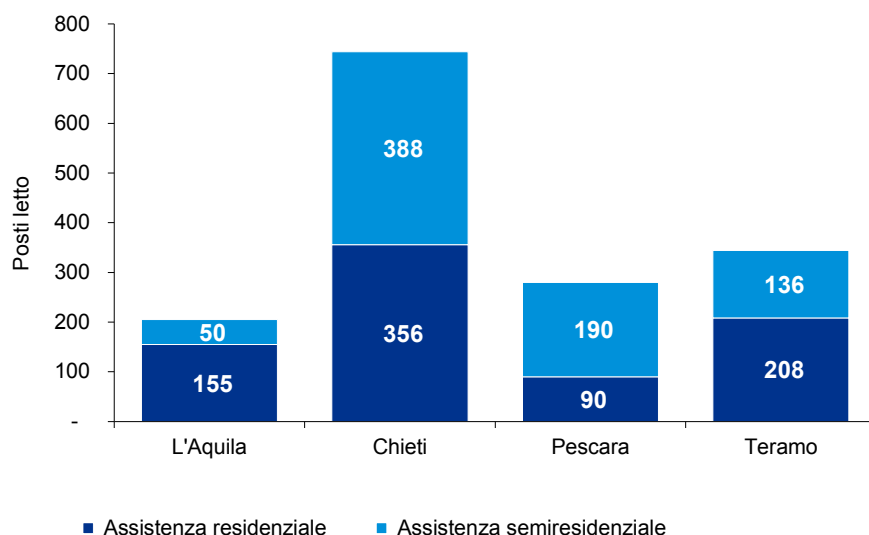
I posti letto per l'assistenza ospedaliera nelle strutture private sono suddivisi in accreditati e non accreditati come segue.

Tabella 26 Posti letto assistenza ospedaliera delle strutture private. (Fonte: HSP 13)

	Non accreditati	Accreditati	Totale
ACUTI	64	693	757
LUNGODEGENZA	0	60	60
RIABILITAZIONE	77	421	498
Totale	141	1174	1315

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

Figura 23 Posti letto per riabilitazione con assistenza residenziale e semiresidenziale per Regione Abruzzo, 2020



1.a.6.2 Analisi delle apparecchiature

L'attuale dotazione tecnologica delle grandi apparecchiature della Regione Abruzzo mostra negli ultimi anni una diminuzione in termini di età media dall'attrezzatura, trend in linea con la media nazionale (Tabella 26). La presenza sul territorio delle grandi apparecchiature appare non essere in linea con l'offerta nazionale come evidenziato in Tabella 27.

Tabella 27 Età media delle Grandi Apparecchiature dell'Abruzzo (pubblico) confrontata con le medie nazionali (pubblico e privato). (Fonte: GAP02)

Anno (dati al 31/12)	Età media Grandi Apparecchiature (Pubblico)	Età media Grandi Apparecchiature Italia (Pubblico e Privato)
2020	9,48	9,64
2019	9,74	10,33
2018	10,15	10,90
2017	11,80	11,92
2016	12,64	12,37

Tabella 28 Dotazione tecnologica a maggior rilevanza economica per 1.000 abitanti, anno 2020. (Fonte: GAP02)

	Abruzzo	Italia
Tomografo	0,034	0,035
Computerizzato		
Risonanza Magnetica	0,025	0,031
Acceleratore Lineare	0,006	0,007
Robot Chirurgico	0,002	0,002
Gamma Camera	0,009	0,006
TC/Gamma Camera	-	0,002
TC/PET	0,002	0,003
Angiografo	0,011	0,013
Mammografo	0,024	0,034

1.a.6.3 Dotazione infrastrutturale informatica e sistemi informativi

La Regione Abruzzo per meglio comprendere la dotazione dei sistemi informativi delle Aziende del SSR ha commissionato un Assessment tecnologico finalizzato a valutare l'assetto attuale dei servizi ICT attraverso l'analisi della dimensione applicativa, tecnologica, organizzativa ed infrastrutturale. Al fine della raccolta puntuale delle informazioni, l'analisi è stata realizzata secondo una metodologia di IT Assessment basata su un framework di riferimento che copra le componenti rilevanti dell'ICT, quali il portafoglio applicativo e la comunità di utenti, l'organizzazione IT, l'infrastruttura, la lista dei sistemi server e l'analisi dell'architettura generale dei sistemi e di ciascun sistema. In particolare, sono state realizzate delle schede di Assessment composte da diverse sezioni concernenti le dimensioni di analisi sopracitate. L'attività di Assessment ha evidenziato che i servizi ICT delle Aziende presentano un alto grado di eterogeneità per area analizzata in termini di: applicativi in uso e condizioni contrattuali. Nonostante la completezza delle informazioni mappate, il processo di reperimento delle stesse risulta frammentato tra più interlocutori; inoltre, alcuni sistemi in uso presso la Aziende risultano obsoleti, accrescendo il "Debito Tecnico" rispetto alle soluzioni applicative più moderne ed efficienti.

Per tale motivo la Regione, seguendo le indicazioni sia nazionali che internazionali di evoluzione al digitale, ha definito un Piano Triennale per la Sanità Digitale che intende identificare gli interventi concreti da attuare nel triennio 2021-2023, favorendo una pianificazione pluriennale degli interventi ICT e potenziando il monitoraggio e la governance del percorso di trasformazione digitale delle aziende del SSR, definendo le azioni attuate e da attuare nel prossimo triennio.

Le linee di sviluppo si orchestrano sui seguenti obiettivi principali:

Proseguire il percorso di digitalizzazione dei processi già cominciato, salvaguardando gli investimenti pregressi già attuati.

- Evolvere l'architettura ICT al fine di favorire una maggiore integrazione fra ospedale e territorio e fra sanitario e sociale.
- Realizzare un nuovo modello di accesso basato sui servizi online.

- Offrire servizi digitali di maggior valore, qualità e di facile fruizione, anche attraverso il rafforzamento delle interazioni e delle modalità di coinvolgimento degli utenti.
- Transitare verso piattaforme cloud, secondo il paradigma “cloud first”, con significativi benefici in termini di efficienza, scalabilità e portabilità.
- Attuare un’organizzazione flessibile, trasparente e aperta al cambiamento, che punta sulle persone, stimola l’apprendimento continuo e rafforza le competenze digitali.
- Disporre di un asset di dati per indirizzare le azioni regionali, in grado di fornire supporto strategico durante i processi decisionali ed operativi delle Aziende Sanitarie.
- Favorire la comunicazione verso i cittadini, per indirizzarli all’uso consapevole dei servizi digitali offerti, in particolare del Fascicolo Sanitario Elettronico e verso i principali referenti dell’ambiente sanitario.

1.a.6.4 Analisi del rischio sismico

Di seguito si riporta il dettaglio dell’indicatore di rischio α_2 , ossia l’indicatore del rischio di danno severo, per ciascun corpo di fabbrica delle strutture. Come si evince, è sempre inferiore al limite richiesto dalle norme, ossia al valore soglia dell’unità che caratterizza casi a basso rischio. La base di calcolo per gli indicatori di sismicità quali α_2 , è coerente con l’Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri OPCM 3274 del 20 marzo 2003 e s.m.i. e con la successiva Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri OPCM 3431 del 3 maggio 2005.

Figura 24 Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell’ospedale di Avezzano. (Fonte: Informazioni interne)

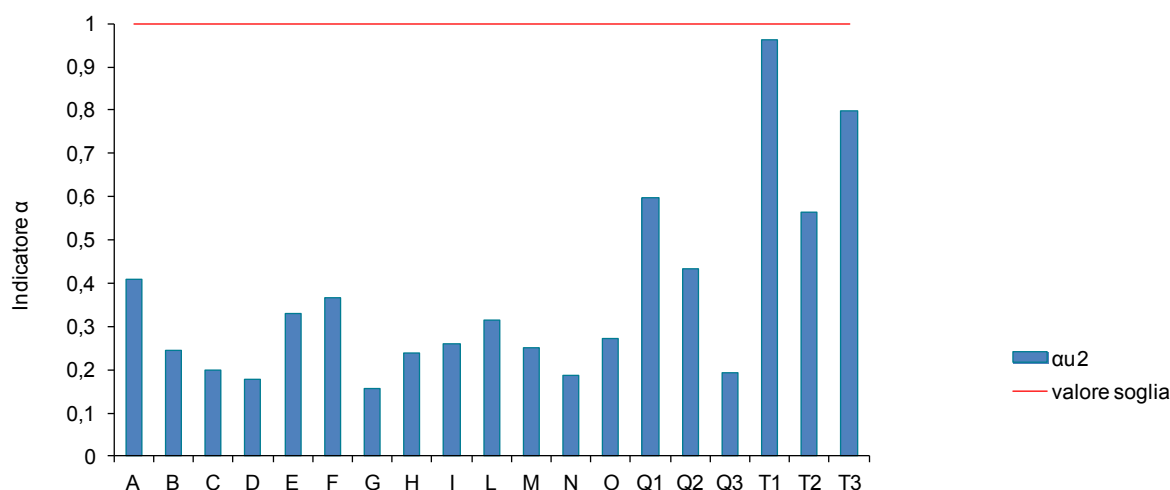


Figura 25 Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Lanciano. (Fonte: Informazioni interne)

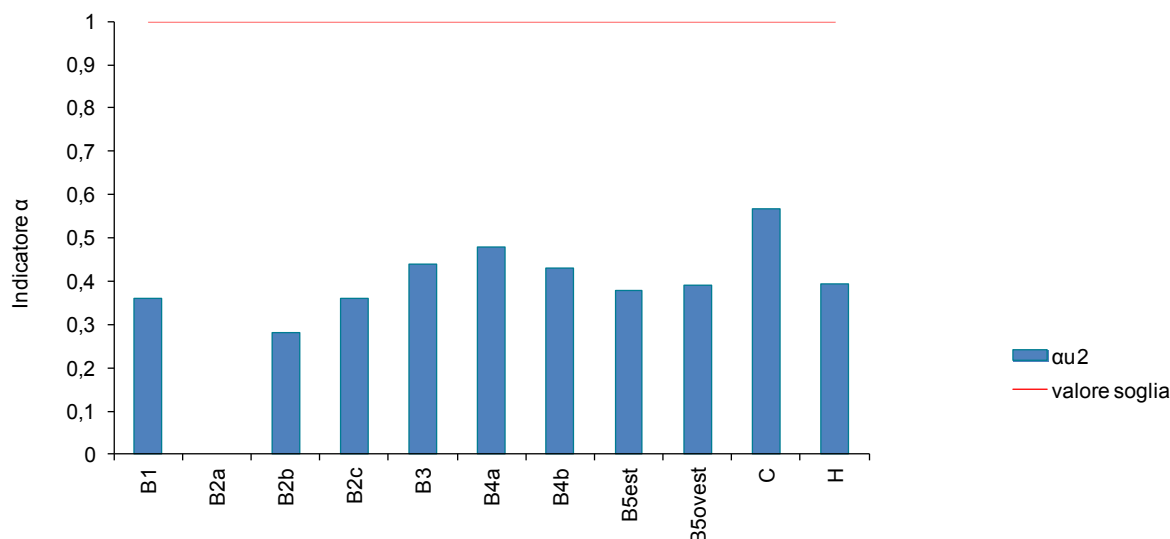
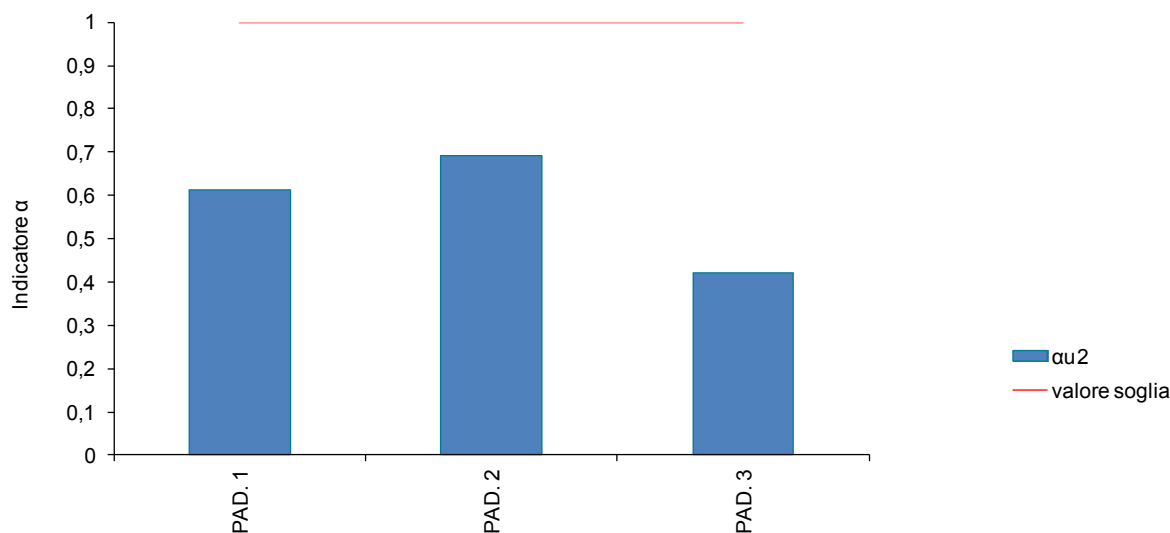


Figura 26 Rischio sismico di danno severo per corpo di fabbrica dell'ospedale di Vasto. (Fonte: Informazioni interne)



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

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

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

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

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

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

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

La qualità strutturale di ciascun presidio comprende alcune importanti valutazioni:

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

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

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

Box 1: Allegato Funzioni

Box 1: Allegato Funzioni

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

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

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

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

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

Tre le alternative analizzate:

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

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

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

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

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

- si esclude la prima alternativa del "mantenimento" delle attuali strutture: gli interventi riguarderebbero soltanto la manutenzione straordinaria escludendo interventi di adeguamento sismico come disposto dall'attuale normativa in caso di "opere strategiche";
- si esclude la seconda alternativa della "ristrutturazione" degli ospedali esistenti in quanto è stato calcolato un costo di ristrutturazione troppo vicino alla spesa da sostenere per la costruzione dei nuovi, rischiando così di mantenere in vita presidi anti economici e non produttivi. Ulteriore ragione legata all'esclusività di questa alternativa risiede nell'invasività degli interventi la cui esecuzione porterebbe alla temporanea chiusura dei presidi ospedalieri interessati o, nella migliore delle ipotesi, di parte degli stessi.

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

1.a.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

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

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

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

La regione Abruzzo, in attuazione alla DGR 343 del 17 giugno 2019, ha elaborato un documento unico di programmazione territoriale, in corso di deliberazione. Inoltre, in ottemperanza all'art. 1 del DL 34/2020, con DGR 598/2020 la Regione ha potenziato la Rete territoriale per far fronte all'emergenza COVID-19.

1.b Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.b.1 Identificazione dei bisogni assistenziali

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

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

Regione Abruzzo attua il DM 70/2015 con DGR 462/C del 20/07/2021 recante ad oggetto la D.L.R "Attuazione del DM 2 Aprile 2015, n.70-Reingegnerizzazione della governance sanitaria - rete ospedaliera".

In stretta correlazione con quanto sopra è necessario che:

- le strutture ospedaliere rispondano ai requisiti minimi normativi anche in termini di sismica e antincendio;
- le strutture ospedaliere siano caratterizzate da *layout* e macchinari adeguati a rispondere alle esigenze di cura dei cittadini abruzzesi;
- la mobilità passiva extra regionale venga ridotta.

1.b.2 Descrizione della strategia

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

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

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

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

- portare a compimento le disposizioni della citata L. 77/09 riguardante gli interventi di consolidamento e ripristino delle strutture danneggiate dal sisma attraverso la riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali riducendo il rischio sismico;
- innovare il parco strutturale ospedaliero che presenta attualmente un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti dalla normativa sismica vigente (D.M. 14.01.2008), né ai requisiti minimi (DPR 14/01/1997), né alla normativa antincendio (DPR 151/2011);
- potenziare ed ammodernare il parco tecnologico come disposto dall'art. 10 dell'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, c. 188, della L. 311/2004 destinando a detta finalità la quota pari al 34,19% delle risorse previste;

- rimodulare la rete ospedaliera nel rispetto della programmazione regionale DRG 463/C del 20 luglio 2021 “Attuazione del DM 2 aprile 2015, n. 70 - Reingegnerizzazione della governance sanitaria - Rete ospedaliera”;

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

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

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

1.c Il ruolo della rete emergenza-urgenza

La rete dell’emergenza-urgenza della Regione Abruzzo si compone del Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET-118), della rete dei Pronti Soccorso (PS) e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA). Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 si configura come l’elemento di cerniera tra l’attività sanitaria svolta sul territorio e quella svolta in ospedale, realizzando il raccordo tra esigenze della medicina extraospedaliera e quella ospedaliera attraverso la sua opera di coordinamento e di gestione degli interventi di soccorso, sia in caso di emergenza singola, sia in caso di maxi-emergenza. La “mission” del Servizio di Emergenza Territoriale 118 è volta alla “riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza - urgenza sanitaria” attraverso l’intervento diretto e qualificato con il primo trattamento sul luogo dell’evento ed il trasporto protetto all’ospedale competente. Attraverso il sistema di Emergenza-Urgenza si attua una allocazione della domanda coerente con il sistema dei bisogni differenziati per complessità assistenziale e di cura, secondo una logica matriciale con il sistema di offerta presente sul territorio.

Il modello gestionale 118 dell’Abruzzo si caratterizza per la presenza di 4 Centrali Operative: L’Aquila, Chieti, Pescara e Teramo, alle quali afferiscono diverse postazioni territoriali localizzate su tutto il territorio regionale e 2 postazioni di elisoccorso presso gli aeroporti di Pescara e L’Aquila. Va precisato che la Regione, nel rispetto del bacino di riferimento previsto dal Decreto 70/2015 di una centrale operativa ogni 600.000 abitanti, ha attualmente in corso la revisione organizzativa delle CO 118 prevedendone due, di cui una localizzata presso l’Ospedale Civile S. Salvatore di L’Aquila e una identificata nell’area metropolitana Chieti- Pescara. Per quel che riguarda le postazioni territoriali del 118, la distribuzione dei mezzi di soccorso viene programmata nel rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015, secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, a cui si aggiungono alcuni correttivi previsti dallo stesso Decreto quali:

- vie di comunicazione;
- vincoli orografici e climatologici;
- tempi di percorrenza per l’arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- flussi turistici stagionali;
- distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso e distribuzione dei Punti di Primo Intervento.

A completamento del quadro descrittivo della rete, la programmazione regionale individua quali sedi di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) le strutture ospedaliere riconvertite in presidi per attività di post acuzie, sedi dei Punti di Primo Intervento. L’operatività del PTA ha la finalità principale di garantire un primo filtro anche per interventi richiesti in urgenza di basso-medio livello.

Rispetto, invece, alla qualificazione degli ospedali appartenenti alla Rete dell’Emergenza secondo i criteri del DM 70/2015 sono stati identificati nella DGR 463/C di Luglio 2021:

- i presidi ospedalieri sedi di Pronto Soccorso;
- i presidi ospedalieri sedi di DEA di I livello;
- i presidi ospedalieri sedi di DEA di II livello.

Considerate le peculiari caratteristiche del territorio abruzzese, l’orientamento della rete verte verso una copertura assistenziale e di continuità finalizzata a garantire anche i territori periferici, utilizzando i parametri necessari riferiti ai bacini di utenza per singola disciplina.

La riqualificazione della rete ospedaliera con la relativa costruzione dei 3 nuovi Ospedali, deve essere letta in ottica integrata rispetto all’organizzazione della rete regionale dell’emergenza-urgenza e delle riforme attuate nel corso degli ultimi anni. La definizione di procedure, protocolli e sistemi di integrazione verranno adeguati in corrispondenza degli interventi di riqualificazione citati. Allo stesso modo, l’impatto della nuova rete ospedaliera che si andrà a configurare sull’intero sistema di emergenza-urgenza verrà gestita in ottica di coordinamento, integrazione e accompagnamento nelle fasi transitorie di attivazione dei nuovi Ospedali e in relazione alla riconfigurazione/mantenimento di quelli esistenti al fine di mantenere e rafforzare il complesso quadro di copertura territoriale assistenziale voluto dall’organizzazione di una rete di emergenza-urgenza.

Per quel che riguarda la costruzione del nuovo ospedale di Vasto, nelle fasi di passaggio tra la completa attivazione della nuova struttura e la dismissione di quella già esistente, il 118 garantirà il trasporto dei pazienti, in sicurezza e secondo i normali standard operativi, in funzione dei percorsi assistenziali che la condizione di cura necessita e che potrebbe quindi prevedere fasi del percorso gestite da unità operative presenti nel plesso in dismissione e fasi del percorso gestite da unità operative presenti nella nuova struttura ospedaliera. Il 118 svolgerà il ruolo di cerniera tra i momenti di passaggio degli assistiti tra le strutture ospedaliere citate, oltre alle consuete attività afferenti alla funzione di sistema che ricopre.

Al contempo, per l’intervento di riqualificazione che interessa l’ospedale di Lanciano il ruolo che verrà svolto dal 118 è di connessione dei trasporti e orientamento della domanda nella rete degli ospedali presenti sul restante territorio di afferenza, come può considerarsi ad esempio l’ospedale di Chieti.

2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.a Obiettivi del programma

2.a.1 Analisi dei problemi e priorità

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

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

2.a.2 La catena degli obiettivi

Valutate le criticità e le priorità di cui al paragrafo precedente, si identificano gli obiettivi generali, specifici ed operativi del programma. Tali obiettivi rappresentano l'attuazione di una ulteriore fase di interventi in coerenza con gli obiettivi previsti anche in sede di reingegnerizzazione della rete ospedaliera.

Obiettivi generali

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

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

Obiettivi specifici

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

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

Obiettivi operativi

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

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

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

O4. Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed elisoccorso

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

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

Le schede tecniche progettuali sono riportate nel capitolo 6.

2.a.3 Interventi progettuali

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

- **costruzione di tre nuovi ospedali** (Avezzano, Lanciano e Vasto) e organizzazione degli stessi per area d'intensità, in quanto rappresentano in Regione un punto di riferimento per la garanzia del soddisfacimento dei LEA, il recupero di flussi di mobilità passiva e il raggiungimento di livelli qualitativi elevati sulle prestazioni;
- **realizzazione centrale operativa 118 con Eliporto ed Hangar presso l'Ospedale civile San Salvatore di L'Aquila.**

Tabella 29 Quadro finanziario

Sintesi quadro finanziario interventi	
Quadro finanziario	Risorse
Accordi di programma (delibera cipe n. 52/98)	€ 228.522.755
Accordi di programma (delibera cipe n. 51/2019)	€ 89.553.634
Totale risorse per accordi di programma da sottoscrivere	€ 318.076.389
Contributo della Regione Emilia-Romagna alla ASL1	€ 2.100.000
Contributo Bankitalia	€ 1.984.000
Totale risorse	€ 322.160.389

La scelta di costruire nuove strutture piuttosto che ristrutturare le vecchie, è più economica; in aggiunta a ciò l'“adeguamento” o il “miglioramento” dei presidi ospedalieri esistenti non eliminerebbe il rischio sismico. Continuerebbe a persistere come effetto collaterale un elevato rischio sismico residuo: gli edifici ristrutturati raggiungerebbero un rapporto massimo di α_{u2} di 0.7 e non 1.

Combinando le necessità dettate dalla popolazione coinvolta, emerge la priorità di concentrarsi in *primis* sui presidi ospedalieri di Lanciano e Vasto, in coerenza con le somme disponibili per gli interventi. I 2 ospedali rappresentano, nel raggruppamento dei 12 ospedali di dimensioni medio - basse, quelli a maggior rischio sismico e contemporaneamente a bacino di utenza più rilevante in termini di popolazione, oltre ad essere supporto dei grandi ospedali di Chieti, Pescara, Teramo e l'Aquila.

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

Tabella 30 Obiettivi strategici e relativi interventi progettuali

Obiettivi strategici per macro-intervento			
Obiettivi strategici	Interventi	Valorizzazione complessiva (€)	di cui altri finanziamenti altre ASL (€)
A) Potenziare la rete emergenza urgenza	Realizzazione della centrale operativa del 118, Hangar, eliporto e parcheggio	8.314.000	4.084.000
B) Ricostruire ex-novo gli ospedali di medie dimensioni per adeguarli alle norme sismiche e/o antiincendio, per la messa in sicurezza delle strutture e per elevare l'offerta sanitaria	Nuova costruzione del P.O. Avezzano Nuova costruzione del P.O. di Lanciano Nuova costruzione del P.O. di Vasto	311.645.694	-
Valorizzazione complessiva		319.959.694	4.084.000

In merito alla disponibilità finanziaria da utilizzare per il nuovo programma proposto, si devono considerare le seguenti risorse:

- **€ 228.522.755,00:** attuale AdP art. 20 - L. 67/88 a carico dello Stato. Importo reso disponibile dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la copertura di Accordi di Programma derivanti da:
 - **€ 87.389.794,02** da art. 20 L. 67/88 - 2° fase (Assegnazione Delibera CIPE n. 52/1998 e n. 53/1998);
 - **€ 7.850.145,00** da art. 20 L. 67/88 (Assegnazione Delibera CIPE n. 65/2002 del 02/08/2002);
 - **€ 60.357.372,57** da art. 20 L. 67/88 (Assegnazione Delibera CIPE n. 98/2008 del 18/12/2008);
 - **€ 72.925.444,02** da art. 20 L. 67/88 (Assegnazione Delibera CIPE n. 97/2008 del 18/12/2008).
- **€ 2.100.000,00** come somma messa a disposizione dalla regione Emilia-Romagna per il P.O. di L'Aquila a seguito di accordo di programma con la ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila (Convenzione in forza della deliberazione della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 1255 del 6 settembre 2010, approvata a seguito della deliberazione del Direttore Generale della ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila, n. 1349 del 10 agosto 2011) impegnati con determinazione n° 377 del 18/07/2011;
- **€ 1.984.000** come somma messa a disposizione da Bankitalia;
- **€ 89.553.634,00:** Delibera CIPE n. 51/2019

2.a.4 Offerta post-operam

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

In particolare, a seguito della realizzazione degli interventi previsti dal Programma si avrà, in relazione agli obiettivi generali e specifici richiamati al paragrafo "2.a.2 - La catena degli obiettivi":

- Riqualificazione dell'offerta sanitaria e dell'Ospedale di Avezzano, Lanciano e Vasto;
- Ottimizzazione dei modelli organizzativi e delle risorse energetiche;
- Adeguamento delle strutture sanitarie alle norme di prevenzione incendi e miglioramento rispetto alle nuove norme di prevenzione sismica. Con questi interventi si continua a perseguire l'obiettivo di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie in condizioni di sicurezza riducendo progressivamente il disallineamento con la normativa vigente;
- Ammodernamento tecnologico finalizzato a qualificare ulteriormente le performance aziendali: l'ammodernamento delle apparecchiature sanitarie volto al miglioramento dell'assistenza in termini di sicurezza ed efficienza dei processi diagnostico-terapeutici;
- Ammodernamento dei sistemi e delle apparecchiature informatiche volto a migliorare i livelli di sicurezza e di usabilità dei sistemi informatizzati, a limitare il rischio clinico (individuazione del paziente, gestione del diario clinico, somministrazione farmaceutica assistita, ecc.), a supportare la gestione dei percorsi assistenziali fra strutture ospedaliere e territoriali, nonché a semplificare l'accesso dei cittadini ai servizi;

2.b Coerenza interna con la strategia

2.b.1 Relazione e complementarità delle priorità

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

- alla realizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il DGR 463/C in attuazione al DM 70/2015;
- alla messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, per garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- all'innovazione e all'ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute.

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

Le criticità strutturali degli ospedali di Avezzano, Lanciano e Vasto frenano lo sviluppo dell'attività sanitaria. Ciò ha portato alla necessità di provvedere alla realizzazione di nuove strutture in alternativa alle esistenti, con capacità adeguata alle attuali esigenze ma al contempo in grado di adeguarsi nel tempo alle modifiche, anche non lievi, che lo sviluppo tecnologico e della pratica medica renderanno necessarie. La progettazione di nuovi complessi edilizi, oltre a risolvere i problemi strutturali dal punto di vista normativo, consentirà anche di studiare con attenzione le modalità di layout più adeguate per rispondere all'ottimizzazione dei flussi di pazienti, visitatori, personale e merci.

2.b.2 Analisi dei rischi

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

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

Tabella 31 Matrice SWOT

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

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

3.a Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale

3.a.1 Coerenza con le priorità della Programmazione 2021-2027

La politica regionale unitaria, comunitaria e nazionale, riconosce la necessità di contribuire in modo significativo allo sviluppo della capacità di ricerca, innovazione, creazione e applicazione della conoscenza, alla più ampia diffusione della società dell'informazione e al migliore utilizzo del potenziale applicativo delle Tecnologie di Informazione e Comunicazione: nell'ambito della Programmazione 2021-2027 e più specificatamente nell'Accordo di Partenariato 2021-2027, tali elementi sono identificati (ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE n. 1303/2013) con l'Obiettivo specifico 1 - "rafforzare la ricerca e l'innovazione" e l'Obiettivo specifico 2 - "digitalizzazione della PA".

Tale argomento si inquadra, quindi, nel più ampio obiettivo di promozione di una "Europa più intelligente" previsto dall'Accordo di Partenariato 2021-2027.

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

Tra gli obiettivi specifici previsti dall'Accordo di Partenariato 2021-2027, risultano connessi alla strategia del programma di investimenti i seguenti punti:

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

All'interno dell'Accordo è inoltre presente un programma interamente dedicato alla Salute che ha l'obiettivo di superare il deficit delle regioni meridionali reso ancora più evidente con la pandemia. Le azioni proposte si concentreranno sul contrasto alla povertà sanitaria e il rafforzamento di medicina di genere, prevenzione e tutela delle persone con disagio psichico, in particolare tra le fasce più vulnerabili nelle regioni meno sviluppate.

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

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

- DM 70 di Aprile del 2015 relativo al "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Programma Operativo 2019-2021 (in via di approvazione);
- D.Lgs. 95/12 - convertito in L.135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending Review*);
- DCA 79 del 2016 relativo al Riordino della rete ospedaliera della regione Abruzzo, superato dalla DGR 463/C del 26/07/2021 recante ad oggetto la D.L.R. "Attuazione del DM del 2 aprile 2015 n.70 - Reingegnerizzazione della governance sanitaria-rete ospedaliera". DGR 462/C del 20 luglio 2021 - determinazioni.

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

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

- **messa a norma e in sicurezza dei nodi ospedalieri della rete** in termini di adeguamento a normativa disabili, adeguamento impiantistico (DPR 14/01/1997, L. 626/94, L. 46/90), adeguamento per la sicurezza (D.Lgs. 81/08), ristrutturazione locali ai fini dell'accessibilità e della sicurezza, sistemazione aree esterne ai fini dell'accessibilità e della sicurezza delle strutture sanitarie, della riorganizzazione logistica, distributiva ed impiantistica delle aree funzionali delle stesse con conseguente rilevante ammodernando di manufatti edilizi spesso desueti e risalenti agli anni 60/70 dei presidi Lanciano e Vasto;
- **potenziamento tecnologico della diagnostica** mediante l'innovazione dell'attuale parco tecnologico dei servizi/ reparti prevalentemente afferenti alla costruzione dei nuovi ospedali di Lanciano e Vasto.
- **riduzione del rischio sismico (attuazione delle disposizioni della legge 77/09 e successive NCT 2018 approvate con DM 17/01/2018 ed entrate in vigore al 22/03/2018)** attraverso il ripristino strutturale e funzionale del P.O. di Lanciano e Vasto;
- **adeguamento alla normativa antincendio** delle strutture sanitarie attraverso la realizzazione, all'interno dell'attuazione dell'AdP stralcio 2004 e dell'AdP rimodulato.

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

- **finanziamento materno–infantile**, le cui somme non spese sono state rimodulate a favore di interventi mirati; (Decreto del Commissario ad Acta n.66/2012) si è realizzato il potenziamento dei servizi dedicati alla donna e al bambino adeguando i reparti afferenti ai Dipartimenti materno-infantili, alle Unità operative di ostetricia e ginecologia e alla rete consultoriale territoriale e le sale parto dei presidi ospedalieri di Sulmona, Ortona, Chieti e Sant'Omero;
- **finanziamento intramoenia**, le cui somme non spese sono state rimodulate a favore di interventi mirati (Decreto del Commissario ad Acta n. 68/2011). È in corso di realizzazione l'adeguamento degli ambulatori dei PP.OO. di L'Aquila, Castel di Sangro, Ortona, Atesa, Chieti, Pescara, Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero e delle degenze dei PP.OO di Castel di Sangro, Ortona, Atesa, Casoli, Chieti, Pescara, Penne, Popoli, Teramo, Atri, Giulianova e Sant'Omero;
- **finanziamento concernente la lotta all'AIDS**. Si è realizzato l'adeguamento dei reparti di malattie infettive di Pescara, L'Aquila e Chieti;
- **finanziamento concernente la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani**. Sono in corso di ultimazione gli interventi di adeguamento a norma/ristrutturazione/potenziamento tecnologico ricadenti sul P.O. di L'Aquila.

3.a.2.1 PNRR

Nell'ambito degli interventi realizzativi previsti dal PNRR, la Regione Abruzzo è impegnata nella realizzazione di interventi in materia di antisismica, rinnovo grandi apparecchiature e digitalizzazione. In riferimento alla trasmissione dei programmi di attuazione al Ministero Salute, prot.n.RA/0338778/21 del 13.08.2021, interventi per la sicurezza delle strutture sanitarie, del fabbisogno di apparecchiature elettromedicali e di diagnostica per immagini, dei fabbisogni finalizzati all'ammodernamento del digitale ospedaliero delle ASL della regione Abruzzo, si riportano le somme messe a disposizione per la regione Abruzzo come adempimento all'Accordo di Programma.

L'importo assegnato alla Regione per la sostituzione di apparecchiature obsolete ammonta a € 31.130.224,47, per il PNRR con disponibilità economica pari a € 16.724.125,65 ed Fondo Complementare con disponibilità economica pari a € 37.958.740,01, per interventi per la sicurezza delle strutture sanitarie (la cui scelta si è basata sui criteri della priorità dell'intervento e della disponibilità della documentazione completa relativa alle verifiche tecniche rispetto all'OPCM 3274/2003) ed infine per l'ammodernamento del digitale ospedaliero €37.961.619,64.

3.a.2.2 Confronto di dettaglio tra atti di programmazione e studi di fattibilità

Nel corso degli anni, la definizione della rete ospedaliera della regione Abruzzo passa attraverso l'adozione di diversi strumenti di programmazione. Il DCA 79 relativo al riordino della Rete Ospedaliera, approvato nel 2016, prevedeva l'adeguamento e la classificazione degli ospedali abruzzese in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal DM 70 di Aprile 2015. Le ASL abruzzesi nel corso del 2017 hanno adottato le indicazioni previste dal DCA 79 del 2016 all'interno dei propri atti aziendali.

L'ASL di Lanciano-Vasto-Chieti con la Delibera n. 575 del 19 maggio 2017, successivamente integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 1138 del 19 ottobre 2017, ha adottato l'atto aziendale che recepisce nell'art. 24 e 25 e negli organigrammi allegati a tale atto l'organizzazione e la classificazione degli ospedali così come previsto dal DCA 79/2016.

In particolare, per il Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano si registravano al 01 gennaio 2016, secondo i Modelli di rilevazione ministeriale (HSP 12), 207 posti letto, con 25 Unità Operative semplici (di cui 6 dipartimentali) e 14 Unità Operative Complesse. Con il DCA 79 del 2016, i posti letto sono aumentati fino a 218, con 16 Unità Operative Semplici (di cui 8 dipartimentali) e 11 Unità Operative Complesse.

Tabella 32 Confronto posti letto PO di Lanciano tra situazione AS IS e DCA 79/2016

Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano - confronto Posti letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DCA 79/2016			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Cardiologia	8	-	-	1	11	-	-	1
UTIC	7	1	-	-	6	1	-	-
Lungodegenza	18	1	-	-	-	-	-	-
Medicina Generale	15	1	1	1	61	2	-	1
Geriatría	15	1	-	-	-	-	-	-
Nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	24	1	-	1	25	-	-	1
Stroke unit	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia	10	-	-	1	-	-	-	-
Malattie endocrine	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Generale	21	1	-	1	27	-	-	1
Chirurgia Toracica	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Vascolare	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	6	-	-	1	7	1	1	-
Ortopedia e Traumatologia	22	1	-	1	23	-	-	1
ORL	5	-	-	-	-	-	-	-
Urologia	5	1	-	-	-	-	-	-
Neurochirurgia	-	-	-	-	-	-	-	-
Allergologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ostetricia Ginecologia	18	2	1	1	21	-	-	1
Pediatria	12	1	-	1	12	-	-	1
Terapia Intensiva neonatale	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva	6	2	-	1	6	2	-	1
Dialisi	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastroenterologia	-	1	1	-	-	1	1	-
Osservazione Breve Intensiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Odontoiatria e Stomatologia	-	1	1	-	-	1	1	-
Psichiatria	15	1	1	-	19	1	1	-
Dermatologia	-	1	-	-	-	-	-	-
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	3	-	1	-	1	-	1
Radiologia	-	1	-	1	-	1	1	-
Anatomia e istologia patologica	-	-	1	1	-	1	1	1
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-	1
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	1	-	1	-	-
Laboratorio d'analisi	-	-	-	-	-	1	1	-
Medicina Nucleare (senza posti letto)	-	1	-	-	-	-	-	-
Farmacia ospedaliera	-	1	-	-	-	1	-	-
Servizio trasfusionale	-	1	-	-	-	-	-	-
Totale	207	25	6	14	218	16	8	11

Il Presidio Ospedaliero "S. Pio da Petralcina" di Vasto, invece, al 01 gennaio 2016 registrava 202 posti letto, 21 Unità Operative Semplici (di cui 4 dipartimentali) e 12 Unità Operative Complesse. Con il DCA 79 del 2016, è stato previsto un aumento dei posti letto fino a 228, con 17 Unità Operative Semplici (di cui 6 dipartimentali) e 12 Unità Operative Complesse.

Tabella 33 Confronto posti letto PO di Vasto tra situazione AS IS e DCA 79/2016

Presidio Ospedaliero "S. Pio da Petralcina" di Vasto - confronto Posti Letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DCA 79/2016			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Malattie infettive	16	1	1	-	10	1	1	-
Nefrologia	4	1	-	-	-	-	-	-
Medicina generale	30	-	-	1	30	-	-	1
Ostetricia e ginecologia	22	1	-	1	23	1	-	1
Pediatria e nido	8	1	1	-	8	1	1	-
Blocco parto	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatría	18	-	-	1	-	-	-	-
Chirurgia generale	20	-	-	1	23	-	-	1
Urologia	15	-	-	1	17	1	-	-
Ortopedia e traumatologia	20	-	-	1	23	-	-	1
Otorinolaringoiatra	5	-	-	1	6	1	1	-
Day Hospital chemioterapico	-	-	-	-	-	-	-	-
Psichiatria	4	1	-	-	5	1	-	-
Neurologia e Stroke unit (4 sub unit)	11	1	1	-	19	-	-	1
Utic	6	1	-	-	6	1	-	-
Cardiologia	8	-	-	1	11	-	-	1
Emodinamica	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnostica per immagini	-	-	-	-	-	-	-	-
OBI	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patologica	-	1	-	-	-	1	-	-
Morgue	-	-	-	-	-	-	-	-
Blocco operatorio	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva (e subintensiva)	6	2	1	1	6	2	1	1
Day Surgery	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia e gastroenterologia	8	1	-	1	13	1	-	1
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	2	-	1	-	1	-	1
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	-	1	-	-	4	1	1	-
Oncologia (con posti letto)	1	1	-	-	-	-	-	-
Lungodegenti	-	1	-	-	24	-	-	1
Radiologia	-	1	-	1	-	-	-	1
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	1	-	-	-	1	1	-
Farmacia ospedaliera	-	1	-	-	-	1	-	-
Laboratorio d'analisi	-	1	-	-	-	1	-	-
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-	1
Servizio trasfusionale	-	1	-	-	-	1	-	-
Totale	202	21	4	12	228	17	6	12

Allo stesso modo, l'ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila con deliberazione del Direttore Generale n. 1086 del 29 giugno 2017 ha adottato nel proprio atto aziendale agli art. 28 e 31.2 l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera così delineata dal DCA 79 del 2016.

In particolare, per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero "S. Filippo e Nicola" di Avezzano, i posti letto al 01 gennaio 2016 (secondo i modelli ministeriali HSP) erano pari a 224, con 11 Unità Operative Semplici (tutte Dipartimentali) e 16 Unità Operative Complesse. Con il DCA 79 del 2016, si è previsto un aumento

dei posti letto a 228, con 13 Unità Operative Semplici (di cui 10 Dipartimentali) e 16 Unità Operative Complesse.

Tabella 34 Confronto posti letto PO di Avezzano tra situazione AS IS e DCA 79/2016

Presidio Ospedaliero "S. Filippo e Nicola" di Avezzano - confronto Posti Letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DCA 79/2016			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Medicina Generale	20	-	-	1	23	-	-	1
Geriatría	35	-	-	1	20	-	-	1
Malattie Infettive Tropicali	10	-	-	1	10	1	1	-
Cardiologia	9	-	-	1	11	-	-	1
Neurologia	4	-	-	-	13	-	-	1
Oncologia	15	1	1	-	2	1	1	-
Ematologia	3	1	1	-	2	1	1	-
Allergologia	3	1	1	-	2	1	1	-
Malattie endocrine	1	1	1	-	1	1	1	-
Chirurgia Generale	23	1	1	2	23	2	1	1
Chirurgia Vascolare	17	-	-	1	17	-	-	1
Ortopedia e Traumatologia	20	1	1	-	20	-	-	1
ORL	8	-	-	1	8	-	-	1
Urologia	8	-	-	-	8	1	-	-
Oculistica	2	-	-	1	2	-	-	1
Terapia Intensiva	6	-	-	1	8	-	-	1
UTIC	6	-	-	-	6	-	-	-
Stroke unit	-	-	-	-	-	-	-	-
Ostetricia Ginecologia	22	-	-	1	22	-	-	1
Pediatria	4	-	-	1	6	-	-	1
Neonatologia	4	-	-	-	2	-	-	-
Psichiatria	-	-	-	-	-	-	-	-
Lungodegenza	-	-	-	-	22	1	1	-
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	1	1	1	-	-	-	1
Neurochirurgia	4	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	1	1	-	-	1	-	-
Anatomia e istologia patologica	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	1	-	-	-	1
Emodialisi	-	1	1	-	-	1	1	-
Angiologia	-	1	1	-	-	1	1	-
Medicina sportiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina legale	-	-	-	-	-	-	-	-
Day surgery	-	1	1	-	-	1	1	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	1	-	-	-	1
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della	-	-	-	-	-	-	-	-
Farmacia ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorio d'analisi	-	-	-	1	-	-	-	1
Servizio trasfusionale	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	224	11	11	16	228	13	10	16

A luglio 2021, con DGR 463/C è stata approvato il D.L.R. "Attuazione del DM del 2 aprile 2015 n.70 - Reingegnerizzazione della governance sanitaria-rete ospedaliera". Tale atto di programmazione prevede un aggiornamento del DCA 79 del 2016, modificando gli assetti organizzativi dei presidi ospedalieri. In particolare, per quanto riguarda i tre ospedali oggetto del presente Accordo di Programma, si prevede per il P.O. di Lanciano un aumento di posti fino a 258, con 13 Unità Operative Semplici e 16 Unità Operative Complesse (Tabella 32); per il P.O. di Vasto un aumento dei posti letto fino 239, con 17 Unità Operative Semplici e 14 Unità Operative Complesse (Tabella 33) e per il P.O. di Avezzano un aumento dei posti letto fino a 239, con 16 Unità Operative Semplici e 18 Unità Operative Complesse (Tabella 34).

Tabella 35 Confronto posti letto PO di Lanciano tra situazione AS IS e DGR 463/C/2021

Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano - confronto Posti letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DGR 463/C/2021			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Cardiologia	8	-	-	1	11	-	-	1
UTIC	7	1	-	-	6	1	-	-
Lungodegenza	18	1	-	-	18	1	-	-
Medicina Generale	15	1	1	1	61	-	-	1
Geriatria	15	1	-	-	20	-	-	1
Nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	24	1	-	1	25	-	-	1
Stroke unit	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia	10	-	-	1	-	-	-	-
Malattie endocrine	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Generale	21	1	-	1	27	-	-	1
Chirurgia Toracica	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Vascolare	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	6	-	-	1	7	1	-	-
Ortopedia e Traumatologia	22	1	-	1	23	-	-	1
ORL	5	-	-	-	-	1	-	-
Urologia	5	1	-	-	-	1	-	-
Neurochirurgia	-	-	-	-	-	-	-	-
Allergologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ostetricia Ginecologia	18	2	1	1	21	-	-	1
Pediatria	12	1	-	1	12	-	-	1
Terapia Intensiva neonatale	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva	6	2	-	1	6	2	-	1
Dialisi	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastroenterologia	-	1	1	-	-	1	-	-
Osservazione Breve Intensiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Odontoiatria e Stomatologia	-	1	1	-	2	-	-	1
Psichiatria	15	1	1	-	19	-	-	1
Dermatologia	-	1	-	-	-	-	-	-
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	3	-	1	-	1	-	1
Radiologia	-	1	-	1	-	-	-	1
Anatomia e istologia patologica	-	1	1	1	-	1	-	1
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-	1
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	1	-	-	-	1
Laboratorio d'analisi	-	-	-	-	-	1	-	-
Medicina Nucleare (senza posti letto)	-	1	-	-	-	-	-	-
Farmacia ospedaliera	-	1	-	-	-	1	-	-
Servizio trasfusionale	-	1	-	-	-	1	-	-
Totale	207	25	6	14	258	13	-	16

Tabella 36 Confronto posti letto PO di Vasto tra situazione AS IS e DGR 463/C/2021

Presidio Ospedaliero "S. Pio da Petralcina" di Vasto - confronto Posti Letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DGR 463/C/2021			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Malattie infettive	16	1	1	-	10	1	-	-
Nefrologia	4	1	-	-	4	1	-	-
Medicina generale	30	-	-	1	24	-	-	1
Ostetricia e ginecologia	22	1	-	1	23	1	-	1
Pediatria e nido	8	1	1	-	8	1	-	-
Blocco parto	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatría	18	-	-	1	18	-	-	1
Chirurgia generale	20	-	-	1	23	-	-	1
Urologia	15	-	-	-	17	1	-	-
Ortopedia e traumatologia	20	-	-	1	23	-	-	1
Otorinolaringoiatra	5	-	-	1	6	1	-	-
Day Hospital chemioterapico	-	-	-	-	-	-	-	-
Psichiatria	4	1	-	-	5	1	-	-
Neurologia e Stroke unit (4 sub unit)	11	1	1	-	19	-	-	1
Utic	6	1	-	-	6	1	-	-
Cardiologia	8	-	-	1	11	-	-	1
Emodinamica	-	-	-	-	-	1	-	-
Diagnostica per immagini	-	-	-	-	-	-	-	-
Obi	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patologica	-	1	-	-	-	1	-	-
Morgue	-	-	-	-	-	-	-	-
Blocco operatorio	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva (e subintensiva)	6	2	1	1	6	2	-	1
Day Surgery	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia e gastroenterologia	8	1	-	1	2	-	-	1
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	2	-	1	-	1	-	1
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	-	1	-	-	4	1	-	-
Oncologia (con posti letto)	1	1	-	-	-	-	-	-
Lungodegenti	-	1	-	-	30	-	-	1
Radiologia	-	1	-	1	-	-	-	1
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	1	-	-	-	-	-	1
Farmacia ospedaliera	-	1	-	-	-	1	-	-
Laboratorio d'analisi	-	1	-	-	-	1	-	-
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-	1
Servizio trasfusionale	-	1	-	-	-	1	-	-
Totale	202	21	4	12	239	17	-	14

Tabella 37 Confronto posti letto PO di Avezzano tra situazione AS IS e DGR 463/C/2021

Presidio Ospedaliero "S. Filippo e Nicola" di Avezzano - confronto Posti Letto								
Discipline	Situazione al 01/01/2016				DGR 463/C/2021			
	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse	Posti letto	N° Strutture semplici	...di cui dipartimentali	N° Strutture complesse
Medicina Generale	20	-	-	1	23	1	-	1
Geriatría	35	-	-	1	20	-	-	1
Malattie Infettive Tropicali	10	-	-	1	10	1	-	-
Cardiologia	9	-	-	1	11	-	-	1
Neurologia	4	-	-	-	13	1	-	1
Oncologia	15	1	1	-	2	1	-	-
Ematologia	3	1	1	-	2	1	-	-
Allergologia	3	1	1	-	2	-	-	1
Malattie endocrine	1	1	1	-	1	1	-	-
Chirurgia Generale	23	1	1	2	23	2	-	1
Chirurgia Vascolare	17	-	-	1	17	-	-	1
Ortopedia e Traumatologia	20	1	1	-	20	-	-	1
ORL	8	-	-	1	8	-	-	1
Urologia	8	-	-	-	8	1	-	-
Oculistica	2	-	-	1	2	-	-	1
Terapia Intensiva	6	-	-	1	16	-	-	1
UTIC	6	-	-	-	6	-	-	-
Stroke unit	-	-	-	-	-	-	-	-
Ostetricia Ginecologia	22	-	-	1	22	-	-	1
Pediatria	4	-	-	1	6	-	-	1
Neonatologia	4	-	-	-	2	-	-	-
Psichiatria	-	-	-	-	3	-	-	1
Lungodegenza	-	-	-	-	22	1	-	-
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	1	1	1	-	-	-	1
Neurochirurgia	4	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	-	1	1	-	-	-	-	-
Anatomia e istologia patologica	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	1	-	1	-	1
Emodialisi	-	1	1	-	-	1	-	-
Angiologia	-	1	1	-	-	1	-	-
Medicina sportiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina legale	-	-	-	-	-	-	-	-
Day surgery	-	1	1	-	-	1	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	1	-	-	-	1
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della	-	-	-	-	-	1	-	-
Farmacia ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorio d'analisi	-	-	-	1	-	-	-	1
Servizio trasfusionale	-	-	-	-	-	1	-	-
Totale	224	11	11	16	239	16	-	18

Gli studi di fattibilità dei tre presidi ospedalieri sono stati messi a confronto con gli atti di programmazione fino a qui descritti e vi sono al momento dei disallineamenti che sono di seguito rappresentati.

Per quanto riguarda il P.O. di Lanciano, lo studio di fattibilità prevede 286 posti letto, in eccesso rispetto sia alla DGR 463/C del 2021 che del DCA 79/2016 rispettivamente di 28 e 68 posti letto. Tali differenze sono dovute in particolare ai posti letto previsti per le discipline di Lungodegenza, Geriatria e Stroke Unit. I PL in eccesso sono dovuti alla caratterizzazione a vocazione medica del nuovo P.O. di Lanciano, che in parte rispondono all'esigenza e previsione complessiva della nuova rete aziendale, in termini di PL complessivi dedicati all'area medica.

Tabella 38 Confronto Posti letto Studio di fattibilità PO Lanciano con DCA 76/2016 e DGR 463/C/2021

Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano							
Discipline	Studio di fattibilità			DGR 463/2021	Delta 1	DCA 79/2016	Delta 2
	PL Ordinari	PL DH e DS	Totale PL	Nuova rete PL		Vecchia rete PL	
Cardiologia	10	1	11	11	-	11	-
UTIC	6	-	6	6	-	6	-
Lungodegenza	24	-	24	18	6	-	24
Medicina Generale	56	5	61	61	-	61	-
Geriatria	36	2	38	20	18	-	38
Nefrologia	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	23	2	25	25	-	25	-
Stroke unit	4	-	4	-	4	-	4
Oncologia	-	-	-	-	-	-	-
Malattie endocrine	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Generale	25	2	27	27	-	27	-
Chirurgia Toracica	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Vascolare	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	3	4	7	7	-	7	-
Ortopedia e Traumatologia	21	2	23	23	-	23	-
ORL	-	-	-	-	-	-	-
Urologia	-	-	-	-	-	-	-
Neurochirurgia	-	-	-	-	-	-	-
Allergologia	-	-	-	-	-	-	-
Ostetricia Ginecologia	19	2	21	21	-	21	-
Pediatria	10	2	12	12	-	12	-
Terapia Intensiva neonatale	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva	6	-	6	6	-	6	-
Dialisi	-	-	-	-	-	-	-
Gastroenterologia	-	-	-	-	-	-	-
Osservazione Breve Intensiva	-	-	-	-	-	-	-
Odontoiatria e Stomatologia	-	2	2	2	-	-	2
Psichiatria	15	4	19	19	-	19	-
Dermatologia	-	-	-	-	-	-	-
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia e istologia patologica	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorio d'analisi	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nucleare (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-
Farmacia ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-
Servizio trasfusionale	-	-	-	-	-	-	-
Totale	258	28	286	258	28	218	68

Per quanto riguarda il P.O. di Vasto, lo studio di fattibilità presentato prevede 225 posti letto, in difetto rispetto al DCA 76/2016 di 3 posti letto e in difetto rispetto alla DGR 463/C/2021 di 14 posti letto. I 30 PL di lungodegenza in meno rispecchiano la vocazione chirurgica del P.O. ad alto turnover. I 10 PL aggiuntivi di Terapia Intensiva e sub-intensiva sono dovuti alla migliore organizzazione del lavoro in T.I., che prevede di trattenere il paziente in T.S.I prima di trasferirlo in reparto, scaturita a seguito dell'efficientamento delle discipline mediche del P.O. Le altre differenze rispetto al DCA 79/2016 e alla DGR 463/2021 (es. 4 PL in più di Nefrologia, 6 PL in più di DH Chemioterapico) sono dovute al fabbisogno del P.O. di Vasto che ha un bacino di utenza che considera anche la vicinanza con la regione Molise, auspicando l'approvazione di appositi accordi di confine volti a favorire l'utilizzo delle richiamate minime dotazioni aggiuntive.

Tabella 39 Confronto Posti letto Studio di fattibilità PO Vasto con DCA 76/2016 e DGR 463/C/2021

Presidio Ospedaliero "S. Pio da Petralcina" di Vasto							
Discipline	Studio di fattibilità			DGR 463/2021	Delta 1	DCA 79/2016	Delta 2
	PL Ordinari	PL DH e DS	Totale PL	Nuova rete PL		Vecchia rete PL	
Malattie infettive	8	2	10	10	-	10	-
Nefrologia	4	-	4	4	-	-	4
Medicina generale	22	2	24	24	-	30	(6)
Ostetricia e ginecologia	21	2	23	23	-	23	-
Pediatria e nido	8	-	8	8	-	8	-
Blocco parto	-	-	-	-	-	-	-
Geriatría	16	2	18	18	-	-	18
Chirurgia generale	21	-	21	23	(2)	23	(2)
Urologia	15	-	15	17	(2)	17	(2)
Ortopedia e traumatologia	21	-	21	23	(2)	23	(2)
Otorinolaringoiatra	5	-	5	6	(1)	6	(1)
Day Hospital chemioterapico	-	6	6	-	6	-	6
Psichiatria	-	5	5	5	-	5	-
Neurologia e Stroke unit (4 sub unit)	17	2	19	19	-	19	-
Utic	6	-	6	6	-	6	-
Cardiologia	10	1	11	11	-	11	-
Emodinamica	-	-	-	-	-	-	-
Diagnostica per immagini	-	-	-	-	-	-	-
OBI	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patologica	-	-	-	-	-	-	-
Morgue	-	-	-	-	-	-	-
Blocco operatorio	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva (e subintensiva)	16	-	16	6	10	6	10
Day Surgery	-	11	11	-	11	-	11
Endoscopia e gastroenterologia	-	2	2	2	-	13	(11)
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	-	-	-	-	-	-
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	-	-	-	4	(4)	4	(4)
Oncologia (con posti letto)	-	-	-	-	-	-	-
Lungodegenti	-	-	-	30	(30)	24	(24)
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-
Dietetica/Dietologia	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	-	-	-	-
Farmacia ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-
Laboratorio d'analisi	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia (senza posti letto)	-	-	-	-	-	-	-
Servizio trasfusionale	-	-	-	-	-	-	-
Totale	190	35	225	239	(14)	228	(3)

Infine, per quanto riguarda il P.O. di Avezzano, il confronto è stato effettuato sia rispetto agli atti di programmazione regionale sia rispetto al Documento Preliminare alla Progettazione («DPP») dello stesso. Lo studio di fattibilità prevede 245 posti letto, in eccesso rispetto al DCA 76 del 2016 di 17 posti letto e alla DGR 463/C/2021 di 6 posti letto e rispetto al DPP di 17 posti letto. L'incremento di PL di medicina consentirà di ridurre i ricoveri medici nei reparti di degenza chirurgica. Il dimensionamento dell'area chirurgica prevede una dotazione di PL in linea con il DPP e con il DL 2021 nella prospettiva di incrementare l'attività chirurgica in elezione e porre le basi per un aumento della mobilità attiva. Il dimensionamento previsto per l'area intensiva e subintensiva contribuisce alla gestione dei ricoveri nella fase acuta di pazienti afferenti alle specialità di neurologia, cardiologia, geriatria e può risultare buffer per il reparto di Malattie Infettive, per il quale non è stato ipotizzato un aumento dei posti letto.

Tabella 40 Confronto Posti letto Studio di fattibilità PO Avezzano con DCA 76/2016, DGR 463/C/2021 e “DPP”

Presidio Ospedaliero “S. Filippo e Nicola” di Avezzano										
Discipline	Studio di fattibilità AGM			DGR 463/2021			DCA 79/2016			DPP*
	PL Ordinari	PL DH e DS	Totale PL	Nuova rete PL	Delta 1	Vecchia rete PL	Delta 2	PL DPP	Delta 3	
Medicina Generale	23	1	24	23	1	23	1	23	1	
Geriatria	25	-	25	20	5	20	5	20	5	
Malattie Infettive Tropicali	9	-	9	10	(1)	10	(1)	10	(1)	
Cardiologia	10		10	11	(1)	11	(1)	11	(1)	
Neurologia	5	1	6	13	(7)	13	(7)	7	(1)	
Oncologia	1	1	2	2	-	2	-	2	-	
Ematologia	1	1	2	2	-	2	-	2	-	
Allergologia	-	2	2	2	-	2	-	2	-	
Malattie endocrine	-		-	1	(1)	1	(1)	1	(1)	
Chirurgia Generale	21	2	23	23	-	23	-	23	-	
Chirurgia Vascolare	14	3	17	17	-	17	-	17	-	
Ortopedia e Traumatologia	18	2	20	20	-	20	-	20	-	
ORL	7	1	8	8	-	8	-	8	-	
Urologia	7	1	8	8	-	8	-	8	-	
Oculistica	1	1	2	2	-	2	-	2	-	
Terapia Intensiva	14	-	14	16	(2)	8	6	8	6	
UTIC	6	-	6	6	-	6	-	6	-	
Stroke unit	6	-	6	-	6	-	6	6	-	
Sub-intensiva	6	-	6	-	6	-	6	-	6	
Ostetricia Ginecologia	20	2	22	22	-	22	-	22	-	
Pediatria	6	-	6	6	-	6	-	6	-	
Neonatologia	2	-	2	2	-	2	-	2	-	
Psichiatria	3	-	3	3	-	-	3	-	-	
Lungodegenza	22	-	22	22	-	22	-	22	-	
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Neurochirurgia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pneumologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anatomia e istologia patologica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Emodialisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Medicina sportiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Medicina legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Day surgery	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Direzione Sanitaria di presidio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Farmacia ospedaliera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Laboratorio d'analisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Servizio trasfusionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Totale	227	18	245	239	6	228	17	228	17	

*Documento Preliminare alla Progettazione («DPP») del Nuovo Ospedale di Avezzano: linee di indirizzo per la progettazione e dotazioni di posti letto del nuovo PO di Avezzano

3.b Sostenibilità degli interventi

3.b.1 Analisi delle condizioni

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

La regione Abruzzo ha programmato l'avvio del modello organizzativo degli ospedali di comunità presso i seguenti presidi: Gissi, Casoli, Pescara, Tagliacozzo e Guardiagrele.

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

3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria

Per la valutazione della sostenibilità economica e finanziaria degli interventi previsti si evidenziano due tipologie di osservazioni: le prime legate alla costruzione dei tre nuovi ospedali e la seconda legata ai costi di funzionamento dei nuovi presidi (elettricità, acqua, riscaldamento e manutenzione degli spazi interni ed esterni).

Tabella 41 Elenco degli interventi per tipologia e relativo importo

Quadro finanziario degli interventi per tipologia					
N. interventi	ASL	Tipologia di intervento	Localizzazione	Titolo e finalità del progetto	Importo complessivo intervento (€)
1	ASL 1	Presidio Ospedaliero	Avezzano	Nuova costruzione del P.O. di Avezzano	103.881.898
2	ASL 1	Presidio Ospedaliero	L'Aquila	Realizzazione Centrale Operativa 118, Hangar, eliporto e parcheggio adiacente	8.314.000
3	ASL 2	Presidio Ospedaliero	Lanciano	Nuova costruzione e riorganizzazione del P.O. di Lanciano	96.660.000
4	ASL 2	Presidio Ospedaliero	Vasto	Nuova costruzione del P.O. di Vasto	111.103.796
Totale					319.959.694

A seguito dell'incontro del 5 ottobre 2017, nell'ambito del coordinamento della Commissione salute presso la Regione Piemonte, è stato consigliato a tutte le regioni di suddividere i costi di ristrutturazione degli immobili ripartendoli in interventi di tipo "pesante, medio e leggero" secondo il seguente prospetto (Tabella 41) che enuclea i relativi "costi di riferimento".

Tabella 42 Costi di riferimento per le nuove/ampliamento costruzioni e per ristrutturazioni. (Fonte: Ministero della Salute)

Strutture	Tipologia intervento	€/mq
Ospedali	nuova costruzione/ ampliamento	2.200
	ristrutturazione pesante	1.850
	ristrutturazione media	1.300
	ristrutturazione leggera	800
Strutture territoriali	nuova costruzione/ ampliamento	1.600
	ristrutturazione pesante	1.300
	ristrutturazione media	1.000
	ristrutturazione leggera	600

In relazione ai costi di riferimento, sono stati calcolati per i 3 ospedali di nuova costruzione i costi al m². L'ospedale di Avezzano richiede una spesa di 2.497,76 €/m².

Tabella 40: Costi di riferimento per la costruzione del nuovo ospedale di Avezzano.

Avezzano	
Costo dell'intervento (€)	€ 103.881.898,20
Totale mq	41.590,00
€/mq	2.497,76

Per quanto riguarda l'ospedale di Vasto il costo totale dell'opera ammonta 111.103.796,40 €, di cui 84.883.240,00 € legati ai lavori per opere strutturali, idrico sanitarie, impianti meccanici, impianti elettrici speciali, per la sistemazione aree esterne ed allacci (voci A.1 e A.2 del quadro economico allegato allo studio di fattibilità di Vasto) per un totale di 133.061,40 m² di cui 45.350,00 m² dedicati alla costruzione degli edifici. Considerando quindi il totale dell'importo lavori e il totale dei metri quadri dedicati agli edifici, la nuova costruzione comporta un costo di 1.871,74 €/m² valore che rientra nei costi di riferimento rappresentanti in pari ad 2.200 €/m².

Tabella 43 Costi di riferimento per la costruzione del nuovo ospedale di Vasto

P.O. di Vasto	
Costo dell'intervento (€)	84.883.240,00
Totale mq	45.350,00
€/mq	1.871,74

L'ospedale di Lanciano ammonta complessivamente ad una spesa di 96.660.000 €, di cui 73.781.000,00 € legati ad opere per i locali tecnologici, palazzina servizi, ristrutturazione Palazzina "P" ed eventuali demolizioni. Il totale dei metri quadri da considerare è pari a 38.777,00 m². Questo si traduce ad un costo di 1.925,11 €/m², valore inferiore al costo di riferimento al m² di 2.200 €. Anche nel caso in cui venisse esclusa la ristrutturazione della palazzina "P" i parametri di riferimento verrebbero rispettati comunque, in particolare il costo totale delle opere sarebbe pari a 72.191.463,20 € e i metri quadri totali 37.500,00 m², per un costo al metro quadro pari a 1.925,11 €/m².

Tabella 44 Costi di riferimento per la costruzione del nuovo ospedale di Lanciano

P.O. di Lanciano (con HP palazzina P)	
Costo dell'intervento (€)	€ 73.781.000,00
Totale mq	38.777,00
€/mq	€ 1.902,70

P.O. di Lanciano (senza HP palazzina P)	
Costo dell'intervento (€)	€ 72.191.463,20
Totale mq	37.500,00
€/mq	€ 1.925,11

Il report di Agenas "Razionalizzazione e sostenibilità dei consumi energetici e monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili nel SSN" effettua un'analisi sui consumi energetici e sui costi di manutenzione di 89 Presidi Ospedalieri localizzati in 5 differenti regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Puglia e Piemonte), avviando così un monitoraggio continuo e sistematico della spesa nel settore della gestione e della manutenzione degli immobili ospedalieri del SSN. Le 89 strutture ospedaliere hanno fornito dati relativamente al patrimonio immobiliare, manutenzione, consumi energetici personale e attività. Per rendere confrontabili strutture diverse fra di loro è stata effettuata un'analisi per cluster (A, B, C, s) come identificato in tabella 43. Dei 36 indicatori definiti inizialmente, l'attenzione è stata focalizzata sui 12 indicatori relativi ai consumi energetici, costi energetici e manutenzione ordinaria. Per il calcolo degli indicatori sono state definite regole e unità di misura uguali al fine di rendere confrontabili i risultati. Al termine dello studio sono stati identificati dei valori di riferimento o benchmark per ciascun indicatore attraverso il calcolo della mediana (diviso per singolo cluster). Il benchmark per ciascun indicatore può essere utilizzato per definire un limite ragionevole e possibile cui le aziende, che oggi si trovassero al di sopra, dovrebbero tendere per un miglioramento dei loro dati e quindi dell'efficienza della gestione.

Tabella 45 Tipologia dei cluster. (Fonte: Report Agenas)

Tipologia cluster	Categoria	Definizione
Cluster Verticali	A	DEA II livello
	B	DEA I livello
	C	Presidio di Base
Cluster Orizzontali	s	Esprime le condizioni dell'edificio in termini di: - età; - caratteristiche dell'edificio; - ubicazione dell'immobile.

Tabella 46 Indicatori per benchmark. (Fonte: Report Agenas)

Indicatori	Unità di misura	Definizione
ICM1	€/mq	Costi diretti manutenzione ordinaria per mq aree interne
ICM2	€/mq	Costi diretti manutenzione ordinaria per mq aree esterne
ICM3	€/PL	Costi totale di manutenzione per PL
ICA2	€/mq	Costo acqua a mq
ICA3	€/PL	Costo acqua a PL
ICE2	€/mq	Costo elettricità per mq
ICE3	€/PL	Costo elettricità per PL
ICR1	€/mq	Costi riscaldamento per mq
ICR2	€/PL	Costi riscaldamento per PL
IAC1	Litri/mq	Consumi acqua a mq
IEC1	Kwh/mq	Consumi elettricità a mq
IRC1	Kwh/mq	Consumi energetici die per riscaldamento per mq

Tabella 47 Valori di benchmark per ciascun indicatore e tipologia di struttura. (Fonte: Report Agenas)

	ICM1 €/mq	ICM2 €/mq	ICM3 €/PL	ICA2 €/mq	ICA3 €/PL	ICE2 €/mq	ICE3 €/PL	ICR1 €/mq	ICR2 €/PL	IAC1 Litri/mq	IEC1 Kwh/mq	IRC1 Kwh/mq
A	22,41	1,13	7.600	3,93	749	20,53	3.823	8,72	1.752	3,68	0,30	0,55
B	21,45	0,59	6.259	2,97	507	20,57	3.783	7,70	1.418	3,10	0,35	0,47
C	25,55	0,86	7.197	3,07	634	19,46	4.192	7,64	1.848	3,70	0,32	0,39
s	27,28	0,96	9.648	4,21	726	27,93	4.429	13,32	2.339	4,46	0,37	0,48
Italia	25,06	1,08	6.860	3,07	606	20,43	3.872	7,71	1.533	3,64	0,42	0,56

3.b.3 Sostenibilità amministrativa e gestionale

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

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

3.b.4 Sostenibilità di risorse umane

Per la valutazione della sostenibilità economica della voce relativa alle risorse umane si evidenziano due approcci: il primo legato alla costruzione dei tre nuovi ospedali, il secondo legato ai restanti interventi. Nel caso dei tre ospedali di nuova costruzione, si è applicata la normativa regionale DCA 49/2012 per la stima del personale necessario per il funzionamento degli ospedali in coerenza con la produzione relativa ai posti letto da DCA 79/2016. Qualora si verifici la necessità di prevedere adeguamenti assistenziali, si potranno prevedere dei piani di mobilità del personale che risultasse in esubero da altre strutture da Regione. Di conseguenza, la sostenibilità trova fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/ sostituzioni/ turnover accompagnata da percorsi formativi di riqualificazione del personale. Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane applicate nel caso di interventi che comportano un aumento dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

3.b.5 Sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi di questo Programma si inseriscono in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute. I nuovi ospedali occupano i medesimi siti degli attuali stabilimenti. Pertanto, si ritiene che la sostenibilità ambientale sia garantita.

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

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi;
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione,
- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale e del miglioramento dell'accessibilità per le persone con ridotte capacità motorie;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati;
- utilizzo di fonti di energia rinnovabili.

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

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

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

4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a Sistema di indicatori

4.a.1 Indicatori di contesto

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

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

4.a.2 Indicatori di programma

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

IdP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento

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

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

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

IdP3 - Stato di avanzamento dell'intervento

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

IdP4 - Stato di avanzamento del programma

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

IdP5 - Tempi di realizzazione dell'intervento

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

IdP6 - Tempi di realizzazione del programma

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

IdP7 -Attivazione posti letto

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

IdP8 -Attivazione sale operatorie

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

IdP9 -Produzione totale e produzione specifica

n° ricoveri e prestazioni ambulatoriali totali e per specialità.

IdP10 - Peso medio DRG prodotti totale e specifico

n° totale di ricoveri per specialità.

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

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

IdP13- Tasso di occupazione posti letto

4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza

IE.1 - Indice di avanzamento dell'intervento

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

IE.2 - Indice di avanzamento del programma

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

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

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

IE.4 - Rispetto dei tempi di realizzazione del programma

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

IE.5 - Indice di attivazione posti letto

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

IdE6 - Indice di attivazione sale operatorie

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

IdE7 - Indice di ammodernamento apparecchiature

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

IdE8 - Costo unitario di costruzione [€/mq]

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

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

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

4.a.4 Definizione del Sistema di Indicatori

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

Tabella 48 Il sistema di indicatori

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

Tabella 49 Indicatori connessi agli obiettivi

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Indicatori
G1 Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	S1 Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali	O1 Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali	ldC1, ldC2, ldC3, ldC4, ldC5, ldP1, ldP3, ldP5, ldP11, ldP12, ldP13, ldE1, ldE3
		O2 Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli outcome per ciascuna prestazione	ldC4, ldC5, ldC6, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP7, ldP8, ldP9, ldP10, ldP13, ldE1, ldE3, ldE5, ldE6, ldE9
G2 Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate	S3 Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio	O3 Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti	ldC1, ldC2, ldC3, ldC4, ldC6, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP7, ldP8, ldP9, ldP10, ldP11, ldP12, ldP13, ldE1, ldE3, ldE5, ldE6, ldE8, ldE9
		O4 Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed elisoccorso	ldC1, ldC3, ldP2, ldP4, ldP6, ldE1, ldE3, ldE7, ldE8
	S2 Ammodernamento del parco tecnologico	O5 Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale	ldC4, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP9, ldP10, ldP13, ldE1, ldE3, ldE7
	S4 Recupero della mobilità passiva	O6 Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	ldP11, ldP12, ldE1, ldE3, ldE7

Indicatori riferiti al programma nel suo complesso: Indicatori di contesto

4.a.5 Fonti di verifica

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

- verifica diretta ovvero tramite funzionari delle ASL;
- flussi informativi nazionali e regionali: HSP, STS, SDO, SDAC;

4.b Impatti del programma

4.b.1 Accettabilità sociale del programma

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

4.b.2 Valore aggiunto del programma

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

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

4.b.3 Health Technology Assessment

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

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

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

5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

5.a Presupposti e sistemi di gestione del Programma

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

5.a.1 Presupposti organizzativi e finanziari

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

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

In particolare:

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

5.a.2 Presupposti economici e sociali

La realizzazione dei 3 nuovi ospedali permetteranno di migliorare la rete di offerta ospedaliera e territoriale di Regione. Per questa ragione, l’opera troverà il consenso della società civile su larga scala.

È infatti ragionevole supporre:

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

5.b Sistemi di monitoraggio del programma

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

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

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

La disponibilità di specifiche fonti di finanziamento destinate a realizzare un sistema sanitario basato su una rete moderna di servizi e strutture integrate, impone un’elevata attenzione alle tematiche relative alle diverse fasi del ciclo di vita degli investimenti pubblici in sanità. Tutto ciò ha la finalità sia di garantire un’efficace politica d’impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità, in coerenza con il quadro degli obiettivi e delle esigenze del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso la programmazione e

valutazione dei progetti di investimento ed il monitoraggio puntuale dello stato di avanzamento, sia di rendere accessibili ai diversi attori le informazioni utili per tale gestione.

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

Il monitoraggio effettuato in Regione Abruzzo si propone di:

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

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

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

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

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

Inoltre, particolare attenzione è rivolta al monitoraggio disciplinato secondo il "Modulo C" dell'Accordo per la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19/12/2002, integrato dall'Accordo Stato - Regioni del 28/02/2008.

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

5.b.1 Monitoraggio finanziario

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

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

- dati generali: azienda, struttura sanitaria, titolo progetto, descrizione del progetto;
- fonti di finanziamento: soggetto erogatore, codice intervento, sottoscrizione accordo, decreto del Ministero della Salute, responsabile del procedimento, gestione richieste progressive di finanziamento, sintesi dei singoli interventi con relativo importo di spesa;

- fasi di realizzazione: atto di concessione, data aggiudicazione lavori, consegna dei lavori, data prevista di ultimazione dei lavori, perizie di variante, data effettiva di ultimazione lavori, approvazione del collaudo, data di attivazione.

Inoltre, per tale monitoraggio si fa riferimento al Modulo C dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome, sancito il 19/12/2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

5.b.2 Monitoraggio fisico

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

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

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

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

5.b.3 Monitoraggio procedurale

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

APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

5.c Matrice del quadro logico (C1)

Tabella 50 Matrice del quadro logico

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

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

Tabella 51 Analisi SWOT

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

5.e Obiettivi/Indicatori/Interventi (C3)

Tabella 52 Obiettivi, indicatori e interventi

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Indicatori	
G1 Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera	S1 Razionalizzazione delle strutture, dell'attività erogata, degli spazi in termini organizzativi e funzionali	O1 Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità minimizzando gli spostamenti dei pazienti dal loro domicilio e favorendo al contrario lo spostamento di competenze professionali	ldC1, ldC2, ldC3, ldC4, ldC5, ldP1, ldP3, ldP5, ldP11, ldP12, ldP13, ldE1, ldE3	Indicatori di risorse, realizzazione e risultato ldP1 --> ldP8 Trattandosi di indicatori del livello di avanzamento o realizzazione del programma o intervento, il valore teorico atteso è pari a 1. Indicatori di impatto ldP9-->ldP13 I valori attesi sono quelli definiti dalle indicazioni programmatiche nazionali e regionali Indicatori di efficacia ldE1, ldE2, ldE5, ldE6 Il valore teorico atteso è pari a 1. ldE3, ldE4 Il valore teorico atteso è minore o uguale a 1. ldE7 Il valore teorico atteso è minore di di 1. Indicatori di efficienza ldE8-ldE9 I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto
		O2 Evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il volume, la tipologia e gli outcome per ciascuna prestazione	ldC4, ldC5, ldC6, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP7, ldP8, ldP9, ldP10, ldP13, ldE1, ldE3, ldE5, ldE6, ldE9	
G2 Promozione di qualità e innovazione in termini di cure erogate	S3 Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio	O3 Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente e strutturalmente e tecnologicamente adeguati ad erogare prestazioni per bacini con popolazione superiore a 150.000 abitanti	ldC1, ldC2, ldC3, ldC4, ldC6, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP7, ldP8, ldP9, ldP10, ldP11, ldP12, ldP13, ldE1, ldE3, ldE5, ldE6, ldE8, ldE9	Indicatori di efficacia ldE1, ldE2, ldE5, ldE6 Il valore teorico atteso è pari a 1. ldE3, ldE4 Il valore teorico atteso è minore o uguale a 1. ldE7 Il valore teorico atteso è minore di di 1. Indicatori di efficienza ldE8-ldE9 I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto
		S2 Ammodernamento del parco tecnologico	O4 Riqualificare la rete delle postazioni 118 ed elisoccorso	
	O5 Potenziare la funzione di filtro per l'accesso all'ospedale		ldC4, ldP1, ldP2, ldP3, ldP5, ldP9, ldP10, ldP13, ldE1, ldE3, ldE7	
	S4 Recupero della mobilità passiva	O6 Analizzare il parco tecnologico a disposizione e porre in essere azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	ldP11, ldP12, ldE1, ldE3, ldE7	
Indicatori riferiti al programma nel suo complesso: Indicatori di contesto, ldP2, ldP4, ldP6, ldE2, ldE4				

5.f Sintesi delle informazione per autovalutazione (C4)

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

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

- Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008);
- Intesa del 5 ottobre 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute);
- Leggi finanziarie 2007 e 2008 per le disposizioni concernenti il settore degli investimenti;
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007);
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008);
- Legge 22 dicembre 2008, n. 203 (Finanziaria 2009);
- Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria 2010);
- Legge 13 dicembre 2010, n. 220 (Legge di stabilità 2011);
- Legge 12 novembre 2011, n. 183 (Legge di stabilità 2012);
- Intesa del 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Patto sulla salute 2010-2012);
- Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6);
- Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 3,7 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza postacuzie (art. 15, comma 13.c, D.Lgs 95/2012 - convertito in L. 135/2012);
- Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b) - tasso di ospedalizzazione pari a 160 per 1000 abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (art. 15, comma 13.c, D.Lgs 95/2012 - convertito in L. 135/2012);
- Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1);
- Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g);
- Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2);
- Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2);
- Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c);
- Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2014-2020;
- Coerenza con il Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2012 - 2014;
- Programma Operativo 2021;
- Programma Operativo 2019-2021;
- D. Lgs 95/12 - convertito in L. 135/12 del 7 agosto 2012 (*Spending review*);
- DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 "Riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo" in seguito al recepimento del DM 70/2015;
- Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario abruzzese DCA 55/2016.

Tabella 53 Contenuti dell'AdP

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)	SI
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1.000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)	SI
3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	SI
4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	SI
5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)	SI
6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	SI
7. Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)	SI
8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g)	SI
9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente (Patto per la salute 4.2)	SI
10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)	Non pertinente
11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)	Non pertinente
12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)	SI
13. Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità	SI
14. Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)	SI
15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/L. 6 a h dell'8/2/2006)	SI
16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma	SI

Tabella 54 Correlazione dell'AdP con atti di programmazione precedenti

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

Tabella 55 Correlazione dell'AdP con i finanziamenti precedenti

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

Obiettivi ed indicatori dell'AdP

Obiettivi generali dell'AdP

G1. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera

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

Obiettivi specifici dell'AdP

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

S2. Ammodernamento del parco tecnologico

S3. Adeguamento alla normativa sismica e antiincendio

S4. Recupero della mobilità passiva

Tabella 56 Correlazione AdP con precedenti Accordi di Programma

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

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

Tabella 57 Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP

Quadro finanziario contenuto nella proposta di AdP	
Finanziamenti	Importi
Finanziamento statale (95%) art. 20	€ 300.081.909
Finanziamento regionale (5%)	€ 15.793.785
Altri finanziamenti	€ 4.084.000
Totale	€ 319.959.694

Tabella 58 Presenza nell'AdP di quote di finanziamento per specifiche finalità

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

Tabella 59 Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie

LIVELLO DI PROGETTAZIONE						
TIPOLOGIA	NR INTERVENTI	STUDIO DI FATTIBILITÀ	DOCUMENTO PRELIMINARE ALLA PROGETTAZIONE	PROGETTO PRELIMINARE	PROGETTO DEFINITIVO	PROGETTO ESECUTIVO
Nuova costruzione	4					
Ristrutturazione						
Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
Totale	4					

Tabella 60 Fabbisogno finanziario per obiettivi

FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVO						
OBIETTIVO SPECIFICO	NR INTERVENTI	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL
Ricostruire ex-novo, adeguare a norma o mettere in sicurezza gli ospedali di medie dimensioni	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%
Potenziare gli ospedali di grandi dimensioni						
Utilizzare in modo efficiente l'ospedale e potenziare il territorio						
Totale	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%

Tabella 61 Fabbisogno finanziario per categorie

FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIA						
OBIETTIVO SPECIFICO	NR INTERVENTI	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA
Ospedali	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%
Assistenza territoriale						
Assistenza residenziale						
Sistemi informatici						
Apparecchiature						
Altro						
Totale	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%

Tabella 62 Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento

Fabbisogno finanziario per tipologia di intervento						
TIPOLOGIA	NR INTERVENTI	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA
Nuova costruzione	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%
Ristrutturazione						
Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
Totale	4	300.081.909 €	15.793.785 €	4.084.000 €	319.959.694 €	100%

Tabella 63 Verifica dell'analisi di contesto

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

Tabella 64 Analisi dell'offerta attuale di PL

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

Tabella 65 Analisi dell'offerta ex post

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

Tabella 66 Analisi dell'offerta attuale e prevista di tecnologie

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE	OFFERTA PREVISTA	DATO NAZIONALE
TAC	4	4	
GAMMA CAMERA	3	3	
MAMMOGRAFO	3	3	
RMN	2	2	
ANGIOGRAFIA DIGITALE	1	1	

Nota: Numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti

6 SCHEDE TECNICHE INTERVENTI PROGETTUALI

Per ciascun intervento riportato nel presente AdP sono stati predisposti dalle AA.SS.LL. i relativi studi di fattibilità, seguendo lo schema proposto di seguito e nel rispetto dei requisiti normativi previsti dal DPR 207/2010 e ss.mm.ii.

Tabella 67 Requisiti studi di fattibilità

Requisiti studio di fattibilità - art. 14 DPR 207/2010 e ss.mm.ii.
Relazione illustrativa generale
Inquadramento territoriale e socio-economico dell'area oggetto di intervento Analisi della domanda e dell'offerta attuale e di previsione Analisi delle alternative progettuali Studio dell'impatto ambientale della soluzione individuata e delle alternative
Relazione tecnica
Caratteristiche funzionali e tecniche dei lavori Descrizione della sostenibilità ambientale e della compatibilità paesaggistica Analisi sommaria delle tecniche costruttive e indicazione delle norme tecniche da applicare Cronoprogramma Stima sommaria dell'intervento
Elaborati progettuali

6.a Scheda illustrativa P.O. Avezzano

6.a.1 Aspetti generali

Azienda: Azienda Sanitaria Locale Avezzano - Sulmona - L'Aquila

Titolo: Realizzazione del nuovo presidio ospedaliero "S.S. Filippo e Nicola"

Georeferenziazione dell'intervento: Avezzano

RUP: Ing. Filauri

Tipo di intervento: Costruzione di un nuovo presidio ospedaliero

Stato Progettazione: Studio di fattibilità

6.a.2 Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato

Attualmente l'Ospedale di Avezzano è collocato all'interno di una struttura in calcestruzzo armato e tamponature a cassetta progettata e realizzata dal 1965 al 1982, obsoleta ed inadeguata non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne l'inadeguatezza tecnologica ed impiantistica, la ristrettezza complessiva degli spazi a disposizione, l'obsolescenza avanzata e l'evidente carenza degli arredi, nelle attrezzature e dei sanitari igienici.

Tale struttura, inoltre, non garantisce possibilità di adeguamenti legati sia alle necessità, ormai non più procrastinabili, dell'accreditamento istituzionale (L.R. 32/2007 e smi), che alla necessità del rispetto delle norme di protezione e sicurezza legate al D.Lgs. 81/08. L'elevato tasso di utilizzazione degli spazi della struttura non consente il reperimento di nuovi spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia. In questo contesto, la realizzazione di un nuovo PO di Avezzano costituisce una priorità del sistema sanitario abruzzese.

Con la realizzazione del nuovo PO si conseguiranno molteplici effetti positivi: i cittadini abruzzesi avranno a disposizione una struttura sanitaria sicura, di moderna concezione in termini di layout e all'avanguardia per la tipologia di apparecchiature sanitarie installate.

L'obiettivo del progetto è quello di creare un punto di riferimento nella Regione per la garanzia del soddisfacimento dei LEA, il recupero di flussi di mobilità passiva e il raggiungimento di livelli qualitativi elevati sulle prestazioni mettendo al centro dei percorsi di cura il paziente. Per raggiungere tali obiettivi il nuovo PO deve essere strutturato secondo un modello dipartimentale che superi la suddivisione

tradizionale in reparti, organizzato per intensità di cure con flussi differenziati per creare aree assistenziali separate e accessibili grazie a percorsi dedicati; sicuro e altamente tecnologico a garanzia di un'assistenza innovativa per il paziente e integrato con la città e il contesto socio-culturale e con le altre strutture del Servizio Sanitario per diventa il nodo riconosciuto della rete sanitaria.

6.a.3 Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

L'obiettivo del progetto è quello di creare un punto di riferimento nella Regione per la garanzia del soddisfacimento dei LEA, il recupero di flussi di mobilità passiva e il raggiungimento di livelli qualitativi elevati sulle prestazioni mettendo al centro dei percorsi di cura il paziente. Per raggiungere tali obiettivi il nuovo PO deve essere strutturato secondo un modello dipartimentale che superi la suddivisione tradizionale in reparti, organizzato per intensità di cure con flussi differenziati per creare aree assistenziali separate e accessibili grazie a percorsi dedicati; sicuro e altamente tecnologico a garanzia di un'assistenza innovativa per il paziente e integrato con la città e il contesto socio-culturale e con le altre strutture del Servizio Sanitario per diventa il nodo riconosciuto della rete sanitaria.

Poiché i costi di adeguamento della struttura esistente sono superiori al 50% della spesa richiesta per la costruzione di un nuovo ospedale si è deciso di costruire un ospedale ex novo. Tutti i 245 posti letto troveranno allocazione unitaria nel Nuovo Ospedale.

6.a.4 Sostenibilità gestionale e sostenibilità ambientale dell'intervento

Nel corso delle attività di progettazione, secondo i vari livelli redatti, dovranno essere considerati ed applicati tutti i criteri ambientali minimi riferiti alle attività da porre in essere per la realizzazione ed attivazione della nuova struttura sanitaria, così come definito dal Decreto 11 ottobre 2017 del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e ss.mm.ii., ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 50/2016.

6.a.5 Stima del tempo di realizzazione intervento

I tempi di realizzazione previsti per la attivazione del Nuovo Ospedale di Avezzano, sono stimati 6 anni e quindi verranno ultimati nel corso del terzo trimestre dell'anno 2027.

La stima temporale tiene conto della ipotesi di affidamento della progettazione Definitiva ed Esecutiva e della realizzazione dei lavori per mezzo di appalto integrato sulla base del Progetto di Fattibilità Tecnico Economica, la cui consegna da parte del RTP affidatario è prevista a fine gennaio 2021.

6.a.6 Quadro economico e finanziario

Il nuovo presidio ospedaliero di Avezzano comprende una spesa complessiva di € 103.881.898,00. Il Presidio ospiterà 245 posti letto con una spesa complessiva per PL di 425.380,00 €/PL (importo lordo).

Tabella 68 Costo complessivo del nuovo ospedale di Avezzano

NUOVO OSPEDALE DI AVEZZANO		
AGGIORNAMENTO DEL QUADRO ECONOMICO		
A LAVORI		
Realizzazione edificio ospedaliero	€	61.159.000,00
Impianti e tecnologico generale	€	9.545.454,55
Aree esterne e Parcheggi	€	5.454.545,45
oneri per la sicurezza	€	1.523.180,00
Totale lavori	€	76.159.000,00
Attrezzature/ apparecchiature fisse di primo impianto	€	1.890.000,00
Totale lavori e forniture a base d'appalto	€	79.572.180,00
B SOMME A DISPOSIZIONE DELLA STAZIONE APPALTANTE		
Totale somme a disposizione	€	24.309.718,00
A + B COSTO COMPLESSIVO INTERVENTO	€	103.881.898,00

6.b Scheda illustrativa P.O. Lanciano

6.b.1 Aspetti generali

Azienda: Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti

Titolo: Realizzazione del nuovo presidio ospedaliero “F. Ranzetti”

Georeferenziazione dell'intervento: Presidio Ospedaliero da edificare presso il comune di Lanciano nell'area delimitata da via Milano del Mare, Via della Pace e via Francesco d'Assisi.

RUP: Ing. Filippo Mancì

Tipo di intervento:

- Demolizione di edifici esistenti per una totale di 56.212,40 m³
- Costruzione del nuovo ospedale per 286 posti letto e per un volume totale di 148.000 m³ e di una nuova palazzina servizi.
- Ristrutturazione ed adeguamento funzionale dell'edificio utilizzato dall'unità operativa di medicina nucleare.

Stato Progettazione: Studio di fattibilità

6.b.2 Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato

L'intervento prevede la realizzazione di nuovo ospedale per 286 posti letto ed una nuova palazzina servizi all'interno dell'attuale presidio ospedaliero “F. Ranzetti” di Lanciano. La nuova struttura rappresenta un'occasione per riqualificare l'ospedale di Lanciano attraverso l'ottimizzazione degli spazi, l'evoluzione tecnologica in edilizia, la riduzione dei consumi e degli sprechi nell'impiego di risorse umane e materiali. La nuova costruzione rientra nella programmazione di livello regionale della rete dei servizi sanitari e sarà realizzata nel rispetto delle normative vigenti per gli aspetti strutturali, impiantistici, energetici, di prevenzione incendi e di prevenzione sismica. Tutte le soluzioni progettuali proposte sono state elaborate nella salvaguardia di tutte le funzioni previste dal progetto e finalizzate al miglioramento della gestione, all'aumento delle potenze rese e all'efficienza energetica.

Durante la fase di costruzione l'ospedale esistente continuerà ad essere operativo anche durante la realizzazione dei nuovi edifici. Le unità operative attualmente dislocate negli edifici oggetto di demolizione saranno in parte dismesse ed in parte saranno temporaneamente trasferite in attesa della realizzazione del nuovo edificio.

Per la realizzazione delle opere saranno necessarie 3 fasi principali. In una prima fase verranno realizzati il nuovo polo tecnologico, le sottocentrali nel piano interrato ed il tunnel interrato di collegamento.

Durante questa fase l'edificio dell'unità operativa di medicina sarà oggetto di ristrutturazione per poter realizzare il nuovo obitorio. La seconda fase è quella di maggior durata in quanto prevede la demolizione di 7 di edifici, per un totale di 56.212, 40 m³, e la costruzione del nuovo ospedale. Il nuovo edificio sarà costituito da 6 livelli (di cui 1 interrato) e destinato ad ospitare 286 posti letto. La terza fase prevede invece la demolizione di un edificio e la successiva realizzazione della palazzina servizi articolata in 2 livelli e integrata della predisposizione per la sopraelevazione futura di ulteriori n° 3 livelli.

Il progetto prevede il superamento dei tradizionali reparti a favore di un modello dipartimentale e per intensità di cura che consenta una reale organizzazione per processi e la realizzazione di percorsi diagnostici-terapeutici innovativi che si basano sulla centralità del paziente. Il risultato è una struttura suddivisa in quattro macro-zone a destinazione d'uso specifica, differenziate per funzioni sia a carattere assistenziale, per intensità di cure, che a carattere di supporto. Esse ne connotano l'organizzazione e ne definiscono:

- Ospedale per l'Emergenza
- Ospedale per le Attività di Elezione
- Ospedale per le Attività Diurne ambulatoriali e diagnostiche (diagnostica per immagini, laboratorio analisi, anatomia patologica, ambulatori divisionali, fisioterapia)
- Logistica

La seguente tabella riporta la suddivisione dei posti letto di nuova costruzione secondo il quadro esigenziale approvato dalla Regione Abruzzo.

Tabella 69 PL del Presidio Ospedaliero di Lanciano

POSTI LETTO			
	Posti Letto	D.H. e D.S.	Totale
Cardiologia	10	1	11
UTIC	6		6
Lungodegenza	24		24
Medicina Generale 1	56	5	61
Geriatría	36	2	38
Neurologia	23	2	25
stroke unit	4		4
Chirurgia Generale	25	2	27
Oculistica	3	4	7
Ortopedia e Traumatologia	21	2	23
Ostetricia Ginecologia	19	2	21
Pediatria	10	2	12
Terapia Intensiva	6		6
Odontoiatria e Stomatologia		2	2
Psichiatria	15	4	19
TOTALE	258	28	286

6.b.3 Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

La realizzazione del nuovo presidio ospedaliero ha come obiettivo quello di rispondere alle nuove esigenze sanitarie indotte dai cambiamenti in corso nella società: l'invecchiamento della popolazione, il rapido evolversi della medicina, lo sviluppo delle cure ambulatoriali in costante aumento, la crescita delle attese dei consumatori (soprattutto in tema di qualità del sistema e, dal punto di vista della qualità percettiva), la mobilità passiva. Con la nuova realizzazione vengono decisamente migliorati i servizi erogati.

La scelta di realizzare questo nuovo edificio nasce dalla consapevolezza che la ristrutturazione con adeguamento sismico e funzionale degli edifici esistenti è complessa ed onerosa. La scelta di costruire un nuovo edificio ha come obiettivo non solo quello di elevare la qualità dell'assistenza sanitaria, ma anche di riqualificare il territorio e il patrimonio edilizio, e di ridurre i consumi energetici attraverso nuovi impianti alimentati con fonti di energia rinnovabile.

Il nuovo ospedale deputato all'assistenza terapeutica polispecialistica per acuti di alto e medio livello, diventerà il nodo primario della rete sanitaria, integrato con la rete dei servizi territoriali di assistenza e cura-prevenzione, assistenza di base e "on-line", diagnostica e terapia specialistica, assistenza domiciliare integrata, riabilitazione, alta specializzazione che, interagendo, assicurano un'adeguata e completa funzione di filtro e di garanzia dell'intero processo diagnostico-terapeutico riabilitativo.

6.b.4 Sostenibilità gestionale e sostenibilità ambientale dell'intervento

Le figure professionali e sociale che esercitano le loro attività all'interno del nuovo ospedale sono già in gran parte coinvolte nelle attività dell'Ospedale di Lanciano. Con la nuova dotazione tecnologia a maggiore efficienza e una migliore distribuzione funzionale delle aree e dei servizi sanitari ne risulta che la sostenibilità gestionale del personale ed economica migliorerà ulteriormente. L'edificio sarà realizzato secondo i più recenti parametri di sostenibilità ambientale ed energetica. La sostenibilità ambientale sarà assicurata da:

- utilizzo di materiali da costruzione e tecnologie che garantiranno la massima sostenibilità in termini di risparmio energetico e riciclabilità;
- metodologie costruttive idonee a ridurre i tempi di costruzione.

La costruzione sarà completamente rispondente ai requisiti normativi in termini di prevenzione incendi e sismica. Le tecnologie sanitarie e gli arredi verranno in parte recuperati dall'attuale collocazione e integrati con risorse aziendali.

6.b.5 Stima del tempo di realizzazione intervento

Considerata la tipologia dell'edificio, le demolizioni di edifici esistenti, i tempi necessari alla realizzazione dell'opera sono stati stimati in 1.065 giorni naturali consecutivi.

6.b.6 Quadro economico e finanziario

Il nuovo ospedale di Lanciano comporta una spesa di 96.660.000€, comprensivo di 286 posti letto. Il nuovo edificio prevede una media di 125,87 m²/PL e un costo di 337.972 €/PL.

Tabella 70 Costo complessivo del nuovo ospedale di Lanciano

Quadro economico	€
Importo dell'appalto	73.781.000,00
Somme a disposizione dell'amministrazione	22.879.000,00
Totale Costo	96.660.000,00

Tabella 71 Parametri riassuntivi dell'ospedale di nuova costruzione di Lanciano

Lanciano	
Posti letto	286
mq/PL	125,87
€/PL	337.972,03

6.c Scheda illustrativa P.O. Vasto

6.c.1 Aspetti generali

Azienda: Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti

Titolo: Realizzazione del nuovo presidio ospedaliero "S. Pio di Pietrelcina"

Georeferenziazione dell'intervento: Presidio Ospedaliero da edificare presso il comune di Vasto nell'area del Comune di Vasto in un sito a sud della città, in località Pozzitello; tale sito risulta delimitato dall'asse autostradale A14

RUP: Ing. Filippo Mancì

Tipo di intervento: Costruzione del nuovo presidio ospedaliero per 225 posti letto.

Stato Progettazione: Studio di fattibilità

6.c.2 Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato

Il nuovo ospedale di Vasto è previsto di 225 posti letto e avrà vantaggi in termini di funzionalità, maggiore facilità della governance complessiva del sistema ospedale (come incidenza dell'organizzazione sui processi di cura), incremento delle capacità ambulatoriali diurne, migliore articolazione delle localizzazioni dei reparti di degenza e una massimizzazione e ottimizzazione delle funzionalità operative dell'ospedale.

L'attuale ospedale di Vasto è collocato all'interno di una struttura vecchia con notevoli criticità sia impiantistiche che di sicurezza ed è collocato all'interno nel centro cittadino, all'interno di un'area fortemente urbanizzata con impossibilità sia di ampliamento che di adeguamento. La nuova struttura nasce dall'esigenza di dotare con una struttura sanitaria flessibile e ben strutturata un comprensorio di 102.200 residenti, a cui va aggiunta una ulteriore domanda di servizi proveniente dalla popolazione turistica estiva e dalla mobilità di utenti provenienti da zone limitrofe.

La realizzazione del nuovo ospedale prevede due fasi. Una prima fase comprende la realizzazione dei primi 225 posti letto con una superficie lorda di 45.350 mq. La seconda fase prevede la costruzione di un ulteriore edificio dedicato ad ulteriori posti letto.

Il nuovo ospedale si compone di due piani seminterrati e quattro livelli fuori terra oltre la copertura. Il piano secondo seminterrato presenta i servizi dell'emergenza e di diagnosi e terapia, il piano primo seminterrato è prevalentemente dedicato ai servizi generali, il piano terra si presenta con l'ingresso principale e l'accesso al poliambulatorio, i piani primo, secondo e terzo sono destinati alla degenza.

L'organizzazione come richiesto dalla Direzione Aziendale, è per aree funzionali omogenee.

La tabella seguente sintetizza la suddivisione del nuovo ospedale.

	Unità Operative	PL Ordinari	PL Diurni	PL Tecnici
Piano Terzo	Malattie infettive	8	2	
	Nefrologia	4		
	Medicina generale	22	2	
	Direzione sanitaria ed amministrativa			
	Connettivo orizzontale - verticale e spazi tecnici			
Piano Secondo	Ostetricia e ginecologia	21	2	
	Pediatria e nido	8		
	Blocco parto			
	Giardino di pediatria			
	Geriatría	16	2	
	Connettivo orizzontale-verticale e spazi tecnici			
Primo piano	Chirurgia generale	21		
	Urologia	15		
	Ortopedia e traumatologia	21		
	Otorinolaringoiatra	5		
	Ambulatori			
	Connettivo orizzontale-verticale e spazi tecnici			
Piano terra	Atrio d'ingresso			
	CUP			
	Luogo di culto			
	Day Hospital chemioterapico		6	
	Psichiatria		5	
	Ambulatori			
Piano 1° Seminterato	Neurologia e Stroke unit (4 sub unit)	17	2	
	Connettivo orizzontale-verticale e spazi tecnici			
	Spogliatoi			
	Mensa			
	Bar			
	Ricezione vitto			
	Laboratorio Analisi			
	Centro trasfusionale			
	Emoteca			
	Depositi			
	Utic	6		
	Cardiologia	10	1	
	Farmacia			
	Depositi Farmaci			
	Guardaroba			
	Connettivo orizzontale-verticale e spazi tecnici			
Piano 2° Seminterato	Emodinamica			
	Diagnostica per immagini			
	Ps_camera calda- pretraige			
	Ps_covid			
	Ps_donna+bambino			
	OBI			10
	Anatomia patologica			
	Morgue			
	Blocco operatorio			
	Terapia Intensiva (e subintensiva)	16		
	Day Surgery (Oculistica, Chirurgia, Ortopedia, Otorino, Urologia)		11	
	Endoscopia e gastroenterologia		2	
	Sottocentrali			
	Connettivo orizzontale-verticale e spazi tecnici			
	totale	190	35	10
Totale generale posti letto		235		

6.c.3 Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

La realizzazione del nuovo presidio nasce dall'esigenza di dotare un bacino di circa 102.200 abitanti di una struttura sanitaria flessibile e all'avanguardia.

La scelta di realizzare un nuovo edificio nasce dall'impossibilità di poter operare qualsiasi adeguamento e/o ristrutturazione del vecchio presidio ospedaliero di Vasto.

Il nuovo edificio eleverà la qualità dell'assistenza sanitaria permettendo una migliore organizzazione gestionale del personale; garantendo i canoni di sicurezza per il paziente e le norme di sicurezza sul luogo di lavoro per i dipendenti; permettendo il razionale ed intensivo utilizzo delle attrezzature specialistiche, e dei day hospital, grazie alla facilità di accesso degli outpatient tramite percorsi specifici, alla sistemazione in aree idonee e facilmente raggiungibili e ai parcheggi dedicati.

La costruzione sarà completamente rispondente ai requisiti normativi in termini di prevenzione incendi e sismica.

6.c.4 Stima del tempo di realizzazione intervento

La stima di realizzazione dell'intervento prevede un periodo temporale che copre i 50 mesi sino al collaudo e apertura del nuovo presidio oggetto dell'intervento.

6.c.5 Quadro economico e finanziario

La spesa dell'ospedale di Vasto ammonta complessivamente a 111.103.796 €. Ciascun posto letto avrà a disposizione in media 189,75 m² e il costo medio dell'edificio comprensivo di attrezzature di primo impianto e arrendo sarà di 464.869,44 €/PL.

Tabella 72 Costo complessivo del nuovo ospedale di Vasto

Quadro economico	€
Importo dell'appalto	84.883.240,00
Somme a disposizione dell'amministrazione	26.220.556,40
Totale Costo	111.103.796,40

Tabella 73 Parametri riassuntivi dell'ospedale di nuova costruzione

Vasto	
Posti letto	225
mq/PL	201,56
€/PL	377.258,84

Sommario

RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	2
1 ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	8
1.a La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono	8
1.a.1 Quadro demografico	8
1.a.2 Quadro socio-economico	12
1.a.3 Quadro epidemiologico	13
1.a.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso	16
1.a.5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-regionale)	21
1.a.6 Offerta ante operam	24
1.a.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale	31
1.b Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	32
1.b.1 Identificazione dei bisogni assistenziali	32
1.b.2 Descrizione della strategia	32
1.c Il ruolo della rete emergenza-urgenza	33
2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	35
2.a Obiettivi del programma	35
2.a.1 Analisi dei problemi e priorità	35
2.a.2 La catena degli obiettivi	35
2.a.3 Interventi progettuali	35
2.a.4 Offerta post-operam	36
2.b Coerenza interna con la strategia	37
2.b.1 Relazione e complementarità delle priorità	37
2.b.2 Analisi dei rischi	37
3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	39
3.a Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale	39
3.a.1 Coerenza con le priorità della Programmazione 2021-2027	39
3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale	39
3.b Sostenibilità degli interventi	49
3.b.1 Analisi delle condizioni	49
3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria	49
3.b.3 Sostenibilità amministrativa e gestionale	52
3.b.4 Sostenibilità di risorse umane	52
3.b.5 Sostenibilità ambientale	52
3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche	53
4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	54
4.a Sistema di indicatori	54
4.a.1 Indicatori di contesto	54
4.a.2 Indicatori di programma	54
4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza	55
4.a.4 Definizione del Sistema di Indicatori	56

4.a.5	Fonti di verifica	58
4.b	Impatti del programma	59
4.b.1	Accettabilità sociale del programma	59
4.b.2	Valore aggiunto del programma	59
4.b.3	Health Technology Assessment	59
5	SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	60
5.a	Presupposti e sistemi di gestione del Programma	60
5.a.1	Presupposti organizzativi e finanziari	60
5.a.2	Presupposti economici e sociali	60
5.b	Sistemi di monitoraggio del programma	60
5.b.1	Monitoraggio finanziario	61
5.b.2	Monitoraggio fisico	62
5.b.3	Monitoraggio procedurale	62
	APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO	63
5.c	Matrice del quadro logico (C1)	63
5.d	Analisi S.W.O.T (C2)	63
5.e	Obiettivi/Indicatori/Interventi (C3)	64
5.f	Sintesi delle informazione per autovalutazione (C4)	65
6	SCHEDE TECNICHE INTERVENTI PROGETTUALI	72
6.a	Scheda illustrativa P.O. Avezzano	72
6.a.1	Aspetti generali	72
6.a.2	Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	72
6.a.3	Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento	73
6.a.4	Sostenibilità gestionale e sostenibilità ambientale dell'intervento	73
6.a.5	Stima del tempo di realizzazione intervento	73
6.a.6	Quadro economico e finanziario	73
6.b	Scheda illustrativa P.O. Lanciano	73
6.b.1	Aspetti generali	73
6.b.2	Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	74
6.b.3	Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento	75
6.b.4	Sostenibilità gestionale e sostenibilità ambientale dell'intervento	75
6.b.5	Stima del tempo di realizzazione intervento	75
6.b.6	Quadro economico e finanziario	76
6.c	Scheda illustrativa P.O. Vasto	76
6.c.1	Aspetti generali	76
6.c.2	Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	76
6.c.3	Illustrazioni delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento	78
6.c.4	Stima del tempo di realizzazione intervento	78
6.c.5	Quadro economico e finanziario	78