



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0015359-P-28/10/2024

I.6.a.h/2023/0



682302697

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

e, p.c.

Al Capo del Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale
Prof. Francesco Saverio Mennini

Al Direttore dell'ex Direzione generale della programmazione sanitaria
Prof. Americo Cicchetti

OGGETTO: Regione Emilia-Romagna – Programma di investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/1988 – Proposta di Accordo di programma VI fase con la regione Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. 502/92, come introdotto dal d.lgs. 229/99

Si trasmette, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa, lo schema di Accordo di programma in oggetto, con richiesta di sottoporlo all'esame di codesta Conferenza nella prima seduta utile.

Sulla proposta è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze in data 28 ottobre u.s..

IL CAPO DI GABINETTO

Dott. Marco Mattei

VS/fedM



Ministero della Salute

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
E
REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

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

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

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

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 34 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5-bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

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

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

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

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

VISTI, con riferimento agli stanziamenti di risorse nel bilancio statale, la tabella F delle leggi finanziarie n. 488/1999, n. 388/2000, n. 448/2001, n. 289/2002, n. 350/2003, n. 311/2004, n. 266/2005, n. 296/2006, n. 244/2007, n. 203/2008, n. 191/2009; la tabella E della legge n. 220 del 2010 (stabilità 2011); la tabella E della legge n. 183 del 2011 (stabilità 2012); la legge n. 228 del 2012 (stabilità 2013); la legge n. 147 del 2013; la legge n. 190 del 2014; la legge n. 208 del 2015; la legge n. 232 del 2016; la legge n. 205 del 2017 (bilancio 2018); la legge n. 145 del 2018 (bilancio 2019); la legge n. 160 del 2019 (bilancio 2020); la legge n. 178 del 2020 (bilancio 2021); la legge n. 234 del 2021 (bilancio 2022); la legge n. 197 del 2022 (bilancio 2023); la legge n. 213 del 2023 (bilancio 2024);

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

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

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

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

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

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78 recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;

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

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

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

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

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

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell’8 febbraio 2006, avente per oggetto “Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)”;

VISTO l’articolo 1, comma 436, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020”, che modifica l’articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO l’Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 23 dicembre 1999 dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma stralcio per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 1° settembre 2004 dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma stralcio per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 5 gennaio 2006 dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 20 novembre 2007 dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 16 aprile 2009 dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 1° marzo 2013 dal Ministero della salute e dalla regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 2 novembre 2016 dal Ministero della salute e dalla regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 29 luglio 2021 dal Ministero della salute e dalla regione Emilia-Romagna, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA la delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145 e delle risorse residue della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Emilia-Romagna € 302.427.964,21;

VISTO l'art. 1, comma 442 e 443, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, in combinato disposto con l'art. 1, comma 267 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, che assegna alla Regione Emilia-Romagna € 240.498.198, al netto delle quote assegnate dall' art. 1 commi 264 e 265 della Legge n. 234/2021 (Riparto Panflu);

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

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

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

VISTA l'Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2014-2016;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2019-2021;

VISTO il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70 recante: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

VISTO il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77 recante: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 127 del 20 giugno 2023 recante *"Interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari, ai sensi dell'art. 20, Legge n. 67 del 1988 - VI fase. (Delibera di Giunta n. 630 del 26 aprile 2023)"*;

VISTA la delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 159 del 12 marzo 2024 recante *"Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui all'Allegato della delibera dell'Assemblea legislativa n. 127/2023 "Programma straordinario di investimenti sanitari ex art. 20 L. 67/88 - VI Fase""*. (Delibera di Giunta n. 212 del 12 febbraio 2024)";

PRESO ATTO che la Regione ha rappresentato di aver rispettato il vincolo disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;

VISTO l'articolo 1, comma 13 del decreto-legge 2 marzo 2024 n. 19, convertito con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56, recante *"Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)"* che prevede che le risorse riguardanti gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato *"Verso un ospedale sicuro e sostenibile"* già finanziati a carico del Fondo complementare al PNRR, sono posti a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 legge n. 67/1988 per una spesa pari a € 98.604.179,18;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole con prescrizioni e raccomandazioni n. 31 del 4 giugno 2024 del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della salute, sulla proposta di Accordo di programma integrativo – VI fase;

VISTA la delibera della Giunta Regionale n. 1473 del 08/07/2024 avente ad oggetto: *"Interventi dell'Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 L. 67/88 - VI fase. Recepimento del parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute"*;

DATO ATTO che il Documento programmatico formulato di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Emilia-Romagna definisce gli interventi da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

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

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma è finalizzato all'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale attraverso il mantenimento e il miglioramento del Servizio Sanitario Regionale, che deve essere al contempo universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità.

Gli obiettivi sono:

- la realizzazione del nuovo ospedale di Carpi;
- la realizzazione del Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore di Bologna, che insieme al completamento del Materno Infantile di Reggio Emilia (MIRE) consente alla rete ospedaliera regionale di disporre di nuove strutture altamente qualificate nell'area ostetrico-ginecologica e pediatrica;

- la realizzazione del Polo dell’Emergenza dell’Ospedale Maggiore di Parma;
 - il miglioramento/adequamento sismico, la messa a norma per gli aspetti di prevenzione incendi e la contestuale riqualificazione funzionale di strutture nosocomiali della rete ospedaliera;
 - l’ammodernamento per sostituzione di tecnologie biomediche dell’area chirurgica, dell’area critica e dell’area specialistica ambulatoriale.
2. L’Accordo è costituito da n. 22 interventi facenti parte del programma della Regione Emilia-Romagna per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
- a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell’Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:
- per il Ministero della Salute: Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria,
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze:
 - per la Regione Emilia-Romagna: Ing. Luca Baldino, Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell’attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell’Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all’articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all’art. 5, comma 3;
 - d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
 - e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell’Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3

(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L’onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 267.600.000,00 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all’art. 1, comma 2, di cui: € 188.670.000,00 a carico dello Stato, € 9.930.000,00 a carico della Regione ed € 69.000.000,00 altre risorse (Partenariato Pubblico Privato per la realizzazione del nuovo Ospedale di Carpi – Azienda USL di Modena).

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

PIANO FINANZIARIO			
Importo a carico dello STATO		Importo a carico della REGIONE	Altre risorse (PPP)
Risorse a valere sul D.I. di revoca 25/10/2023 (Delibera CIPE n. 51/2019)	€ 29.450.000,00	€ 9.930.000,00	€ 69.000.000,00
Delibera CIPE n. 51/2019	€ 66.695.820,82		
Commi 442 e 443, art. 1, L. 178/2020 – Tabella B	€ 92.524.179,18		
Totale	€ 188.670.000,00	€ 9.930.000,00	€ 69.000.000,00
Importo complessivo	€ 267.600.000,00		

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore complessivo di € 188.670.000,00 è stato assegnato alla Regione Emilia-Romagna, secondo quanto di seguito indicato:
- per € 29.450.000,00 quali risorse resesi disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 25 ottobre 2023, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 290 del 13 dicembre 2023 a valere sulla Delibera CIPE n. 51/2019,
 - per € 66.695.820,82 quale quota residua delle risorse assegnate con delibera CIPE n. 51/2019,
 - per € 92.524.179,18 quale quota parte delle risorse assegnate dall'art. 1, commi 442 e 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178.
3. Le risorse residue di cui all'art. 1, commi 442 e 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, al netto delle risorse ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 19 dicembre 2022 (Riparto PANFLU), in attuazione dell'articolo 1, comma 266, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, nonché le risorse assegnate dall'art. 1, comma 263 della legge 30/12/2021, n. 234, successivamente ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 20 luglio 2022, saranno utilizzate dalla Regione Emilia-Romagna per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma integrativi, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato;
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, iscriverà a bilancio, nel rispetto dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4 **(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)**

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

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

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma la Regione Emilia-Romagna inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione Emilia-Romagna, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Emilia-Romagna o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7
(Indicatori)

1. La Regione Emilia-Romagna ha richiamato nell'allegato documento programmatico un sistema di indicatori finalizzato a rappresentare il Programma nella sua complessiva compiutezza: dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, alla fase realizzativa degli interventi stessi, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.
2. La Regione Emilia-Romagna ha individuato come strumenti di valutazione degli interventi previsti nel presente Accordo, indicatori per il monitoraggio ed indicatori di efficacia ed efficienza.

Articolo 8
(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

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

3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della Salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione Emilia-Romagna al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'ing. Fabio Rombini, responsabile dell'Area Infrastrutture e Patrimonio della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna;
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

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

Articolo 11
(Disposizioni generali)

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

Per:

Il Ministero della Salute: *Prof. Americo Cicchetti*

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: _____

La Regione Emilia-Romagna: *Ing. Luca Baldino*

TABELLA RIEPILOGATIVA INTERVENTI

N. INTERVENTO	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	CUP	RISORSE STATALI (€)	RISORSE REGIONALI 5% (€)	ALTRE RISORSE (€)	TOTALE (€)
APE 1	AUSL PIACENZA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	B34E23000070003	627.000,00	33.000,00	-	660.000,00
APE 2	AUSL PARMA	Miglioramento sismico Corpo B Ospedale di San Secondo	D63D23000090003	1.235.000,00	65.000,00	-	1.300.000,00
APE 3		Ospedale Borgo Val di Taro – Miglioramento sismico Corpo 5-6	D63D23000100003	3.800.000,00	200.000,00	-	4.000.000,00
APE 4		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	D24E23000040003	475.000,00	25.000,00	-	500.000,00
APE 5	AOU PARMA	Realizzazione nuovo Polo dell'Emergenza	F95F23000080003	27.550.000,00	1.450.000,00	-	29.000.000,00
APE 6		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	F94E23000070003	665.000,00	35.000,00	-	700.000,00
APE 7	AUSL RE	Nuovo edificio ospedaliero Maternità Infanzia-MIRE- 2° stralcio lavori di completamento edile ed impiantistico	G85F23000090003	27.550.000,00	1.450.000,00	-	29.000.000,00
APE 8		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	G89I23000410001	921.500,00	48.500,00	-	970.000,00
APE 9	AUSL MO	Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi	J91B20000980006	54.150.000,00	2.850.000,00	69.000.000,00	126.000.000,00
APE 10		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	G44E23000030001	617.500,00	32.500,00	-	650.000,00
APE 11	AOSP MO	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena	F94E22000660003	7.125.000,00	375.000,00	-	7.500.000,00
APE 12		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	F94E23000060001	950.000,00	50.000,00	-	1.000.000,00
APE 13	AUSL BO	Realizzazione del Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore	E35F19003810003	49.875.000,00	2.625.000,00	-	52.500.000,00
APE 14		Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macrovulnerabilità locali	E36G22000470003	760.000,00	40.000,00	-	800.000,00
APE 15		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	E34E23000050001	950.000,00	50.000,00	-	1.000.000,00

APE 16	AOU BO	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	F34E23000020001	522.500,00	27.500,00	-	550.000,00
APE 17	IOR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	D34E23000040001	541.500,00	28.500,00	-	570.000,00
APE 18	AUSL IMOLA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica	H24E23000020003	665.000,00	35.000,00	-	700.000,00
APE 19	AUSL FE	Ospedale di Cento - Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma	E39J23002340003	7.125.000,00	375.000,00	-	7.500.000,00
APE 20		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	E79I23000250002	475.000,00	25.000,00	-	500.000,00
APE 21	AOU FE	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	E79I23000260002	475.000,00	25.000,00	-	500.000,00
APE 22	AUSL ROMAGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	G64E23000030001	1.615.000,00	85.000,00	-	1.700.000,00
TOTALE INTERVENTI				188.670.000,00	9.930.000,00	69.000.000,00	267.600.000,00



Giunta Regionale

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

**Accordo di Programma per il settore
degli Investimenti Sanitari
Art. 20 L. 67/1988 - VI Fase**

Documento Programmatico
per la stipula con

Ministero della Salute

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Sommario

Introduzione	5
Le prospettive del Servizio Sanitario delle Regione Emilia-Romagna	5
Riassunto esplicativo del Programma	8
a) Identificazione dell'Accordo	8
b) Il Quadro Finanziario	9
c) Raccordo con il passato: il Programma straordinario degli investimenti in sanità in Emilia-Romagna 10	
d) Raccordo con il PNRR/PNC	12
e) Gli Obiettivi della VI Fase del Programma	13
f) Gli Obiettivi specifici della VI Fase del Programma	13
g) La coerenza interna del Programma	14
h) La coerenza esterna del Programma.....	15
i) Il Quadro Normativo.....	15
1. Analisi sociosanitaria ed economica, rispondenza della strategia ai bisogni identificati	17
1.1 Il contesto sanitario e sociosanitario e i bisogni che conseguono	17
1.1.1 Il territorio e la popolazione	18
1.2 La struttura demografica e socioeconomica della popolazione.....	19
1.3 Quadro epidemiologico	25
1.3.1 Tassi standardizzati di mortalità	26
1.2.1 Anni di vita potenzialmente persi.....	29
1.2.2 Malattie croniche.....	31
1.2.3 Salute mentale.....	32
1.4.1 La domanda di ospedalizzazione	34
1.4.2 La domanda di assistenza territoriale.....	36
1.5 Il governo dei tempi di attesa.....	38
1.5.1 Prestazioni di ricovero	39
1.5.2 Prestazioni ambulatoriali.....	40
1.6 Quadro della mobilità sanitaria attiva e passiva (intra ed extra regione).....	41
1.7 L'Offerta ante operam	43
1.7.1 L'organizzazione del Servizio Sanitario regionale.....	43
1.7.2 Il patrimonio immobiliare.....	46
1.7.3 Il patrimonio delle tecnologie biomediche.....	48
1.7.4 Dotazione strutturale informatica e sistemi informativi	50
1.7.5 La rete Ospedaliera.....	52
1.7.6 La rete delle strutture sanitarie territoriali	58

1.7.7	Analisi e valutazione della continuità assistenziale.....	63
1.8	La strategia rispetto i bisogni identificati	63
1.8.1	Il nuovo contesto sanitario	64
1.8.2	Analisi delle criticità e dei bisogni	65
1.8.3	La strategia	65
2.	Gli obiettivi e la coerenza interna dell'Accordo di Programma	69
2.1	Gli obiettivi del Programma.....	69
2.1.1	Obiettivo generale	69
2.1.2	Obiettivi specifici	69
2.1.3	Obiettivi operativi.....	70
2.2	L'offerta post operam.....	72
2.2.1	Gli aspetti strutturali.....	72
2.2	Le tecnologie biomediche.....	74
2.2.3	Le tecnologie informatiche.....	75
2.3	Coerenza interna della strategia	76
3.	La coerenza esterna dell'Accordo di Programma	78
3.1	La coerenza del Programma con le politiche nazionali e regionali	78
3.2	Rappresentazione e correlazione dei precedenti programmi di investimento regionali finanziati con fondi ex art. 20 e il presente Programma.....	78
3.3	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano Nazionale Complementare (PNC).....	83
3.3.1	Le Case della Comunità.....	83
3.3.2	Ospedali di Comunità	87
3.3.3	Centrali Operative Territoriali	88
3.3.4	Le Tecnologie biomediche finanziate con il PNRR.....	90
3.4	Rappresentazione di ulteriori programmi di investimento	92
3.5	La sostenibilità degli interventi	97
3.5.1	La sostenibilità economico-finanziaria	97
3.5.2	La sostenibilità amministrativa e gestionale	97
3.5.3	La sostenibilità delle risorse umane	98
3.5.4	La sostenibilità ambientale.....	98
4.	L'attuazione dell'Accordi di Programma: risultati attesi e valutazione degli impatti	99
4.1	Il sistema degli Indicatori.....	99
4.1.1	Gli indicatori di contesto	99
4.1.2	Gli indicatori di programma	101
4.1.3	Gli indicatori di efficienza ed efficacia.....	102
5.	La gestione e il monitoraggio del Programma	105

5.1 La gestione degli interventi del Programma	105
5.2 I Sistemi di Monitoraggio degli Interventi	105
6. Schede tecniche interventi	107

Glossario

AdP: Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto ai sensi del Art. 5 bis del D.Lgs 502/1992

DAL: Delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna

DGR: Delibera di Giunta regionale Emilia-Romagna

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

PROFILER- PROgramma Finanziamenti Lavori Emilia-Romagna: Sistema informativo regionale per la gestione degli investimenti destinati a strutture sanitarie e socio-sanitarie

Introduzione

Le prospettive del Servizio Sanitario delle Regione Emilia-Romagna

Negli ultimi mesi del 2022 si sono svolti gli Stati Generali della Salute della Comunità della Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di delineare le prospettive strategiche di innovazione e sviluppo del Sistema Sanitario Regionale per i prossimi anni, a partire da un'analisi approfondita e partecipata delle principali criticità e potenzialità che caratterizzano, a livello strutturale, l'attuale sistema dei servizi sanitari e sociali.

Il processo si è svolto in maniera strutturata e partecipativa ed ha visto il coinvolgimento di una pluralità di stakeholders, sotto il coordinamento di una cabina di regia regionale. Mediante una serie di incontri dedicati il confronto si è svolto con i professionisti sanitari, (medici, infermieri, operatori sociosanitari, ricercatori e giovani specializzandi, tecnici e amministrativi, ordini professionali della sanità, farmacie, medicina convenzionata) con il mondo universitario e la comunità scientifica, senza tralasciare i territori e i cittadini. Hanno inoltre partecipato al confronto i sindaci, i rappresentanti del volontariato, Farmindustria, Confindustria, Confartigianato e rappresentanze dei fornitori di servizi sanitari e sociosanitari.

Le priorità di intervento sono state delineate nei seguenti ambiti:

- La riorganizzazione dell'emergenza-urgenza
- Il Settore di assistenza ospedaliera
- Il Settore di assistenza territoriale
- La prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Il settore sociosanitario e l'integrazione sociosanitaria
- La trasformazione digitale del SSR
- La valorizzazione della ricerca sanitaria, il trasferimento tecnologico e la revisione del sistema di relazioni tra Regione, Università e IRCCS
- La valorizzazione del personale
- La centralizzazione funzionale del SSR
- Il sistema di governance

La riorganizzazione dell'Emergenza-Urgenza, in una fase di carenza di personale particolarmente grave nella specifica area, necessita dell'implementazione di nuove strutture organizzative improntate al rafforzamento della rete di prossimità per le prestazioni di bassa criticità e della rete di emergenza per gli interventi tempo-dipendenti, alla luce delle nuove opportunità date dall'attuazione del DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" e della DGR n. 2221/2022 riguardante il primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. 77/2022. L'attivazione del numero unico dell'emergenza NUE (112) in Emilia-Romagna sarà supportata da sue Centrali Uniche di Risposta a Parma e Bologna, mentre per il numero europeo armonizzato NEA (116117) verranno realizzate tre centrali a Parma, Bologna e Ravenna in stretta relazione con le Centrali Operative del 118 esistenti. In questa riorganizzazione troverà posto anche l'attuale sistema di continuità assistenziale, garantendo una maggior efficienza dell'attività h.24. (DGR 1993/2019; DGR 2443/2019; DGR 1241/2022; DGR 1206/2023).

L'Assistenza Ospedaliera dovrà vedere l'integrazione delle reti cliniche ospedaliere con il territorio, con l'identificazione di centri di riferimento per patologie di media complessità al di fuori degli ospedali polispecialistici con DEA di II livello. L'attività chirurgica orientata a problematiche ad elevata numerosità potrà essere svolta in Ospedali Distrettuali, eventualmente differenziando la casistica trattabile nelle diverse sedi.

L'Assistenza Territoriale rappresenta uno dei cardini fondamentali del Servizio Sanitario Regionale; l'assetto dei servizi territoriali dovrà essere rafforzato focalizzandosi sulla implementazione della presa in carico coordinata, multiprofessionale e integrata del cittadino/paziente per potenziare ulteriormente l'assistenza sanitaria territoriale affinché abbia nella prossimità e nella proattività le principali leve di evoluzione (medicina di iniziativa), anche utilizzando tecnologie e modalità innovative. Le linee di sviluppo prevedono il rafforzamento dei servizi già esistenti (Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare, Fine Vita, Infermiere di Famiglia o di Comunità che operano già con denominazioni diverse e setting differenti), nuovi servizi come le Centrali Operative Territoriali COT, riqualificazione della rete territoriale anche mediante l'utilizzo di tecnologie innovative, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, la formazione dei professionisti e lo sviluppo della comunità quale risorsa e parte attiva nella tutela della salute.

Dalle 132 Case della Salute già esistenti sul territorio regionale si dovrà passare a 89 Case della Comunità hub e 96 Case della Comunità spoke per complessive 185 strutture. Il modello della Casa della Comunità dovrà comprendere l'insieme delle prestazioni e delle attività nel territorio di riferimento. All'interno di esse, saranno istituiti nuovi servizi quali: le COT (centrali operative territoriali con la funzione di coordinamento della presa in carico e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali) e i PUA (punto unico di accesso rivolto ai cittadini per bisogni sanitari e sociosanitari).

L'assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito delle Case della Comunità dovrà essere riorganizzata per gli aspetti relativi all'appropriatezza della domanda, attività erogate in telemedicina e laboratoristica POCT, digitalizzazione dei servizi sanitari e tecnologie innovative come previsto dal DM 77/2022.

I punti di continuità assistenziale (attualmente sono attivi circa 155 con carichi di lavoro disomogenei), saranno riqualificati anche all'interno della Case della Comunità, e garantiranno la copertura medica H24 prevista nel DM 77/2022 nell'ambito della riorganizzazione dell'emergenza-urgenza.

In tema di Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, si rende necessaria una maggiore integrazione del Dipartimento di Sanità Pubblica nel contesto aziendale: in ambito ospedaliero, la presa in carico dei pazienti con patologie infettive e con patologie croniche dovrebbe comprendere anche l'analisi dei determinanti su stili di vita e ambientali che possano averle prodotte; nei Distretti Socio-Sanitari la presenza del Dipartimento di Sanità Pubblica consentirebbe di identificare i bisogni di salute dei cittadini alla luce del profilo di salute della popolazione di riferimento. Presso le Case della Comunità saranno inseriti ambulatori di secondo livello per la medicina del lavoro.

I Dipartimenti di Prevenzione sono inseriti a pieno titolo nel Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici SNPS di cui alla riforma L. n. 79/2022 per l'attuazione del PNRR. Attraverso il finanziamento regionale di cui al PNC si stanno potenziando le strutture laboratoristiche per migliorare la conoscenza analitica in tema di inquinanti atmosferici, epidemiologia ambientale ed esposizione complessiva, nonché il rafforzamento in tema di monitoraggio epidemiologico.

Sul fronte Sociosanitario e di Integrazione Sociosanitaria, la definizione dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (LEPS) operata dalla più recente normativa nazionale e l'esigenza di definire modelli organizzativi omogenei per gli ambiti territoriali, impongono un percorso di lavoro finalizzato ad attenuare i rischi di frammentazione degli interventi a garanzia e tutela dei diritti dei cittadini. L'accesso al cittadino dovrà essere facilitato offrendo presso le Case della Comunità le informazioni e i servizi forniti ora in sedi separate presso i Comuni e i punti di accesso alle cure primarie delle AUSL.

L'intero sistema dell'offerta di posti per la disabilità e la non autosufficienza dovrà essere integrato tra strutture pubbliche e private accreditate, per lo meno in termini di servizi a qualità garantita anche nel caso in cui la scelta del servizio e i costi siano a carico del cittadino. I percorsi integrati tra diversi setting assistenziali sia in fase di dimissione ospedaliera che nei passaggi tra diversi gradi di assistenza potranno

essere supportati dal potenziamento informatico e tecnologico, considerando come un unico sistema di assistenza le attuali strutture sociosanitarie.

La Trasformazione Digitale del SSR passa attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 mediante il quale il cittadino potrà tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, garantendo i servizi essenziali per un'offerta di prestazioni di sanità digitale omogenea e uniforme su tutto il territorio nazionale. Il CUP non più come semplice strumento di prenotazione ma come strumento di governo centralizzato dell'offerta ambulatoriale, delle agende e delle liste di attesa. La Telemedicina dovrà essere a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e dei cittadini, caratterizzata da un ambiente collaborativo digitale dove i servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio, possano essere considerati come degli strumenti integrati in un unico ambiente per agevolare il percorso di diagnosi, cura e monitoraggio del paziente. Il Portale della Sanità Pubblica regionale dovrà consentire di superare l'attuale disomogeneità di soluzioni verticali attualmente in uso, che operano in modo diverso, senza alcun scambio dati e con scarsi o nulli livelli di dematerializzazione.

Sul fronte della Valorizzazione della ricerca sanitaria, del trasferimento tecnologico e della revisione del sistema di relazioni tra Regione, Università e IRCCS è prevista la revisione del Protocollo di Intesa tra Regione e Università per la valorizzazione della programmazione congiunta, per la definizione di nuove traiettorie strategiche e di nuove forme di collaborazione che individuino modalità per lo sviluppo della formazione anche in ambiti non strettamente ospedalieri, garantendo quindi percorsi di crescita dei professionisti in base ai mutati bisogni di salute della popolazione. In tal modo si potrà potenziare l'apporto delle Scuole di Medicina e Chirurgia alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e, al contempo, la fruizione da parte delle medesime Scuole di idonee strutture delle Aziende Sanitarie allo scopo di soddisfare le proprie esigenze di ricerca e di insegnamento. Occorre rinnovare e rafforzare il rapporto di integrazione tra il SSR e le Università, favorendo l'estensione delle reti formative su tutto il territorio regionale, con particolare riguardo alle aziende sanitarie territoriali, migliorando l'integrazione tra didattica, ricerca e assistenza e valorizzando i livelli di autonomia degli specializzandi.

Un pilastro fondamentale del sistema della ricerca sanitaria regionale è rappresentato dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che rappresentano attori fondamentali per lo sviluppo della ricerca del SSN. Sarà individuato un livello di coordinamento tra IRCCS regionali per la promozione di progetti comuni, condivisione di piattaforme tecnologiche e skills "rare" e strategiche; sarà inoltre promosso un percorso di integrazione tra gli IRCCS e le Aziende sanitarie della Regione.

La Valorizzazione del personale passa attraverso nuovi modelli e forme organizzative che possano invertire la rotta rispetto alla cronica carenza di professionisti sanitari e sociosanitari. Oltre alla continuità delle politiche di stabilizzazione del personale, vanno adeguatamente valorizzati gli strumenti di crescita sia per il personale del comparto che delle aree dirigenziali. Gli strumenti di reclutamento del personale dovrebbero essere semplificati e velocizzati, i criteri di selezione del personale dovrebbero essere più funzionali alle esigenze aziendali. La formazione del personale già in forza al Servizio Sanitario e Sociale regionale è altresì determinante per valorizzare le competenze professionali, adeguandole ai nuovi bisogni assistenziali-sociali e alle innovazioni organizzative.

La Centralizzazione di alcune funzioni del SSR, oltre a consentire un efficientamento del sistema, realizzerebbe una standardizzazione a livello regionale oggi non garantita. La centralizzazione dei servizi logistici, già sperimentata con esiti positivi per le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord e dal magazzino unico AUSL Romagna, consentirebbe ad esempio di ottimizzare il livello delle scorte e i percorsi di distribuzione.

Altri servizi di supporto ai professionisti sanitari (es. Servizi Tecnici) e servizi sanitari intermedi come il laboratorio analisi e l'anatomia patologica, potrebbero essere riorganizzati in una forma mista hub & spoke che consenta di standardizzare i servizi e al tempo stesso garantire una presenza capillare sul territorio.

In tema di Governance del SSR si ritiene strategico rafforzare il ruolo regionale di governo e monitoraggio del sistema sanitario regionale, al fine di garantire modelli organizzativi coerenti e omogenei con i nuovi bisogni e tempi di intervento, il più possibile armonizzati sull'intero territorio pur tenendo conto delle diverse peculiarità. Dovrà essere garantito il più ampio coinvolgimento degli Enti Locali, delle parti sociali, dei professionisti e delle loro rappresentanze, degli organismi di consultazione e partecipazione, del Terzo settore e non ultimo delle comunità e dei cittadini.

Nel livello di governance distrettuale si intende rafforzare il grado di integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali, così da superare l'attuale frammentazione degli interventi e costruire un unico sistema integrato di risposta ai bisogni della popolazione. Un maggiore livello di integrazione tra università e territorio, con l'ipotesi condivisa di integrazione delle attuali AUSL, AOU e gli IRCCS, consentirebbe di aprire l'Università ad una inedita dimensione territoriale della sanità, al tempo stesso implementando la rete formativa sul territorio e sviluppando nuovi contesti e nuove soluzioni per la didattica e per la ricerca.

Riassunto esplicativo del Programma

a) Identificazione dell'Accordo

La Proposta di sottoscrizione di questo Accordo di Programma si identifica come un primo passaggio nel quadro di un complessivo ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale per realizzare interventi ritenuti prioritari riguardo la rifunzionalizzazione della rete ospedaliera con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- Rafforzamento della rete dell'emergenza urgenza,
- Rafforzamento della rete ostetrico-ginecologica e pediatrica,
- Messa a norma delle strutture ospedaliere in materia di miglioramento/adeguamento sismico e prevenzione incendi,
- Sostituzione delle tecnologie biomediche obsolete.

Si scrive di "un primo passaggio" perché la Regione Emilia-Romagna, in modo complementare ed integrato, proporrà in una breve prospettiva di tempo la proposta di sottoscrizione di altri Accordi di Programma sulle base delle risorse disponibili.

Ad oggi le risorse finanziarie disponibili a valere sul Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della legge 11 marzo, da utilizzare tramite la sottoscrizione di specifici Accordi di Programma, ammontano a quasi 552 milioni di euro. Tali risorse sono comprensive dei finanziamenti oggetto del presente Documento Programmatico.

Di seguito si riporta la rappresentazione delle risorse finanziarie disponibili a valere sul Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della legge 11 marzo.

Assegnazioni Regione Emilia-Romagna (€)		Risorse Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 (€)		
Provvedimento	Risorse assegnate	Utilizzate/Vincolate		Disponibili
Del. Cipe 51/2019 Riparto Regioni	302.427.964,21	137.127.964,21*	AdP Integrativo 2021	165.300.000,00
Del. Cipe 97/2008 Riserva Interventi urgenti assegnata con D.M. 16/10/2020	1.000.000,00	1.000.000,00	AdP Integrativo 2021 Intervento APC 18 - Ausl Modena	
Del. Cipe 51/2019 Riserva Interventi urgenti assegnata con D.M. 16/10/2020	20.000.000,00	20.000.000,00	Risorse vincolate alla realizzazione del nuovo Ospedale di Piacenza	
Comma 442 e 443 Art. 1 Legge Bilancio 2021 (L. 178/2020) Allegato B: € 151.984.333,00 per ciascun comma	303.968.666,00	63.470.468,00	Risorse vincolate al Piano PanFlu 2021- 2023	240.498.198,00
Comma 263 Art. 1 Legge Bilancio 2022 (L. 234/2021) D.M. 20/7/2022	145.983.686,24			145.983.686,24
TOTALE	773.380.316,45	221.598.432,21		551.781.884,24

*E' ricompreso in tali risorse il finanziamento di € 29.450.000,00 assegnato all'Ausl di Bologna per l'intervento APC 25 "Nuova Maternità e Pediatria con ampliamento Pronto Soccorso per area ortopedica e pediatrica" oggetto di richiesta di revoca.

b) Il Quadro Finanziario

La copertura finanziaria degli interventi previsti in questo Accordo di Programma, come indicato nelle schede tecniche allegate, ammonta complessivamente a € 267.600.000,00 di cui:

- € 188.670.000,00 a carico dello Stato a valere Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/1988,
- € 9.930.000,00 a carico della Regione (5%),
- € 69.000.000,00 finanziamento tramite Partenariato Pubblico Privato per la realizzazione del nuovo Ospedale di Carpi – Azienda USL di Modena.

L'importo a carico dello Stato pari a € 188.670.000,00 è stato assegnato alla Regione Emilia-Romagna con i seguenti provvedimenti:

- per € 165.300.000,00 quale quota residua delle risorse assegnate con la Delibera CIPE n. 51/2019,
- per € 23.370.000,00 quale quota parte delle risorse assegnate dal Comma 442, art. 1 Legge n. 178/2020 (legge di Bilancio 2021) - Allegato B.

Il piano finanziario è quello di seguito riportato:

PIANO FINANZIARIO					
€					
Risorse Stato		Risorse Regione (5%)	Altre risorse (PPP)	Totale	
Del. Cipe 51/2019	165.300.000,00	188.670.000,00	9.930.000,00	69.000.000,00	267.600.000,00
Comma 442 Art. 1 L. 178/2020 - Tabella B	23.370.000,00				

Si segnala che, ai sensi del comma 444, art. 1 L. 178/2020, gli interventi di Telemedicina relativi "all'acquisto, da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, di dispositivi e applicativi informatici che consentano di effettuare refertazione a distanza, consulto tra specialisti e assistenza domiciliare da remoto" verranno finanziati per complessivi € 759.921,67 (0,5% delle risorse assegnate alla Regione Emilia-Romagna con il comma 442) nell'ambito dei prossimi AdP, successivi alla VI Fase.

c) [Raccordo con il passato: il Programma straordinario degli investimenti in sanità in Emilia-Romagna](#)

Le risorse finanziarie complessivamente assegnate dall'Art. 20 della L. 67/1988 a favore della Regione Emilia-Romagna, ammontano complessivamente ad oltre 1,7 miliardi di euro grazie alle quali dai primi anni '90 sono stati realizzati quasi 500 interventi.

Per l'utilizzo di questi finanziamenti la Regione ha predisposto un proprio Programma di investimenti in sanità articolato in diverse fasi di attuazione: I, II, III, IV, V fase (in corso di esecuzione) e VI fase, oggetto di questo Documento Programmatico.

Con l'attuazione del Programma i principali risultati raggiunti, in termini di impatto sul patrimonio strutturale e sull'offerta dei servizi assistenziali, possono essere sinteticamente individuati nella:

- realizzazione di 8 nuovi Ospedali: Ospedale di Fidenza (PR), Ospedale di Sassuolo (MO), Ospedale di Baggiovara (MO), Ospedale di San Giovanni in Persicelo (BO), Ospedale di Lagosanto (FE), Ospedale di Forlì (FC), Ospedale di Cona (FE) e Ospedale di Porretta Terme (BO) a fronte della disattivazione e/o riconversione di 36 tra stabilimenti o padiglioni ospedalieri;
- riorganizzazione della rete ospedaliera (diminuzione del tasso di ospedalizzazione e riduzione del numero di posti letto);
- miglioramento strutturale ed impiantistico con conseguente innalzamento degli standard qualitativi relativi al comfort ospedaliero;
- sviluppo di una rete di servizi territoriali a sostegno della continuità delle cure;
- sostituzione delle tecnologie biomediche per ragioni di obsolescenza e laddove necessaria implementazione delle stesse;
- miglioramento/adequamento delle strutture sanitarie in coerenza con la novellazione normativa sulla prevenzione dei rischi (antisismica, antincendio, ecc.) e sulla sicurezza in generale.

Tabella 1 – Sintesi finanziamenti per Programmi di investimento (Fonte dati Profiler monitoraggio al 31-12-2022)

Sintesi finanziamenti per Programmi di investimento							
Fase	Programma	N Interventi programmati	Finanziamento Stato	Finanziamento Regione	Finanziamento Aziende Sanitarie	Altre fonti	Finanziamento complessivo
I Fase	I triennio	131	299.336.387,49	24.540.318,24	87.796.675,07	5.665.772,85	417.339.153,65
II Fase	II Fase anticipazione	19	179.895.882,28	9.468.204,33	58.330.487,72		247.694.574,33
	Accordo di Programma 1999	123	467.223.579,37	24.592.128,10	367.555.914,30	17.385.579,23	876.757.201,00
III Fase	Accordo Stralcio 2004	11	53.662.657,14	8.140.056,56	23.395.564,90		85.198.278,60
	Accordo stralcio Parma	1	10.000.000,00	4.000.000,00	7.345.290,34	127.709,66	21.473.000,00
	Accordo di Programma Integrativo 2007	8	45.433.105,86	4.994.567,38	15.402.578,97		65.830.252,21
IV Fase	Accordo di Programma Integrativo 2009	48	163.576.871,80	8.609.309,04	74.913.633,77	2.114.533,61	249.214.348,22
	Accordo di Programma 2013	53	131.592.131,56	6.925.901,66	13.456.919,39	4.364.915,39	156.339.868,00
	Accordo di Programma Integrativo 2016	25	75.641.120,94	3.981.111,63	14.417.845,01	6.095.000,00	100.135.077,58
V Fase	Accordo di Programma Integrativo 2021	38	138.127.964,21	7.269.892,85	13.636.668,42		159.034.525,48
VI Fase	Accordo di Programma Integrativo VI Fase	22	188.670.000,00	9.930.000,00		69.000.000,00	267.600.000,00
TOTALE		479	1.753.159.700,65	112.451.489,79	676.251.577,89	104.753.510,74	2.646.616.279,07

Tabella 2 - Stato di attuazione Accordi di Programma investimenti in sanità (Fonti dati Profiler monitoraggio al 31-12-2022)

Fase	Programma	% Finanziamento Statale utilizzato	% Interventi conclusi
I Fase	I Triennio	100,0%	100%
II Fase	Anticipazione II Fase	100,0%	100%
	Accordo di Programma 1999	100,0%	100%
III Fase	Accordo Stralcio 2004	100,0%	100%
	Accordo Stralcio Parma	100,0%	100%
	Accordo di Programma Integrativo 2007	99,5%	100%
IV Fase	Accordo di Programma Integrativo 2009	95,0%	81%
	Accordo di Programma 2013	91,5%	83%
	Accordo di Programma Integrativo 2016	56,4%	60%
V Fase	Accordo di Programma Integrativo 2021	0,0%	0,0%

d) Raccordo con il PNRR/PNC

Gli interventi di cui alla proposta di sottoscrizione di questo Accordo di Programma devono necessariamente raccordarsi con quelli previsti dal PNRR e dal PNC.

Attraverso i finanziamenti del PNRR, Regione Emilia-Romagna effettuerà interventi su 84 strutture da destinare a Case della Comunità; 24 saranno nuove costruzioni mentre 60 saranno oggetto di ampliamento/ristrutturazione. Saranno inoltre realizzati 27 Ospedali della Comunità (OSCO); le Centrali Operative Territoriale saranno 45.

Come più dettagliamene illustrato nel capitolo relativo alla rete delle strutture sanitarie territoriali le Case di Comunità presenti in Emilia-Romagna al 31 maggio 2023 sono 132 mentre gli OSCO sono 25.

È del tutto evidente come la rete sanitaria territoriale, dal punto di vista infrastrutturale, sia già ben dotata e sarà ulteriormente rafforzata con gli interventi finanziati dal PNRR per cui in questo Accordo di Programma non è prevista la realizzazione né di Case della Comunità né di OSCO.

Di contro sono previsti 4 interventi di miglioramento/adequamento sismico secondo un criterio di complementarità rispetto gli interventi PNRR/PNC *“verso un ospedale sicuro e sostenibile”* ovvero vengono finanziati con questo Accordo di Programma quegli interventi che non hanno trovato capienza nei fondi PNRR/PNC in una logica di coerenza riguardo la vasta azione di contenimento del rischio sismico negli ospedali avviata dalla regione Emilia-Romagna

Lo stesso criterio di complementarità viene declinato nell’ambito delle tecnologie biomediche. Con i finanziamenti PNRR verranno acquisite le grandi tecnologie mente i piani di fornitura proposti con questo Accordo di Programma riguardano le tecnologie dell’area chirurgica, le diagnostiche per bioimmagini in area critica e quelle dedicate all’area specialistica ambulatoriale.

Riguardo i progetti Information and Communications Technology (ICT) della sanità, avviati dalla Regione Emilia-Romagna per l’efficientamento dei servizi offerti ai cittadini e del fascicolo sanitario elettronico, anche

attraverso l'Infrastruttura nazionale necessaria a garantirne l'interoperabilità, pur rientrando tra le pianificazioni previste dalla Regione Emilia-Romagna non sono compresi all'interno di questo Accordo di Programma in quanto, analogamente a quanto sopra riportato, rientrano nei percorsi di rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione previste dal PNRR.

e) Gli Obiettivi della VI Fase del Programma

Per dare risposte adeguate all'emergere di bisogni sanitari sempre più diversificati la Regione Emilia-Romagna 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 della VI Fase 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 il servizio sanitario regionale, anche in relazioni alle mutate condizioni di contesto post pandemico, seguendo un modello di sviluppo sostenibile sia sotto il profilo economico-finanziario sia ambientale.

In particolare, quest'ultimo diviene elemento cardine di tutti gli interventi che riguardano la realizzazione di opere, applicando, in particolare:

- o 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;
- o le normative vigenti relative al contenimento del consumo energetico.

f) Gli Obiettivi specifici della VI Fase del Programma

Gli obiettivi specifici del Programma, VI Fase, in ragione degli obiettivi generali vengono declinati come segue:

- la realizzazione del nuovo ospedale di Carpi, tassello importante nell'innovazione strutturale e funzionale dei nosocomi regionali in coerenza con la mission dell'ospedale che vede questa struttura sempre più orientata al trattamento delle fasi acute della malattia. Al contempo lo specifico intervento permetterà di assolvere agli obblighi di adeguamento alle norme di prevenzione incendi ed adeguamento sismico;
- la realizzazione del Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore di Bologna che insieme al completamento del Materno Infantile di Reggio Emilia (MIRE) consente alla rete ospedaliera regionale di avere strutture altamente qualificate nell'area ostetrico-ginecologica e pediatrica, anche in una visione complessiva di accentramento delle strutture sanitarie dedicate al parto;
- la realizzazione del Polo dell'Emergenza dell'Ospedale Maggiore di Parma che andrà a migliorare significativamente la qualità delle risposte alle patologie tempo dipendenti dei cittadini della provincia di Parma;
- il miglioramento/adeguamento sismico, la messa a norma per gli aspetti di prevenzione incendi e la contestuale, laddove opportuna, riqualificazione funzionale di strutture nosocomiali della rete ospedaliera;

- l'ammodernamento per sostituzione di tecnologie biomediche dell'area chirurgica, dell'area critica e dell'area specialistica ambulatoriale con l'obiettivo primario di garantire ai cittadini/pazienti diagnosi e cure più efficienti e sicure;

Figura 1 - Fabbisogno finanziario per obiettivi specifici dell'Accordo di Programma, VI fase



Va precisato che l'obiettivo dell'innovazione della rete ospedaliera è principalmente perseguito anche attraverso:

- la realizzazione del nuovo ospedale di Cesena con il cofinanziamento del *Fondo per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del paese* di cui all'art.1, comma 1072 della Legge 27 dicembre 2017 n. 205;
- la realizzazione dell'intervento "Riqualificazione del polo delle medicine e dei poli funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi" con il finanziamento del *Fondo per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del paese* di cui all'art.1, comma 95 della Legge 30 dicembre 2018 n. 145;

g) La coerenza interna del Programma

La coerenza interna del Programma, ovvero i criteri sottesi alla individuazione degli interventi da realizzarsi prioritariamente, va trovata nelle indicazioni che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria regionale.

Tali indicazioni si riferiscono:

- alla rifunionalizzazione della rete ospedaliera nel nuovo contesto post pandemico;
- alla riorganizzazione dell'area dell'emergenza-urgenza;
- alla messa a norma delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale, per garantire adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di comfort alberghiero
- all'ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute.

h) La coerenza esterna del Programma

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 2040/2015: "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015".

La VI Fase del Programma si qualifica, quindi, come uno degli strumenti per la progressiva attuazione degli obiettivi previsti dal DM 70/2015 e il completamento degli obiettivi previsti dall'aggiornamento del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019.

Sotto il profilo tecnico, il programma trova la sua coerenza tecnica principalmente con:

- la regola tecnica di prevenzione incendi per le strutture sanitarie;
- le Norme Tecniche per le Costruzioni (NTC 2018), per quanto riguarda la sicurezza antisismica;
- Il "Piano d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi della pubblica amministrazione" (PAN GPP) e i decreti di approvazione dei Criteri Minimi Ambientali (CAM) per gli acquisti verdi.

La coerenza esterna del programma si manifesta anche attraverso la già descritta complementarità con gli interventi di cui programma "verso un ospedale sicuro e sostenibile" e trova completamento del Documento di Programmazione Economico Finanziaria 2023 della Regione Emilia-Romagna.

i) Il Quadro Normativo

Il quadro normativo di riferimento è il seguente:

- 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. n. 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 L. n. 67/1988 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";

- Delibera di Giunta Regionale n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal Dm salute 70/2015";
- Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 120 del 12 luglio 2017: "Approvazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019";
- Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge Finanziaria 2010), che incrementa di € 720.000.000,00 le risorse da destinare al Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. n. 67/1988;
- Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019), che incrementa di € 3.975.000.000,00 le risorse da destinare alla prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. n. 67/1988;
- Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 che approva il riparto delle risorse stanziata dalla Legge finanziaria 2010 e dalla Legge di Bilancio 2019 assegnando alla Regione Emilia-Romagna a valere sui finanziamenti ex art. 20 L. n. 67/88 complessivamente € 302.427.964,22;
- Legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di Stabilità 2018) che ha modificato l'art. 1 comma 310 della L. n. 266/2005 allungando i tempi previsti per l'ammissione a finanziamento e aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma ex art. 20 L. n. 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. n. 67/1988;
- L.R. 6 novembre 2019, n. 22 "Nuove norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della LR 34/1998 e modifiche alle LR 2/2003, 29/2004 e 4/2008";
- Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 230 del 20 novembre 2019: "Approvazione interventi dell'Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 della Legge n. 67/1988; V fase 1° e 2° stralcio";
- Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 33 del 24 novembre 2020: "Modifica della deliberazione assembleare n. 230 del 20 novembre 2019 in conseguenza dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 settembre 2020 che assegna alla regione Emilia-Romagna ulteriori finanziamenti a valere sulle risorse ex art. 20 L. n. 67/88. (Delibera della Giunta regionale n. 1482 del 2 novembre 2020)";
- L. 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di Bilancio 2021) che ha reso disponibili per la prosecuzione del Programma Straordinario di Investimenti in Sanità di cui all'art. 20 della Legge n. 67/1988, ulteriori risorse complessive pari a € 2.000.000.000,00, assegnando alla Regione Emilia-Romagna un finanziamento complessivo di euro 303.968.666,00 di cui € 151.984.333,00 previste all'art. 1, comma 442, e € 151.984.333,00, previste all'art. 1, comma 443, della medesima Legge;

- L. 30 dicembre 2020, n. 234 (Legge di Bilancio 2022) che all'Art. 1 comma 263 incrementa di ulteriori 2 miliardi di euro le risorse destinate al finanziamento del Programma Straordinario di Investimenti in Sanità ex 20 L. 67/88, già rideterminato in 32 miliardi di euro dall'articolo 1, comma 442, della L. n. 178/2020;
- D.M. 20/7/2022 che in attuazione al comma 263 ha assegnato alla Regione Emilia-Romagna il finanziamento complessivo di € 145.983.686,24 stabilendo che l'accesso a tali risorse aggiuntive, è "destinato prioritariamente alle Regioni che abbiano esaurito, con la sottoscrizione di Accordi, la propria disponibilità a valere sui citati 32 miliardi di euro";
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 127 del 20 giugno 2023 "Approvazione degli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'Art. 20 L. n. 67/88 - VI FASE. (Delibera della Giunta regionale n. 630 del 26 aprile 2003)";
- Delibera della Giunta n. 127 del 20 giugno 2023 "Approvazione degli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'Art. 20 L. n. 67/88 - VI FASE. (Delibera della Giunta regionale n. 630 del 26 aprile 2003)".

1. Analisi sociosanitaria ed economica, rispondenza della strategia ai bisogni identificati

1.1 Il contesto sanitario e sociosanitario e i bisogni che 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 abbastanza rapidamente, come le dinamiche demografiche e le caratteristiche epidemiologiche, le condizioni socioeconomiche della popolazione

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 Emilia-Romagna non mancano specificità importanti e valorizzanti le singole realtà locali, che vengono esplicitate di seguito per condividere le scelte programmatiche in termini di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico.

1.1.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio dell'Emilia-Romagna si caratterizza per una pressoché equa suddivisione tra la zona montagnoso-collinare e la zona pianeggiante.

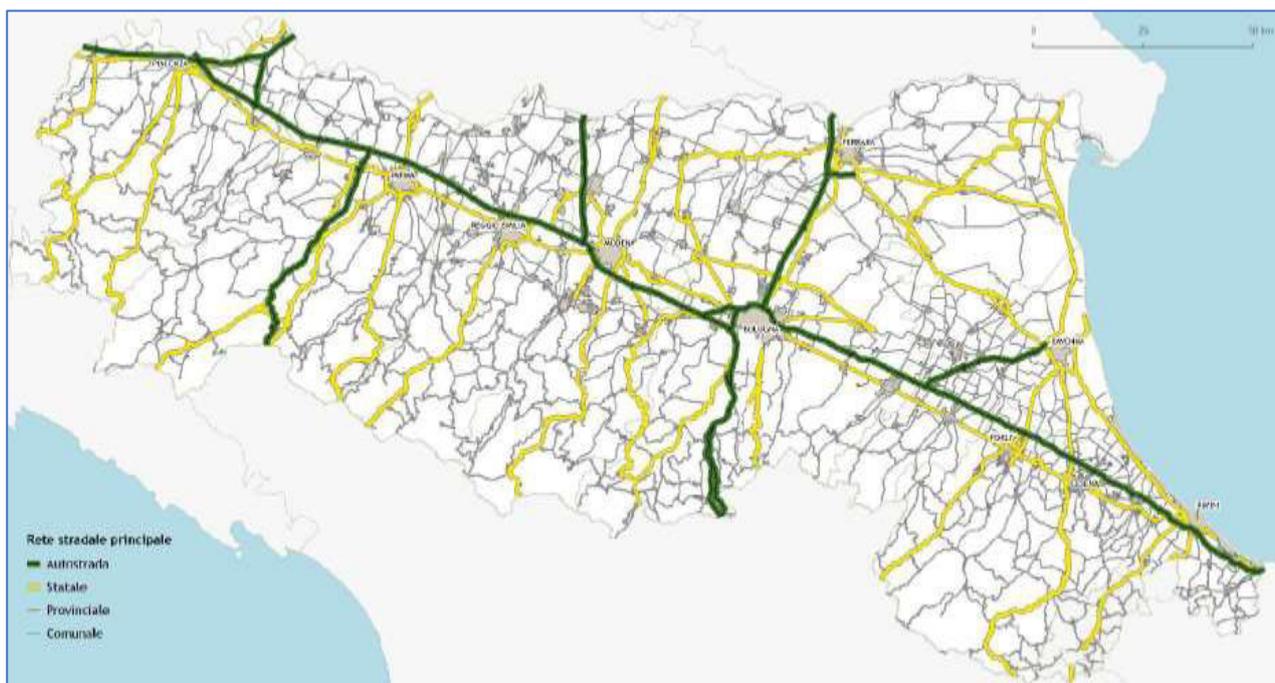
Il sistema viario in Emilia-Romagna è caratterizzato da un asse principale, la *via Emilia*, che partendo dall'estremo nord-ovest della regione si sviluppa lungo la stessa con direzione sud-est. Da questo asse principale si dipartono gli altri assi viari a collegamento del territorio.

Lungo la *via Emilia* si sviluppano i principali centri abitativi e gli insediamenti produttivi e, conseguentemente, le principali strutture sanitarie.

La Figura 2 rappresenta il territorio regionale (pari ad una superficie 22.510 km²) e la principale viabilità.

Il territorio regionale è prevalentemente pianeggiante (48%) segue la zona collinare (27%) e montana (25%).

Figura 2 - Territorio della regione Emilia-Romagna - Principale viabilità stradale (Fonte: Rapporto annuale di monitoraggio della mobilità e del trasporto in Emilia-Romagna 2022, RER)

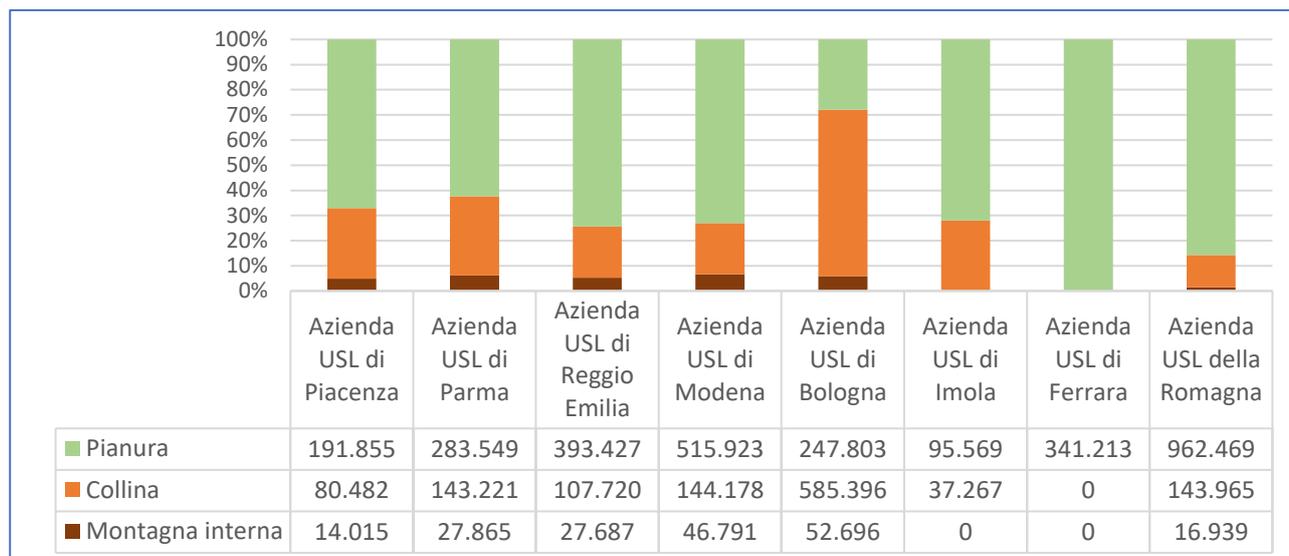


La distribuzione della popolazione regionale (pari a 4,46 Milioni di residenti all'1° gennaio 2023), per zona altimetrica, evidenzia delle differenze tra aziende USL, dovute alle caratteristiche del territorio di competenza (Figura 2).

La conoscenza delle caratteristiche geo-politiche e della distribuzione della popolazione sono rilevanti per cogliere le differenze che rispettivamente possono:

- incidere sui flussi di mobilità sanitaria;
- influire sulle modalità di organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari.

Figura 3 - Distribuzione popolazione residente (al 1.1.2023) per zone altimetriche, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)



Come si osserva nella Figura 3, la distribuzione dei residenti per le zone altimetriche è differente tra le Aziende USL. Tra queste quella della AUSL di Ferrara, unica azienda interamente di pianura, mentre quella della Azienda Usl di Bologna è quella con la più alta percentuale di popolazione residente in collina (66%; dato che si spiega con la collocazione altimetrica di Bologna città). Le Aziende Usl di Reggio Emilia, Parma e Modena hanno la più alta percentuale di popolazione residente in montagna (Reggio Emilia: 7%; Parma e Modena: 6%).

1.2 La struttura demografica e socioeconomica della popolazione

Le caratteristiche demografiche della popolazione residente e dei nuclei familiari, unitamente alle condizioni socioeconomiche (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:

- numero di residenti nel periodo 1990-2023 (Figura 4);
- consistenza e variazione % nel periodo 2014-2023 (Tabella 3);
- composizione per fasce d'età (Figura 5);
- composizione all' 1.1.2023 della popolazione anziana (Tabella 4);
- numero residenti stranieri (Tabella 5), variazione storica (Tabella 6) e percentuale rispetto al totale dei residenti per Azienda Usl (Tabella 7);
- serie storica della speranza di vita alla nascita (Figura 6 - Serie, Figura 7);
- andamento del tasso di natalità (Figura 8);
- serie storica del tasso di disoccupazione (Figura 9).

Figura 4 - Popolazione residente, serie storica anni 1990-2023, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

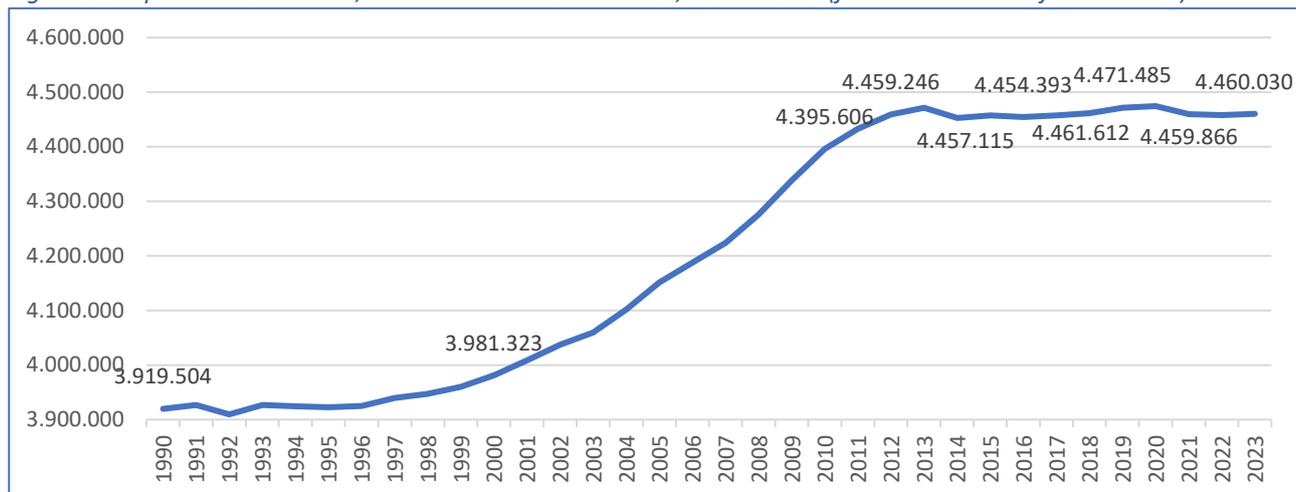


Tabella 3 - Popolazione residente, serie storica anni 2014-2023, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

Popolazione residente al 1° gennaio										
AUSL di residenza	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piacenza	288.982	288.620	287.516	287.246	287.375	287.657	287.791	285.701	285.943	286.352
Parma	444.285	445.451	446.987	448.207	449.858	452.015	454.396	453.524	452.638	454.635
Reggio Emilia	534.845	534.086	533.827	533.392	533.649	533.158	532.807	530.352	528.401	528.834
Modena	702.761	703.114	702.481	702.949	703.203	708.199	708.346	706.468	706.052	706.892
Bologna	868.575	871.830	873.461	876.884	879.504	882.916	886.098	885.164	886.597	885.895
Imola	132.876	133.302	133.347	133.533	133.651	133.876	133.777	133.378	133.133	132.836
Ferrara	355.334	354.673	352.006	349.692	348.030	346.563	345.503	343.165	342.058	341.213
Romagna	1.125.124	1.126.039	1.124.768	1.125.415	1.126.342	1.127.101	1.125.574	1.122.114	1.123.184	1.123.373
Regione	4.452.782	4.457.115	4.454.393	4.457.318	4.461.612	4.471.485	4.474.292	4.459.866	4.458.006	4.460.030
<i>Variazione % storica vs anno precedente</i>	-0,4%	0,1%	-0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	-0,3%	0,0%	0,0%
<i>Variazione % vs 2014</i>		0,10%	0,04%	0,10%	0,20%	0,42%	0,48%	0,16%	0,12%	0,16%

Figura 5 - Piramide per età della popolazione residente in Emilia-Romagna - 1.1.2023 (fonte: statistica self-service RER)

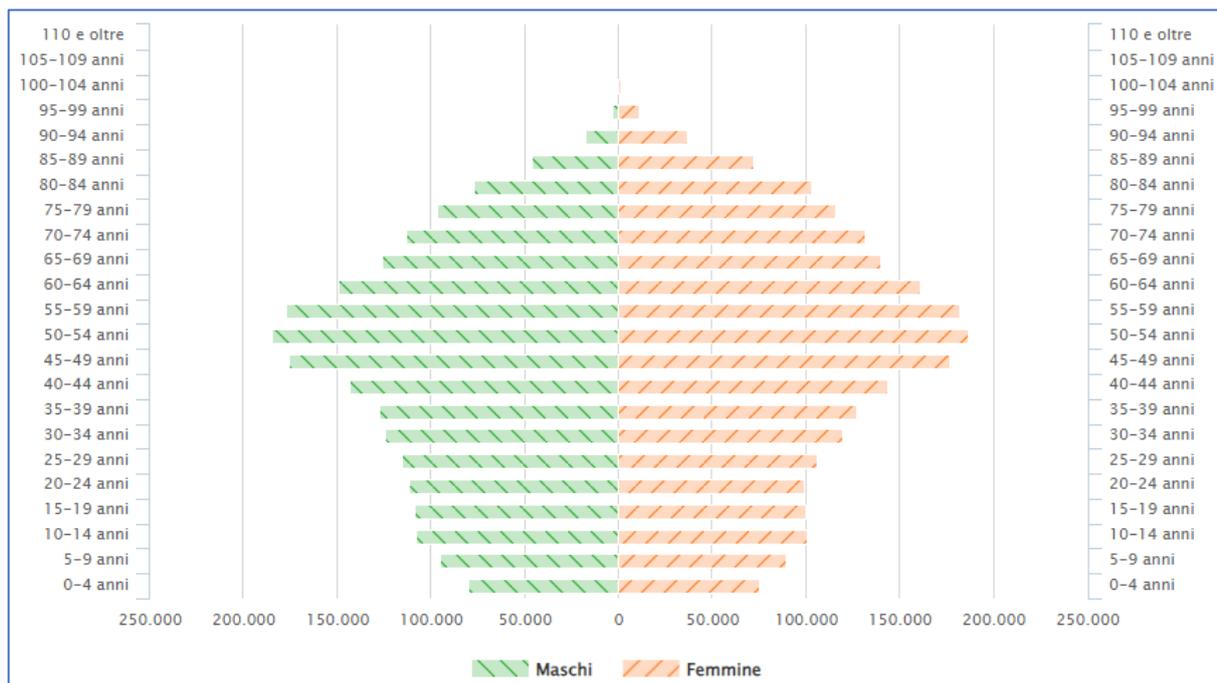


Tabella 4 - Composizione della popolazione anziana residente (65 anni e oltre) in Emilia-Romagna - 1.1.2022, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

AUSL di Residenza	% 65-74	% 75-74	% +85	+65%	Totale anziani residenti	Totale residenti
Piacenza	11,6%	9,1%	4,4%	25,1%	71.869	286.352
Parma	10,8%	8,5%	4,0%	23,3%	105.827	454.635
Reggio Emilia	10,9%	7,9%	3,7%	22,4%	118.717	528.834
Modena	11,2%	8,3%	3,9%	23,5%	166.138	706.892
Bologna	11,1%	9,0%	4,4%	24,6%	217.889	885.895
Imola	11,8%	8,8%	4,3%	24,9%	33.138	132.836
Ferrara	13,5%	10,3%	4,8%	28,6%	97.737	341.213
Romagna	11,7%	8,9%	4,4%	25,0%	280.596	1.123.373
Regione	11,4%	8,8%	4,2%	24,5%	1.091.911	4.460.030

Tabella 5 - Popolazione straniera residente, serie storica anni 2014-2023, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

AUSL di residenza	Popolazione straniera residente al 1° gennaio									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piacenza	41.145	41.365	40.877	40.281	41.498	42.492	43.422	43.497	43.951	43.918
Parma	58.472	59.143	59.903	60.552	61.921	64.209	66.832	68.243	69.302	69.057
Reggio Emilia	72.263	70.191	68.004	65.450	65.238	66.064	67.372	67.693	66.479	65.657
Modena	93.386	93.224	92.169	90.916	91.677	94.281	95.884	95.653	96.026	96.370
Bologna	100.680	102.994	104.191	105.277	106.488	108.794	110.507	110.687	112.760	112.130
Imola	12.773	13.040	13.052	12.736	12.973	13.332	13.716	13.796	13.745	13.561
Ferrara	29.694	30.300	30.049	30.367	31.638	32.749	34.000	34.314	35.558	36.571
Romagna	127.609	127.979	126.369	125.449	127.244	129.301	130.654	130.697	131.639	131.540
Regione	536.022	538.236	534.614	531.028	538.677	551.222	562.387	564.580	569.460	568.804

Tabella 6 -Variazione storica (%) della popolazione straniera residente, serie storica anni 2014-2023, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

AUSL di residenza	Popolazione straniera residente al 1° gennaio									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piacenza	-2,1%	0,5%	-1,2%	-1,5%	2,9%	2,3%	2,1%	0,2%	1,0%	-0,1%
Parma	-3,6%	1,1%	1,3%	1,1%	2,2%	3,6%	3,9%	2,1%	1,5%	-0,4%
Reggio Emilia	-2,6%	-3,0%	-3,2%	-3,9%	-0,3%	1,3%	1,9%	0,5%	-1,8%	-1,3%
Modena	-3,5%	-0,2%	-1,1%	-1,4%	0,8%	2,8%	1,7%	-0,2%	0,4%	0,4%
Bologna	-0,8%	2,2%	1,1%	1,0%	1,1%	2,1%	1,6%	0,2%	1,8%	-0,6%
Imola	-2,1%	2,0%	0,1%	-2,5%	1,8%	2,7%	2,8%	0,6%	-0,4%	-1,4%
Ferrara	-1,0%	2,0%	-0,8%	1,0%	4,0%	3,4%	3,7%	0,9%	3,5%	2,8%
Romagna	-1,7%	0,3%	-1,3%	-0,7%	1,4%	1,6%	1,0%	0,0%	0,7%	-0,1%
Regione	-2,2%	0,4%	-0,7%	-0,7%	1,4%	2,3%	2,0%	0,4%	0,9%	-0,1%

Tabella 7 - % della popolazione straniera residente sul totale popolazione residente, serie storica anni 2014-2023, Aziende USL (fonte: statistica self-service RER)

AUSL di residenza	Popolazione straniera residente al 1° gennaio									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piacenza	14,2%	14,3%	14,2%	14,0%	14,4%	14,8%	15,1%	15,2%	15,4%	15,3%
Parma	13,2%	13,3%	13,4%	13,5%	13,8%	14,2%	14,7%	15,0%	15,3%	15,2%
Reggio Emilia	13,5%	13,1%	12,7%	12,3%	12,2%	12,4%	12,6%	12,8%	12,6%	12,4%
Modena	13,3%	13,3%	13,1%	12,9%	13,0%	13,3%	13,5%	13,5%	13,6%	13,6%
Bologna	11,6%	11,8%	11,9%	12,0%	12,1%	12,3%	12,5%	12,5%	12,7%	12,7%
Imola	9,6%	9,8%	9,8%	9,5%	9,7%	10,0%	10,3%	10,3%	10,3%	10,2%
Ferrara	8,4%	8,5%	8,5%	8,7%	9,1%	9,4%	9,8%	10,0%	10,4%	10,7%
Romagna	11,3%	11,4%	11,2%	11,1%	11,3%	11,5%	11,6%	11,6%	11,7%	11,7%
Regione	12,0%	12,1%	12,0%	11,9%	12,1%	12,3%	12,6%	12,7%	12,8%	12,8%

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 6 - Serie, Figura 7).

Nell'anno 2022, in Emilia-Romagna, utilizzando i dati ISTAT si osserva che la speranza di vita, è maggiore per le femmine (85,2 anni alla nascita), rispetto ai maschi (81,2 anni alla nascita); rispetto all'anno 2013, il valore è stabile per le donne, mentre per gli uomini è lievemente migliorato (Figura 6 - Serie). La speranza di vita dell'anno 2022, a livello provinciale, è rappresentata nella Figura 7.

Figura 6 - Speranza di vita alla nascita, serie storica anni 2013-2022, Regione Emilia-Romagna (fonte: ISTAT)

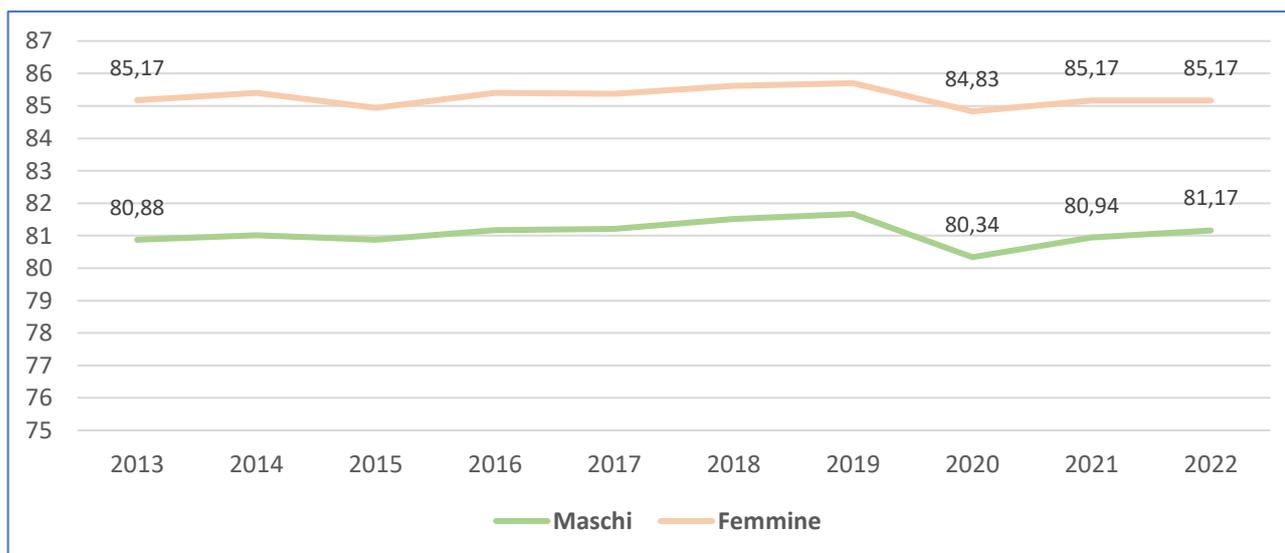
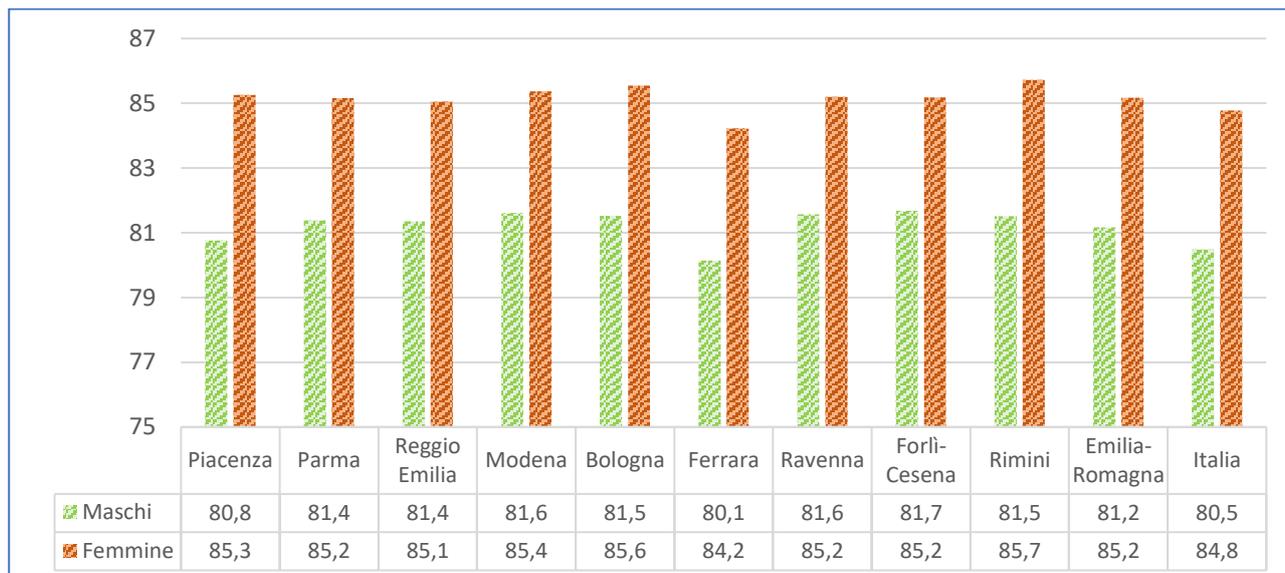
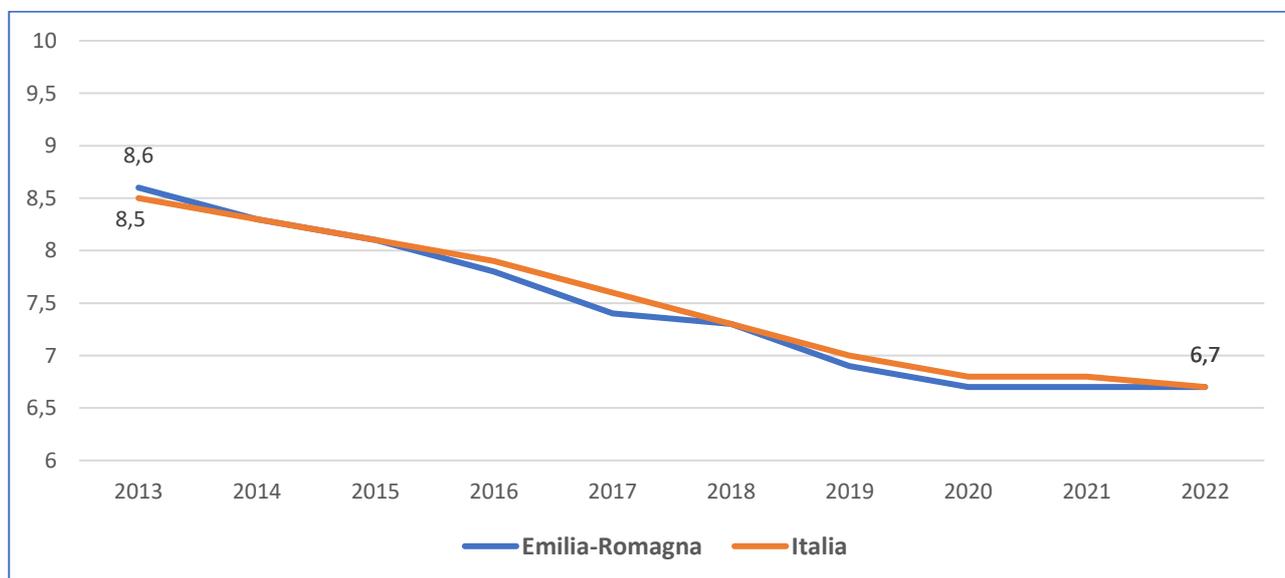


Figura 7 - Speranza di vita alla nascita, anno 2022, confronto territoriale (fonte: ISTAT)



Il tasso di natalità, invece, descrive l'impatto delle nascite sulla popolazione complessiva (Figura 8). 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 8) della Regione rispecchia il calo generale nazionale di una popolazione che sta invecchiando, come confermato dal grafico nella Figura 5.

Figura 8 - Tasso di natalità, serie storica anni 2013-2022 confronto Italia e Regione Emilia-Romagna – (fonte: ISTAT)



Il tasso di disoccupazione, 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 contrasto di genere, maggiormente evidenziato negli ultimi anni.

Figura 9 – Tasso di disoccupazione 15-74 anni, serie storica anni 2018-2022, Regione Emilia-Romagna – (fonte: ISTAT)

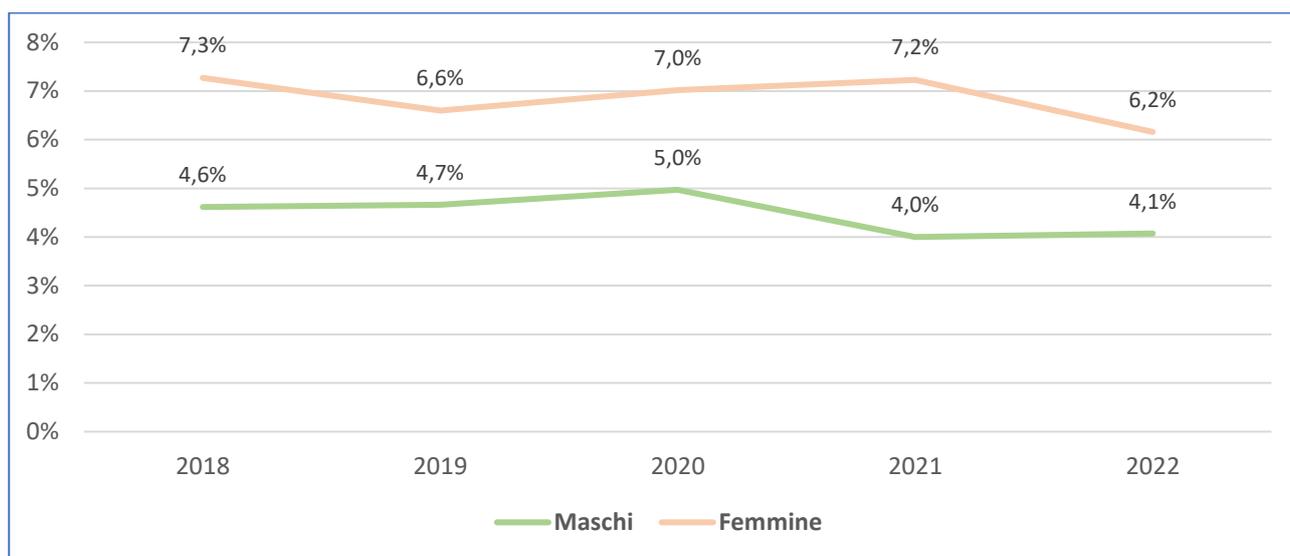
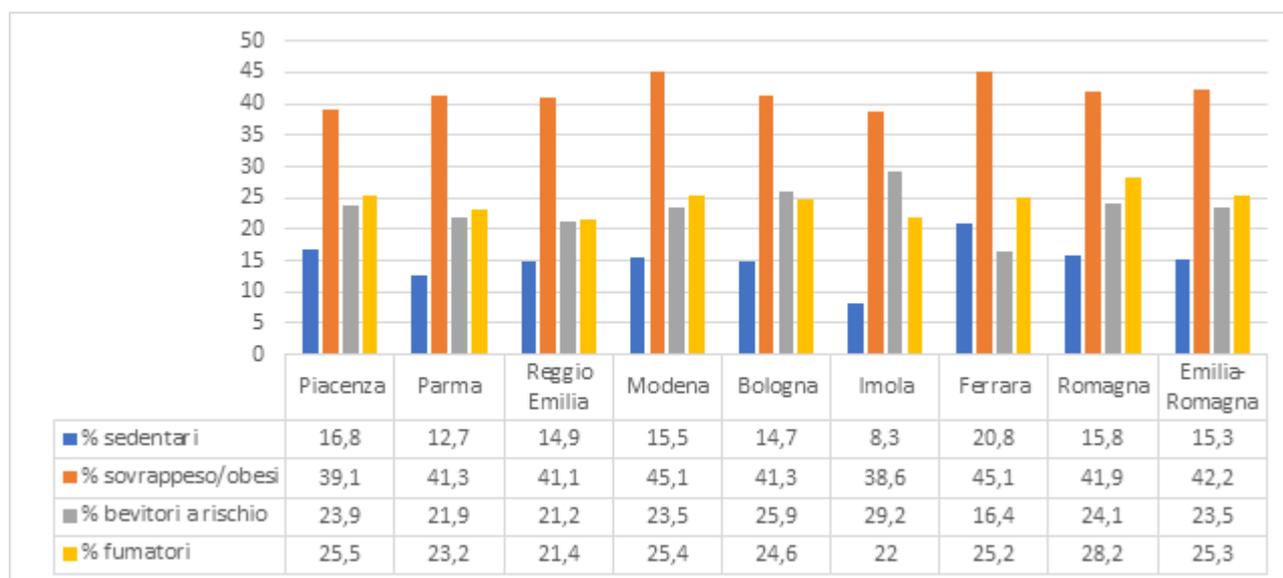


Figura 10 – Stili di vita: fattori di rischio, anno 2022, confronto territoriale – (fonte: rilevazione PASSI)



1.3 Quadro epidemiologico

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

- tassi standardizzati di mortalità;
- anni medi di vita potenzialmente persi;
- malattie croniche;
- salute mentale.

Questi indicatori sono l'espressione delle misure solitamente usate in epidemiologia per descrivere lo stato di salute generale delle popolazioni e, di conseguenza, il potenziale carico assistenziale gravante sui Servizi sanitari.

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.

1.3.1 Tassi standardizzati di mortalità

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.

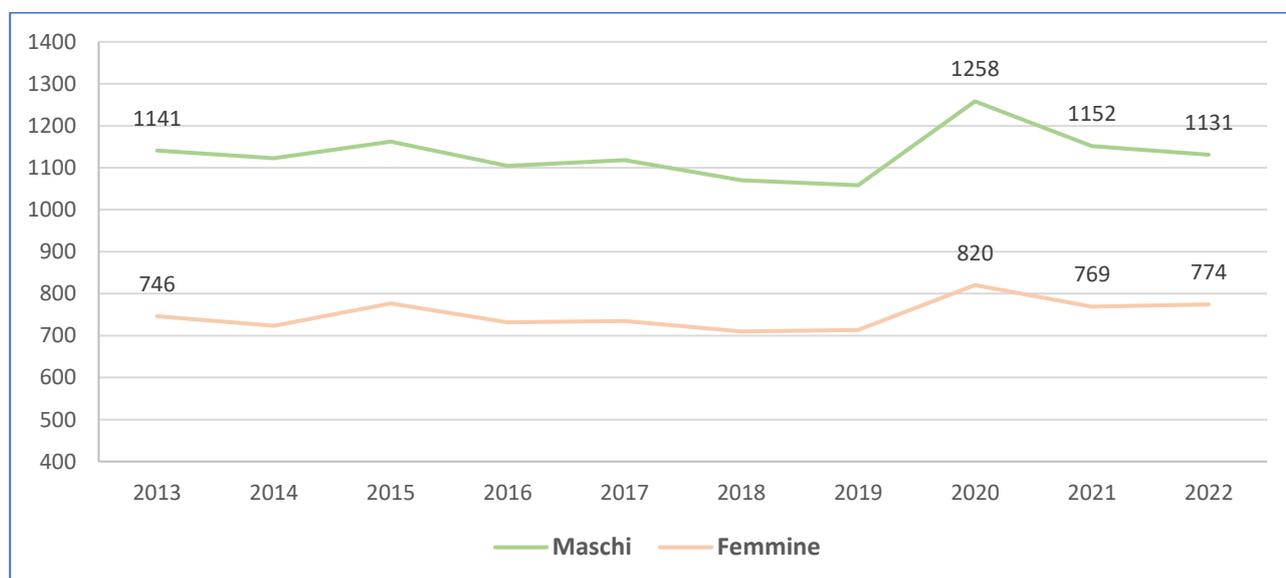
Dai dati di mortalità si possono infatti ottenere informazioni utili per comprendere l’origine e l’andamento di determinate patologie nella popolazione, per predisporre interventi mirati a ridurre la mortalità per quelle cause che oggi sono ritenute prevenibili e, ancora, possono essere utilizzate per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

I dati di mortalità in Emilia-Romagna sono rappresentati attraverso tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti e intervallo di confidenza al 95%, riferiti, nel nostro caso, all’anno 2018 e aggregati per ambito territoriale di Azienda Usl.

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 2013-2022 (Figura 11);
- deceduti residenti in Emilia-Romagna per causa di morte; anno 2022 (Tabella 8);
- andamento tassi standardizzati di mortalità dei tumori, variazione storica (Tabella 9);
- anni medi di vita potenzialmente persi per tutte le cause. Emilia-Romagna (Aziende Usl) Anno 2022 (Figura 12);
- anni medi di vita potenzialmente persi per malattie del sistema circolatorio. Emilia-Romagna (Aziende Usl) Anno 2022 (Figura 13);
- anni medi di vita potenzialmente persi per tumore. Emilia-Romagna (Aziende Usl) Anno 2022 (Figura 14).

Figura 11 - Tasso mortalità standardizzato *100.000 residenti, serie storica anni 2013-2022, Regione Emilia-Romagna – (fonte: ReportER, flusso REM)



I tassi standardizzati di mortalità in Regione nel periodo 2013-2022 sono passati (Figura 11) da 746 a 774 per 100.000 abitanti nelle femmine (+3,8%) e da 1.141 a 1.131 (-0,9%) nei maschi. Nel periodo osservato, il rapporto tra i tassi standardizzati di genere è di 1,5 volte superiore nei maschi rispetto alle femmine. L'andamento della mortalità si è pressoché stabilizzato nel periodo di osservazione, fatta eccezione per il picco registrato nel 2020 (anno di inizio della pandemia da COVID-19), più marcato nei maschi, per poi riprendere il trend in diminuzione, anche in questo caso più percepibile nei maschi, nel biennio successivo.

Tabella 8 - Deceduti residenti in Emilia-Romagna, per causa di morte, anno 2022 (fonte: ReportER, flusso REM)

Settore causa di morte	Valori Assoluti	Incidenza %
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	16.331	29,7%
TUMORI	13.358	24,3%
MAL. SISTEMA RESPIRATORIO E COVID19	8.082	14,7%
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	2.759	5,0%
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	2.199	4,0%
MAL. SISTEMA NERVOSO	2.106	3,8%
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	2.082	3,8%
MALATTIE INFETTIVE	2.054	3,7%
MAL. APPARATO DIGERENTE	1.844	3,4%
MAL. APPARATO GENITOURINARIO	1.844	3,4%
MALATTIE E SINTOMI MALDEFINITI	1.162	2,1%
CAUSA SCONOSCIUTA	314	0,6%
MAL. SANGUE, ORG. EMATOPOIETICI E DIST. IMMUNITARI	294	0,5%
MAL. SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	294	0,5%
MAL. CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	135	0,2%
MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE, ANOMALIE CROMOSOMICHE	78	0,1%
ALCUNE CONDIZ. MORB. PERINATALI	32	0,1%
MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI OCULARI	7	0,0%
MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE	3	0,0%
TOTALE	54.978	100,0%

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

- malattie del sistema circolatorio (29,7%);
- tumori (24,3%);
- malattie dell'apparato respiratorio e COVID-19 (14,7%);
- disturbi psichici e comportamentali (5,0%);
- malattie endocrine nutrizionali e metaboliche (4,0%);
- malattie del sistema nervoso (3,8%);
- traumatismi ed avvelenamenti (3,8%);
- malattie infettive (3,7%);
- malattie dell'apparato digerente (3,4%).

Malattie del Sistema Circolatorio

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.

Tumori

In Emilia-Romagna, come in Italia, i tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie dell'apparato circolatorio. Sia le attività di prevenzione che quelle di cura hanno permesso, nel tempo, di ridurre i tassi di mortalità dei tumori. In particolare, per quello dello stomaco (Tabella 9) si osserva una contrazione del tasso da 17,5 per 100.000 residenti nel 2013 a 12,5 nel 2022 per una riduzione complessiva del 29%. Anche per i tumori con i maggiori valori di tasso di mortalità, ad esempio il tumore al polmone, si osserva una contrazione del 14%.

Tabella 9 - Tassi standardizzati di mortalità per tumore *100.000 residenti, serie storica anni 2013-2022 (fonte: ReportER, flusso REM)

Anno	T. stomaco	T. colon	T. retto, giunzione rettosigmoidica e ano	T. fegato e vie biliari	T. pancreas	T. laringe	T. polmone, trachea, bronchi	Melanoma ed altri tumori maligni della cute	T. mammella donna	T. cervice uterina	Altri t. utero	T. ovaio e annessi uterini	T. prostata	T. vescica	T. tess. linfomatopoiotico	Benigni, in situ, n.n.s.	Altri tumori
2013	17,5	23	6,5	19	19,7	1,9	57,3	4,1	18,7	0,8	4,2	7,3	10,3	10,1	24,7	10,7	48,4
2014	17,7	22,2	7	19,1	20,1	1,6	56,9	4,4	18,6	0,8	4,6	6,3	10,3	9,9	24,9	11,1	50,3
2015	16,5	22	7,1	17,6	20,9	2	59,2	4,1	18,9	0,8	3,8	5,8	10,4	9,4	23,3	12,5	47,8
2016	15	20,7	6,7	18,2	19,9	1,6	54,5	4,5	18,4	0,9	3,9	5,6	9,9	9,5	23,7	12,2	48,5
2017	14,9	19,3	7,1	16,1	21	1,8	55,3	4	17,7	0,8	3,5	6	10,1	9,2	23,8	11,6	46,4
2018	14,6	19	7	16,1	21,7	1,4	51,9	4,1	17,7	0,9	4,2	6,2	10,4	8,4	23,2	10	47,8
2019	14,5	19,2	6,5	14,9	20	1,6	52,6	4,4	16,5	0,8	3,7	5,6	9,6	8,9	22,6	10,6	46,7
2020	13	18,2	6	14,8	20,9	1,3	50	4,6	17	0,8	4,1	6,7	10,3	8,2	22,3	10,7	46,2
2021	12,1	17,1	6,1	14,5	20,3	1,5	47	4,4	16,9	0,8	4	5,3	9,3	8	19,9	10,7	44,8
2022	12,5	16,8	5,8	12,8	20,2	1,4	49,1	4	17,1	0,8	3,5	5,9	8,8	7,2	21,8	12,5	44,9
var % 2022 vs 2013	-29%	-27%	-11%	-33%	3%	-26%	-14%	-2%	-9%	0%	-17%	-19%	-15%	-29%	-12%	17%	-7%

Malattie dell'apparato respiratorio e COVID19

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.

La Malattia da COVID-19 è stata descritta per la prima volta in Cina alla fine del 2019; nel marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'evoluzione dell'epidemia da COVID-19 in pandemia. La malattia da COVID-19 (COroNaVirus Disease- malattia da coronavirus-19) è causata dal virus SARS-CoV-2 che è in grado di provocare una sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Il periodo pandemico ha registrato un rilevante incremento del numero dei decessi attribuiti all'infezione da SARS-CoV-2; le misure di prevenzione adottate e la campagna vaccinale obbligatoria, intrapresa con il vaccino pandemico nel 2021, hanno consentito di mitigare gli effetti clinici dell'infezione respiratoria sulle persone e l'impatto sociale e sanitario sulle strutture di ricovero e cura.

1.2.1 Anni di vita potenzialmente persi

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. Nei grafici seguenti è riportato sia per tutte le cause che per alcune cause specifiche di morte, indicando in questo caso, l'impatto delle cause di morte.

Figura 12 - Anni medi di vita potenzialmente persi per tutte le cause, anno 2022, Aziende USL (fonte: ReportER, flusso REM)

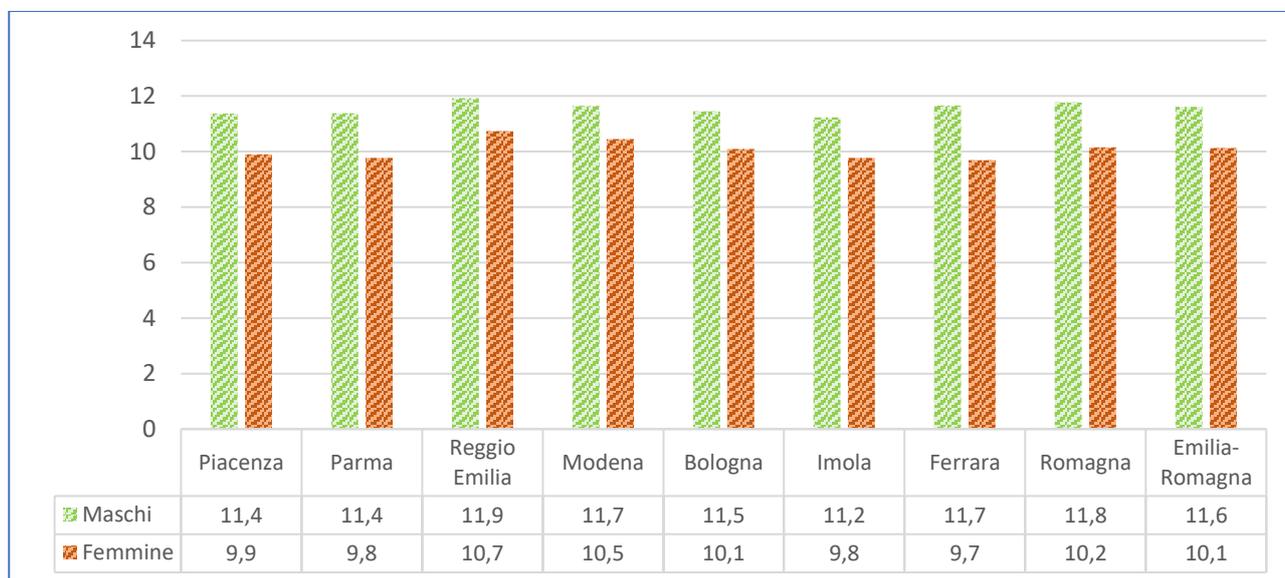


Figura 13 - Anni medi di vita potenzialmente persi per malattie del sistema circolatorio (cod. ICD-X: I00-I99), anno 2022, Aziende USL (fonte: ReportER, flusso REM)

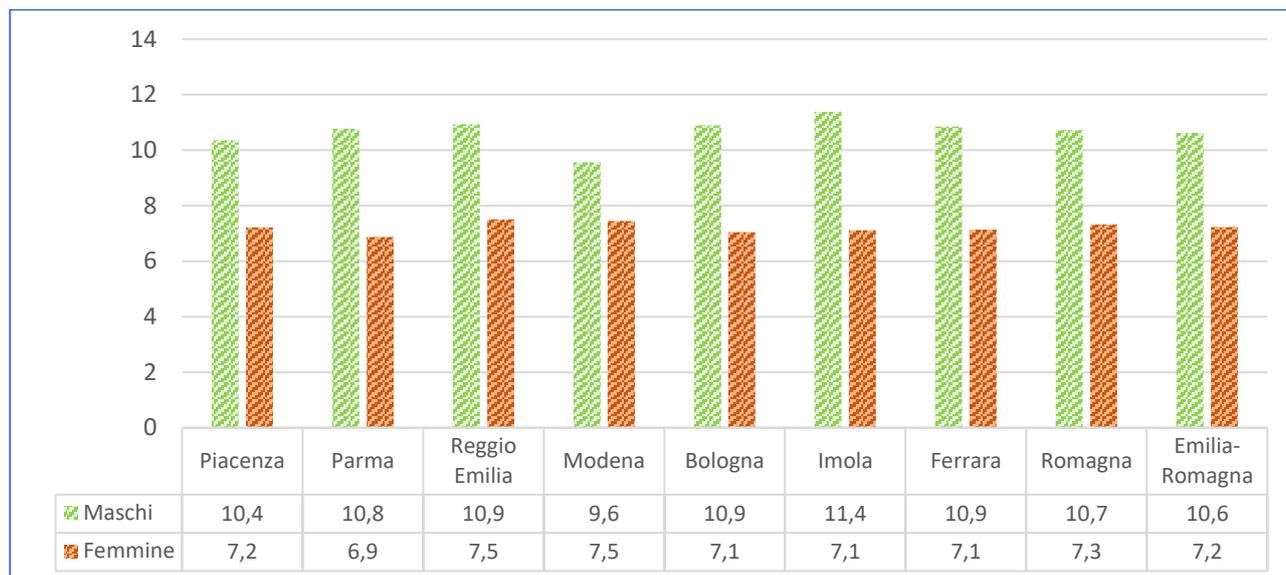
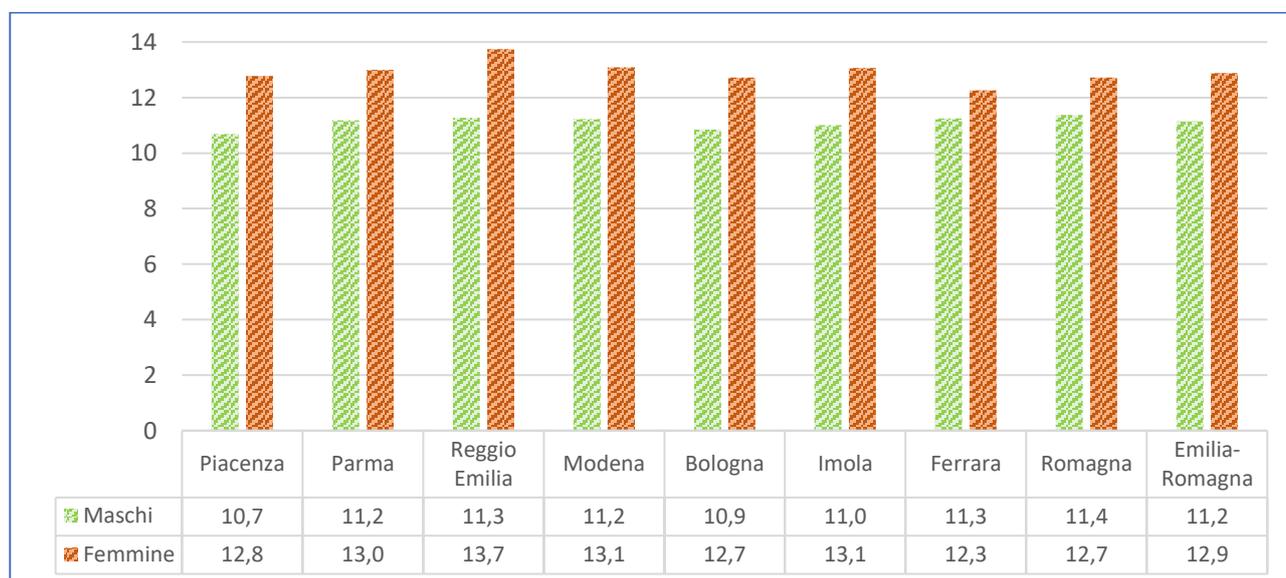


Figura 14 - Anni medi di vita potenzialmente persi per tumore (cod. ICD-X: C00-D48), anno 2022, Aziende USL (fonte: ReportER, flusso REM)



1.2.2 Malattie croniche

Le malattie croniche rappresentano un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese. In Emilia-Romagna, nell'ambito di un numero di pazienti cronici pressoché stabile sul totale della popolazione, si è osservato dal 2015 al 2022 un incremento pari a +5,8% del numero di cronici e pari a +6,0% dei multi-cronici. Altro aspetto da rilevare è che calano i pazienti cronici in buona salute (-6,7%).

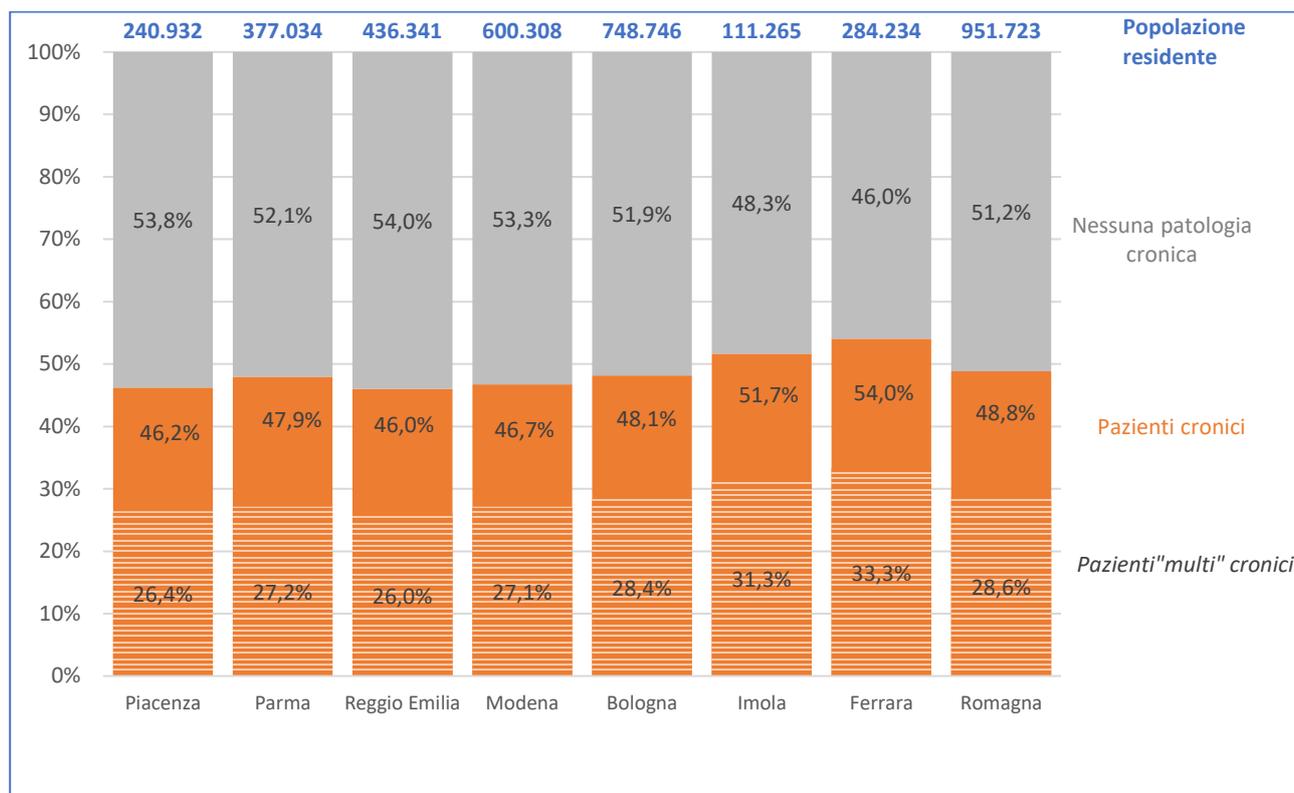
Tabella 10 – Prevalenza condizioni croniche, popolazione residente maggiorenne, confronto anni 2015 vs 2022 (Elaborazione RER)

	RER 2015	RER 2022	Δ%
N. Cronici	1.704.722	1.809.830	+5,8%
% Cronici sul tot della popolazione	48,1%	48,3%	+0,2%
N. Pazienti multi-cronici (almeno 2 patologie)	993.555	1.057.180	+6%
% Pazienti multi-cronici sul tot della popolazione	28,0%	28,2%	+0,2%
N. Cronici in buona salute ¹	1.066.229	999.094	-6,7%
% Cronici in buona salute sul totale popolazione	30,1%	26,6%	-3,5%

¹ Sono considerati **cronici in buona salute** i pazienti che nell'anno di riferimento **non hanno avuto**:

- ricoveri ospedalieri o in OSCO o in Hospice, né in strutture assistenziali quali CRA, residenze psichiatriche
- accessi in assistenza domiciliare
- procedure terapeutiche o riabilitative ambulatoriali

Figura 15 – Prevalenza condizioni croniche, popolazione residente maggiorenne, anno 2022, Aziende USL (Elaborazione RER)



1.2.3 Salute mentale

Riguardo la salute mentale della popolazione dell'Emilia-Romagna, di seguito sono mostrati i tassi di incidenza e prevalenza standardizzati per 1.000 abitanti in relazione alla popolazione target².

L'incidenza trattata è relativa ai pazienti che hanno avuto per la prima volta in assoluto un contatto nell'anno (di seguito nuovi utenti) con strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Essa L'indicatore costituisce un indicatore strategico per comprendere l'accessibilità dei servizi. L'analisi condotta per tipologia di servizio evidenzia:

- Salute Mentale Adulti. Il tasso di incidenza per la Salute Mentale varia da 2,2 per 1.000 abitanti adulti a Reggio Emilia (praticamente dimezzato rispetto al 2019) fino a 5,6 a Imola (valore totale RER 3,8).
- Dipendenze Patologiche. Il dato calcolato per singolo territorio aziendale non rileva particolari scostamenti rispetto al valore medio corrispondente al dato regionale: valore totale regionale uguale a 1,7 nuovi assistiti ogni 1.000 residenti 15-64 anni.

² Il tasso è standardizzato per età e sesso. La popolazione utilizzata per la standardizzazione è quella residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT .

Popolazione target:

NPIA: Popolazione residente 0-17 anni

CSM: Popolazione >= 18 anni

Dipendenze Patologiche: <Popolazione 15-64 anni

- **NPIA.** Negli ultimi anni, i nuovi utenti della Neuropsichiatria Infantile hanno fatto rilevare una minima crescita del tasso di incidenza, arrivando a 21,5 nuovi utenti ogni 1.000 residenti minorenni durante l'ultimo anno.

La **prevalenza** intesa come il "carico di malattia" in una data popolazione ci permette di osservare la capacità di penetrazione di un servizio, mettendo in evidenza le problematiche locali.

- **Salute Mentale Adulti.** Nel 2021 si passa dai 24,8 di Piacenza ai 10,0 di Bologna (valore totale RER 16,3). Ad eccezione di Bologna che, nel periodo 2019-2021, vede praticamente dimezzato il proprio valore (dai 21,5 ai 10,0 del 2021), rimangono praticamente stabili i restanti territori.
- **Dipendenze Patologiche.** La media regionale si assesta sui dati di 8,1 assistiti ogni mille abitanti, con una discreta variabilità tra i territori: Piacenza (9,6), Romagna (9,0), Parma (8,9) e Imola (8,6) e di contro Bologna (6,8) e Modena (7,2).
- **NPIA.** Anche la prevalenza relativa all'assistenza presso i Centri della Neuropsichiatria Infantile è stata in crescita durante gli ultimi anni. Nel 2021, a livello regionale si sono registrati 88,1 utenti ogni 1.000 residenti minorenni, con discostamenti tra le varie AUSL del territorio. Prevalenze particolarmente elevate si sono osservate a Piacenza (102,8) e Modena (101,9), diversamente da Bologna ed Imola, AUSL che hanno registrato la prevalenza minore tra i vari territori regionali.

Figura 16 – Tasso standardizzato di **incidenza** x 1.000 residenti In Regione Emilia-Romagna in carico ai Servizi di Salute mentale adulti, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze patologiche, confronto anni 2016-2019-2021 (fonte: Elaborazione RER da flussi SISM, NPIA, SIDER)

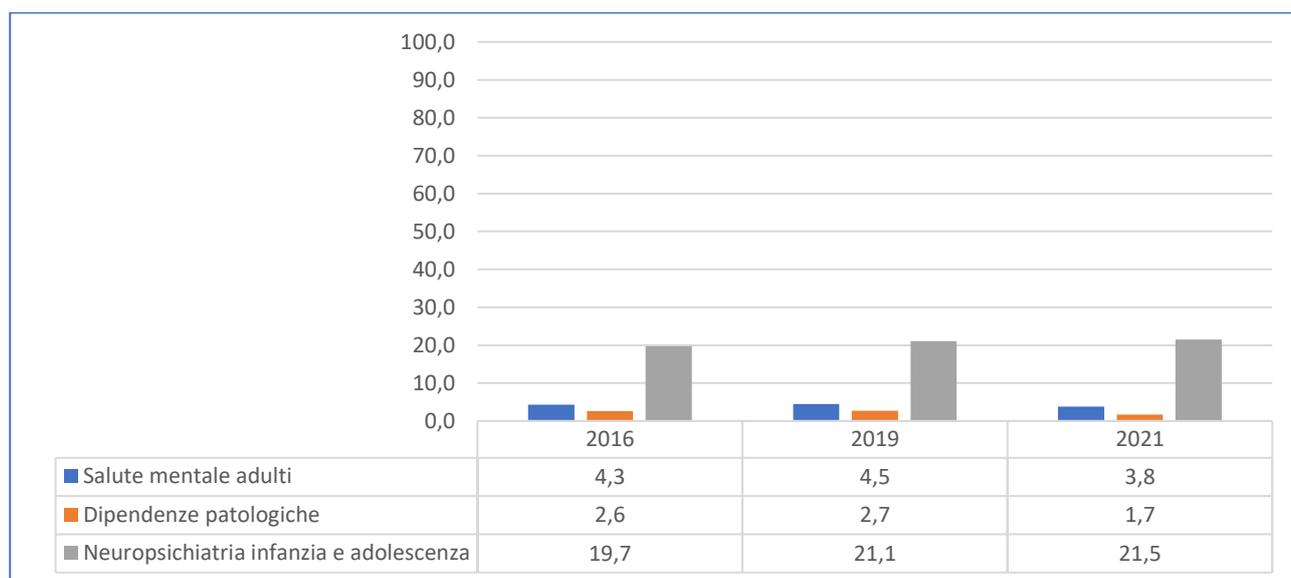
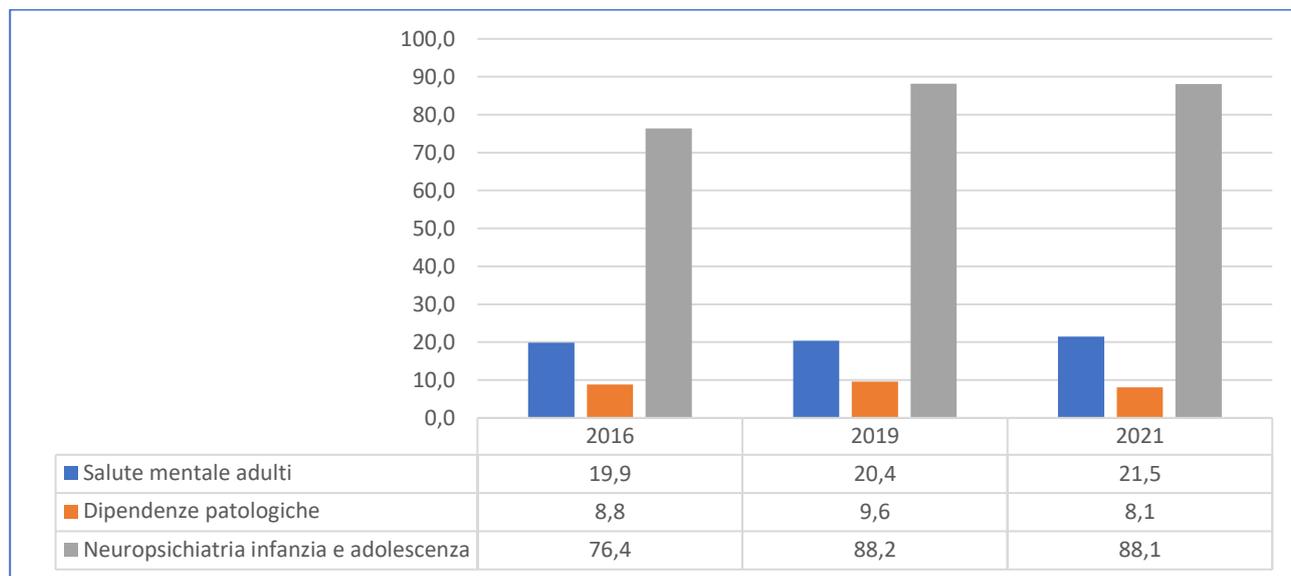


Figura 17 – Tasso standardizzato di **prevalenza** x 1.000 residenti In Regione Emilia-Romagna in carico ai Servizi di Salute mentale adulti, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze patologiche, confronto anni 2016-2019-2021 (fonte: Elaborazione RER da flussi SISM, NPIA, SIDER)



1.4 Analisi della domanda di prestazioni sanitarie e criticità nell'accesso

Il complessivo quadro epidemiologico della popolazione della Regione Emilia-Romagna permette di evidenziare la distribuzione dei determinanti degli stati e degli eventi correlati con la salute e l'applicazione di questo studio al controllo delle malattie e di altri problemi di salute.

Di conseguenza l'esame comparato delle prestazioni sanitarie erogate, dei tempi di attesa, 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'efficace delle cure.

Questi dati conoscitivi possono quindi permettere l'orientamento e la programmazione degli investimenti in strutture ed ammodernamento tecnologico.

1.4.1 La domanda di ospedalizzazione

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 13 illustra l'andamento dei tassi ospedalizzazione dal 2011. Dal grafico risulta evidente la progressiva e significativa diminuzione del tasso di ospedalizzazione per il regime ordinario. Nell'anno 2020 il trend evidenzia la riduzione dei ricoveri da ricondursi alla pandemia da Sars-CoV-2. Il comportamento degli accessi in regime di day hospital mantiene un sostanziale trend negativo (Figura 18) per il trasferimento dell'attività al regime ambulatoriale. Nel 2020, stante la pandemia da Sars-CoV-2, c'è stata una relativamente marcata riduzione, il trend si è normalizzato, tornando ai livelli pre-pandemici, nel corso del 2021.

Figura 18 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale e Anno di dimissione (REGIME DI RICOVERO ORDINARIO; acuti e post-acuti) – (FONTE: SISEPS SDO)

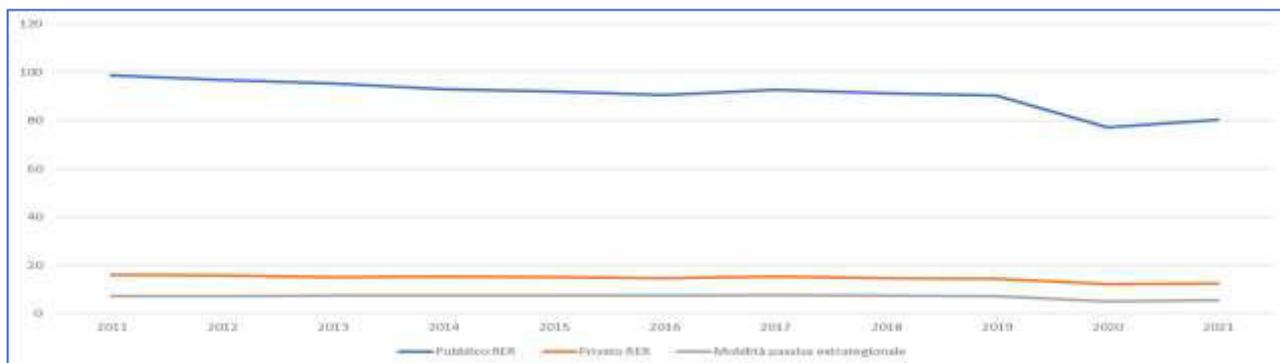
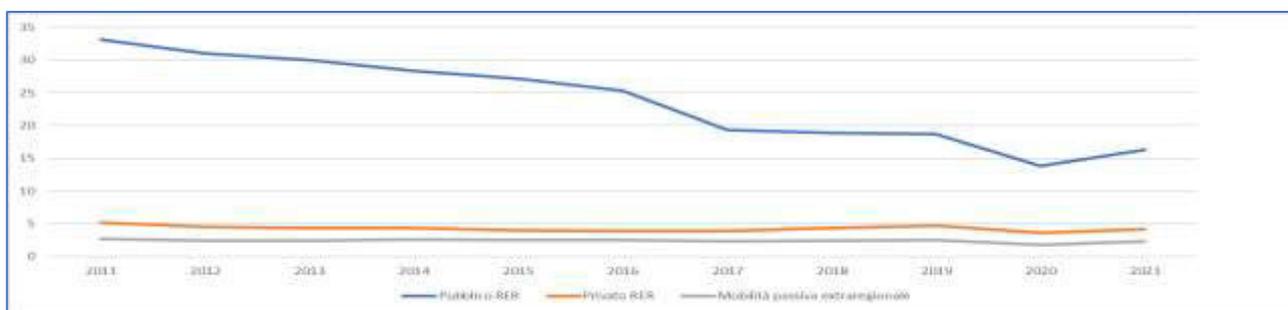


Figura 19 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione regionale e Anno di dimissione - (REGIME DI RICOVERO DAY HOSPITAL) – (FONTE: SISEPS SDO)



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 11). Tuttavia, il comportamento tra domanda e offerta non è omogeneo su tutto il territorio regionale.

Tabella 11 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 abitanti; anno 2021 (fonte: SISEPS flusso SDO, anagrafe)

Azienda USL di residenza	Pubblico RER					Privato RER					Mobilità passiva extraregionale					TOTALE				
	Ord.	Day hospital			tasso totale	Ord.	Day hospital			tasso totale	Ord.	Day hospital			tasso totale	Ord.	Day hospital			tasso totale
		DRG Chirurgico	DRG Medico	DH			DRG Chirurgico	DRG Medico	TOTALE DH			DRG Chirurgico	DRG Medico	TOTALE DH			DRG Chirurgico	DRG Medico	TOTALE DH	
PIACENZA	71,1	7,4	3,4	10,8	81,9	12,6	2,2	0,1	2,3	14,9	15,4	5,6	1,4	7	22,4	99,2	15,1	5	20,1	119,3
PARMA	75,7	7,8	8,2	16	91,7	16,9	8,6	0,6	9,2	26,1	5,8	1,9	0,8	2,6	8,5	98,4	18,3	9,5	27,8	126,2
REGGIO EMILIA	78,7	11,1	5	16,1	94,8	7,8	4,9	0,2	5	12,9	5,5	1,6	0,7	2,2	7,8	92	17,5	5,8	23,3	115,3
MODENA	85,7	13	5,3	18,4	104	8	1,3	0,5	1,8	9,8	5,4	1,4	0,7	2,1	7,5	99,1	15,8	6,5	22,3	121,4
BOLOGNA	80,4	10	5,8	15,8	96,2	15,5	2,9	0,1	3	18,5	3,2	1	0,5	1,5	4,7	99,1	13,9	6,4	20,3	119,4
IMOLA	88,3	11	6,8	17,8	106,1	8,7	2,6	0	2,6	11,3	2,6	0,5	0,3	0,9	3,4	99,6	14,1	7,2	21,3	120,9
FERRARA	81,2	13,1	6,6	19,7	100,9	8,7	1,7	0,1	1,7	10,5	10,2	2,4	0,8	3,3	13,4	100,1	17,2	7,5	24,7	124,8
ROMAGNA	81,2	8	8	16	97,2	14,3	5,5	0,3	5,7	20,1	3,8	1	0,6	1,5	5,4	99,3	14,4	8,9	23,3	122,6
TOTALE	80,4	9,9	6,4	16,3	96,7	12,4	3,9	0,3	4,2	16,6	5,6	1,6	0,7	2,3	7,9	98,4	15,5	7,3	22,8	121,2

Le tabelle 12 e 13, riportano per gli anni 2021 e 2022 gli indici di dipendenza delle strutture sanitarie presenti sul territorio emiliano-romagnolo. Si evidenzia una sostanziale stazionarietà del quadro e si mette in evidenza come i dati che si discostano maggiormente dai valori medi sono riferiti alle Aziende che, a causa della posizione geografica, sono maggiormente esposte a fenomeni di mobilità passiva extraregionali.

Si rileva inoltre che le Aziende Ospedaliere e IRCCS vedono un'importante quota di casistica trattata da mobilità attiva extra regionale derivante dalla presenza di centri di eccellenza.

Tabella 12 - Indici di dipendenza della struttura (AUSL); anno 2021 e 2022 - (fonte: SISEPS flusso SDO)

Azienda di ricovero	2022				2021			
	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
PIACENZA	77,8	1,7	20,5	100	78,2	1,7	20	100
PARMA	66,6	11,7	21,6	100	67,7	12	20,3	100
REGGIO EMILIA	86	6,4	7,6	100	86,4	6,5	7,1	100
MODENA	78,5	9,3	12,2	100	79,2	8,6	12,1	100
BOLOGNA	69,6	7,4	23	100	73,3	7,5	19,2	100
IMOLA	76,1	14,7	9,2	100	77,6	14,3	8,2	100
FERRARA	75,9	7,1	17	100	76,7	6,9	16,4	100
ROMAGNA	77,5	3,8	18,6	100	78,5	3,9	17,7	100
TOTALE	76,3	6,2	17,5	100	77,7	6,2	16,1	100

Tabella 13 - Indici di dipendenza della struttura (AOU, IRCCS); anno 2021 e 2022 - (fonte: SISEPS flusso SDO)

Azienda di ricovero	2022				2021			
	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
AOSPU PARMA	79,7	9,9	10,4	100	80,4	9,7	9,9	100
AOSPU MODENA	81,9	9,4	8,7	100	83,4	8,7	7,9	100
IRCCS S. ORSOLA	73,3	11,1	15,6	100	75,2	10,9	14	100
AOSPU FERRARA	84,9	5	10,1	100	86,2	4,8	9	100
I.O.R.	33,2	19,1	47,7	100	36,3	17	46,7	100
TOTALE	75,1	10,2	14,7	100	77	9,6	13,4	100

1.4.2 La domanda di assistenza territoriale

Nel 2022 sono state erogate complessivamente 67 Milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali (Tabella 13, Tabella 14), con un andamento rispetto al 2019 di +3,1% (l'aumento riguarda esclusivamente il laboratorio dovuto all'erogazione di prestazioni attinenti all'emergenza sanitaria da covid-19, mentre rispetto alle restanti tipologie di attività, nel 2022, dopo due anni di emergenza sanitaria da covid-19 si evidenzia una contrazione della capacità produttiva)

Sul totale delle prestazioni erogate nel 2022 il 7,7% sono visite specialistiche, il 9,5% prestazioni di diagnostica, il 77,1% analisi di laboratorio, il 2,2% prestazioni di riabilitazione e il 3,5% prestazioni terapeutiche (Tabella 13).

Rispetto ai tempi di attesa, nel 2022, considerata la contrazione della capacità produttiva, si è riscontrato un significativo impegno da parte di tutte le Aziende sanitarie grazie a cui si è ottenuto un progressivo miglioramento dei tempi di attesa fino ad arrivare ad elevate performance a fine anno. Infatti, a dicembre 2022, il 91% delle visite e il 97% delle prestazioni di diagnostica, monitorate per i tempi di attesa sono state garantite entro gli standard definiti dal PNGLA 2019-2021.

Questi risultati sono stati raggiunti grazie all'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto alla programmazione ordinaria ed all'avvio di un lavoro sull'appropriatezza prescrittiva che ha comportato la

condivisione di criteri clinici di accesso per alcune prestazioni tradotti a livello applicativo in percorsi di prescrizione guidata, allo scopo di governare la domanda e contenere l'inappropriatezza prescrittiva come indicato nella deliberazione n. 603 del 15/04/2019 "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021", di cui all'Accordo Stato Regioni di febbraio 2019, ancora vigente.

AREA	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%	Var. 2022 su 2019
Diagnostica	6.838.201	10,5	5.041.676	9,8	6.181.880	9,7	6.394.537	9,5	-6,5
Laboratorio	48.100.242	74,0	38.681.178	75,4	49.146.447	76,7	51.719.774	77,1	7,5
Riabilitazione	1.612.950	2,5	1.214.689	2,4	1.433.831	2,2	1.451.534	2,2	-10,0
Terapeutica	2.510.460	3,9	2.157.349	4,2	2.321.505	3,6	2.342.919	3,5	-6,7
Visite	5.974.981	9,2	4.204.163	8,2	4.957.576	7,7	5.133.545	7,7	-14,1
TOTALE	65.036.834	100,0	51.299.055	100,0	64.041.239	100,0	67.042.309	100,0	3,1

Tabella 14 - Tipologia prestazioni erogate in Emilia-Romagna in SSN – dettaglio per Azienda

Azienda di erogazione	Diagnostica		Laboratorio		Riabilitazione		Terapeutica		Visite		TOTALE	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
PIACENZA	351.893	216.750	3.550.541	2.969.908	114.296	67.006	208.965	161.683	333.685	214.198	4.559.380	3.629.545
PARMA	443.353	310.621	2.669.354	1.781.044	201.464	144.081	85.501	60.176	336.815	216.699	3.736.487	2.512.621
REGGIO EMILIA	802.969	598.931	5.237.762	4.549.062	214.433	155.684	267.587	232.879	725.541	507.021	7.248.292	6.043.577
MODENA	787.081	605.601	7.107.438	5.788.193	133.184	104.971	131.059	109.264	562.080	389.032	8.720.842	6.997.061
BOLOGNA	1.057.506	826.819	8.547.768	6.112.563	294.427	241.570	209.971	173.910	819.944	628.057	10.929.616	7.982.919
IMOLA	157.646	112.990	1.279.460	1.078.105	37.876	26.008	60.203	49.720	134.923	93.420	1.670.108	1.360.243
FERRARA	402.016	263.414	3.311.302	2.484.069	126.490	93.093	73.802	53.050	320.378	192.166	4.233.988	3.085.792
ROMAGNA	1.773.089	1.323.140	10.659.583	8.980.680	372.155	308.189	737.647	645.463	1.451.209	992.885	14.993.683	12.250.357
AOSPU PARMA	249.203	158.265	1.677.895	1.383.835	16.405	6.329	146.332	118.321	289.427	179.625	2.379.262	1.846.375
AOSPU MODENA	275.947	205.761	1.276.185	1.107.785	56.338	30.465	226.805	217.535	334.139	264.591	2.169.414	1.826.137
AOSPU BOLOGNA	312.108	253.481	2.240.581	1.953.083	9.596	8.336	226.070	210.811	393.938	306.726	3.182.293	2.732.437
AOSPU FERRARA	193.968	137.909	535.609	487.157	25.727	21.133	127.265	116.265	205.304	162.566	1.087.873	925.030
I.O.R.	31.422	27.994	6.764	5.694	10.559	7.824	9.253	8.272	67.598	57.177	125.596	106.961
TOTALE	6.838.201	5.041.676	48.100.242	38.681.178	1.612.950	1.214.689	2.510.460	2.157.349	5.974.981	4.204.163	65.036.834	51.299.055

Azienda di erogazione	Diagnostica		Laboratorio		Riabilitazione		Terapeutica		Visite		TOTALE	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
PIACENZA	311.163	325.107	3.776.016	3.905.740	86.799	86.857	175.997	187.507	267.514	293.389	4.617.489	4.798.600
PARMA	375.675	380.543	2.965.557	3.350.270	187.007	184.349	71.070	71.564	276.964	275.514	3.876.273	4.262.240
REGGIO EMILIA	729.683	746.074	5.849.687	5.966.274	186.537	213.585	256.881	250.776	610.932	640.630	7.633.720	7.817.339
MODENA	738.160	785.539	7.218.577	7.804.481	113.985	135.285	115.782	128.023	450.331	483.153	8.636.835	9.336.481
BOLOGNA	985.718	930.211	8.702.612	9.180.280	278.377	245.326	205.755	176.713	743.202	640.379	10.915.664	11.172.909
IMOLA	142.759	157.589	1.338.231	1.408.454	31.356	35.413	52.919	55.902	104.287	119.005	1.669.552	1.776.363
FERRARA	335.608	354.494	3.407.539	3.611.651	109.477	102.279	61.412	61.279	239.347	240.397	4.153.383	4.370.100
ROMAGNA	1.625.704	1.716.562	10.838.583	11.246.934	335.951	347.265	653.469	641.137	1.127.435	1.216.748	14.581.142	15.168.646
AOSPU PARMA	193.722	198.151	1.251.368	1.172.632	11.353	13.420	134.275	147.418	225.172	245.403	1.815.890	1.777.024
AOSPU MODENA	251.936	263.422	1.014.169	1.043.924	49.922	37.118	233.536	249.711	298.671	327.662	1.848.234	1.921.837
AOSPU BOLOGNA	302.055	326.732	2.147.943	2.336.180	6.805	5.296	215.849	232.389	360.077	374.433	3.032.729	3.275.030
AOSPU FERRARA	155.960	170.634	631.906	677.632	25.322	30.629	137.958	131.791	185.876	195.913	1.137.022	1.206.599
I.O.R.	33.737	39.479	4.259	15.322	10.940	14.712	6.602	8.709	67.768	80.919	123.306	159.141
TOTALE	6.181.880	6.394.537	49.146.447	51.719.774	1.433.831	1.451.534	2.321.505	2.342.919	4.957.576	5.133.545	64.041.239	67.042.309

1.5 Il governo dei tempi di attesa

Da diversi anni, la Regione Emilia-Romagna è impegnata nell'implementazione di strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri chirurgici programmati (DGR 1056/2015 e 272/2017). In recepimento dell'Intesa della Conferenza Stato Regioni, in data 21 febbraio 2019, sul documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021 (Allegato A)", sulle Linee Guida relative alle modalità di Trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B), sul Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione dei RAO (Allegato C) è stata adottata la DGR 603/2019, recante il "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021", ed è stato istituito l'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ed è stato perfezionato il Sistema Informativo di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA).

L'adozione e lo sviluppo di questa strategia pluriennale hanno portato a risultati significativi, con una riduzione rilevante dei tempi di attesa in tutte le discipline e ambiti monitorati.

A partire dalla comparsa dell'epidemia COVID-19, l'Emilia-Romagna ha attuato tempestive azioni organizzative per tutelare in prima istanza la salute dei cittadini colpiti dall'infezione, attraverso un'immediata rimodulazione dell'offerta sanitaria, salvaguardando al tempo stesso la presa in carico dei cittadini con altre patologie non-Covid relate. Si evidenzia che durante tutto il periodo di riduzione delle attività, le prestazioni improcrastinabili, a partire dall'attività oncologica.

1.5.1 Prestazioni di ricovero

Con DGR 1685/2022 “Piano Operativo Regionale per Il Recupero delle Liste di Attesa, adottato ai sensi dell'articolo 29 del Decreto-Legge 14 Agosto 2020, N. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 Ottobre 2020, N. 126, "Misure Urgenti per Il Sostegno e il Rilancio dell'Economia" viene proposta una analisi della performance complessiva della Regione Emilia-Romagna relativamente al rispetto dei tempi d’attesa.

Nel 2020 la produzione chirurgica complessiva è stata pari al 76,0% della produzione 2019, mentre nel 2021 il dato si è attestato al 87,6% della produzione 2019. Nel periodo gennaio-giugno 2022 la Regione ha complessivamente già raggiunto il valore del 91% della produzione dello stesso periodo 2019.

La tabella 15 mostra l’andamento della performance rispetto ai tempi di attesa previsti nelle casistiche monitorate e gli obiettivi 2022 per tipologia di intervento monitorato.

Tabella 15 – Andamento rispetto tempi d’attesa interventi monitorati e obiettivi 2022. Fonte dati SDO

Gruppo di intervento monitorato e Tipo di intervento	% entro la classe anno 2019	% entro la classe anno 2020	% entro la classe anno 2021	Obiettivo % 2022
TUMORE MAMMELLA	96	86	80	90
TUMORE PROSTATA	68	72	61	
TUMORE COLON	97	93	90	
TUMORE RETTO	96	93	87	
TUMORE UTERO	91	92	83	
TUMORE POLMONE	96	89	77	
TUMORE TIROIDE	67	70	57	
MELANOMA	88	85	80	
PROTESI D'ANCA	93	87	84	85
BYPASS	87	86	87	90
CORONAROGRAFIA	93	92	88	
PTCA	94	92	88	
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	81	80	68	
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	76	69	63	75
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	97	95	95	90
EMORROIDECTOMIA	84	72	68	75
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	81	77	68	
TOTALE	87	83	77	

Come riportato in tabella, compatibilmente con i limiti imposti dalla persistenza dell’epidemia COVID-19 e da eventuali ondate epidemiche, per il 2022 la Regione Emilia-Romagna si era posta i seguenti obiettivi relativi al rispetto dei tempi di attesa:

- 90% per gli interventi chirurgici oncologici;
- 90% per gli interventi sull'apparato cardiovascolare;
- 90% sulla biopsia percutanea del fegato;
- 85% per gli interventi di protesi d'anca;
- 75% per gli interventi di chirurgia generale.

1.5.2 Prestazioni ambulatoriali

La rilevazione dei tempi di attesa nelle prestazioni ambulatoriali, viene distinto tra visite specialistiche e diagnostiche. Come evidenziato in Tabella 19 e Tabella 20, a dicembre 2022, a livello regionale considerando tutte le visite e le prestazioni diagnostiche la media ha raggiunto e superato il target del 90%.

Tabella 16 - Soddisfazione dei tempi di attesa nelle prestazioni ambulatoriali – % prestazioni garantite entro i tempi standard 30 gg - visite specialistiche

	2019	2020	2021	2022 1 Trim	2022 dicembre
Visita Oculistica	91%	88%	74%	68%	90%
Visita Urologica	95%	95%	80%	82%	81%
Visita Fisiatrica	100%	98%	86%	80%	92%
Visita Endocrinologica	92%	92%	72%	70%	91%
Visita Neurologica	99%	96%	94%	88%	87%
Visita Ortopedica	94%	98%	96%	93%	95%
Visita Oncologica	100%	99%	100%	100%	100%
Visita Cardiologica	96%	96%	87%	91%	98%
Visita Ginecologica	97%	96%	80%	77%	88%
Visita Dermatologica	97%	97%	89%	69%	97%
Visita Otorinolaringoiatrica	98%	97%	85%	80%	94%
Visita Chirurgia Vascolare	100%	98%	92%	74%	89%
Visita Gastroenterologica	91%	86%	67%	78%	85%
Visita Pneumologica	92%	98%	85%	76%	85%
Visita Diabetologica	100%	97%	78%	61%	95%

Tabella 17 - Soddisfazione dei tempi di attesa nelle prestazioni ambulatoriali – % prestazioni garantite entro i tempi standard 60 gg – prestazioni diagnostiche

	2019	2020	2021	2022 1 Trim	2022 dicembre 22
Colonscopia	100%	95%	87%	80%	96%
EMG	99%	99%	85%	75%	93%
Ecocolordoppler	99%	99%	99%	96%	100%
Ecografia Addome	99%	98%	100%	95%	99%
Gastroscofia	98%	99%	90%	79%	95%
TAC del Capo	99%	94%	99%	99%	97%
TAC Addome	91%	99%	93%	88%	98%
RMN Cerebrale	96%	93%	99%	81%	97%
RMN Addome	99%	94%	94%	93%	97%
RMN della Colonna	94%	98%	96%	91%	99%
TAC Rachide e Speco Vertebrale	98%	95%	99%	100%	95%
TAC Bacino	96%	100%	96%	86%	94%
TAC Torace	92%	99%	92%	86%	97%
Ecografia Mammella	100%	100%	98%	90%	97%
Ecocolordoppler Cardiaca	99%	99%	99%	81%	99%
Elettrocardiogramma	99%	99%	95%	97%	99%
Elettrocardiogramma Holter	92%	99%	94%	78%	97%
Audiometria	99%	98%	99%	94%	97%
Spirometria	95%	95%	81%	57%	97%
Mammografia	98%	100%	94%	91%	97%
Ecografia capo e collo	96%	97%	94%	92%	98%
Ecografia ostetrica e ginecologica	99%	96%	92%	94%	96%
ECG da sforzo	98%	99%	78%	76%	92%
RM muscoloscheletrica	99%	96%	100%	91%	100%

1.6 Quadro della mobilità sanitaria attiva e passiva (intra ed extra regione)

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.

Con la DGR 2040/2015 la regione Emilia-Romagna ha identificato le aree di diretto intervento regionale ed ha confermato la responsabilità di ciascun ambito territoriale nel garantire il livello primario dell'assistenza in una logica di autosufficienza.

In particolare, per quanto riguarda la programmazione relativa alla rete ospedaliera la Regione Emilia-Romagna ha identificato con la DGR n. 2040/2015 gli ambiti e le discipline di "interesse regionale" per la cui organizzazione deve essere ripuntualizzata secondo il modello delle reti HUB & Spoke.

All'ambito provinciale (a cui corrispondono di norma gli ambiti territoriali delle Aziende USL, con la esclusione delle Aziende della Romagna e dell'Azienda USL di Imola), deve quindi essere attribuita la responsabilità di soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente, con particolare riferimento alle discipline non inserite in reti di riferimento regionale.

Una significativa mobilità passiva non ulteriormente ridimensionabile o una mobilità passiva programmata, in quanto rivolta verso Aziende con le quali sono formalizzati rapporti di cooperazione o

collaborazione per lo sviluppo e l'organizzazione della rete dei servizi, dovrà pertanto comportare una coerente variazione nei livelli di finanziamento e quindi anche nella dotazione strutturale delle Aziende.

Una variazione della capacità produttiva non correlata ad una modificazione di segno opposto in un altro ambito territoriale comporterebbe, inevitabilmente, un aumento dei servizi non giustificato e in contraddizione con i principi che sottendono le politiche di efficace governo del Servizio sanitario regionale.

I criteri fondamentali per definire operativamente il concetto di “dimensionamento ottimale” sono l'esplicitazione dell'ambito territoriale di riferimento e la definizione della tipologia dei servizi presenti, inclusivi dei fenomeni di mobilità che interessano la popolazione residente sul territorio.

I criteri tecnici per definire il dimensionamento e la tipologia dei servizi da garantire affinché alla popolazione di riferimento sia assicurata equità di accesso a servizi di adeguata qualità, comprendono:

- il mix di servizi presenti;
- la capacità produttiva potenziale;
- il livello di operatività necessario.

In questo modello la coerenza e la correlazione tra l'assistenza ospedaliera e i servizi territoriali e la loro configurazione organizzativa sono fondamentali per contribuire a garantire l'appropriatezza dei ricoveri e soprattutto garantire la continuità assistenziale.

Le tabelle di seguito riportate evidenziano, tramite l'uso dell'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione, la capacità di attrazione delle persone residenti fuori dalla regione.

Nello specifico si evidenzia la significativa capacità di attrazione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) rispetto al resto della regione (Tabella 18) essendo un IRCCS di rilievo nazionale. La capacità di attrazione di residenti di altre regioni alle strutture sanitarie della regione è rispettata anche nella specialistica ambulatoriale.

Nella Tabella 20 si osservano differenze significative dello IOR (28,1) rispetto alla regione (4,1).

Tabella 18 - Indice di dipendenza delle Aziende Ospedaliere dalla popolazione– Anno 2022 (fonte SISEPS-SDO)

Azienda di Ricovero	Stesso Distretto	Altro Distretto Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
AOSPU PARMA	47,5	32,2	9,9	10,4	100
AOSPU MODENA	34,7	47,2	9,4	8,7	100
AOSPU BOLOGNA	38,5	34,8	11,1	15,6	100
AOSPU FERRARA	55,4	29,5	5	10,1	100
I.O.R.	13,9	19,3	19,1	47,7	100
TOTALE	39,7	35,4	10,2	14,7	100

Tabella 19 - Indice di dipendenza dei presidi delle aziende sanitarie dalla popolazione – Anno 2022 (fonte SISEPS-SDO)

Azienda di ricovero	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
PIACENZA	77,8	1,7	20,5	100
PARMA	66,6	11,7	21,6	100
REGGIO EMILIA	86	6,4	7,6	100
MODENA	78,5	9,3	12,2	100
BOLOGNA	69,6	7,4	23	100
IMOLA	76,1	14,7	9,2	100
FERRARA	75,9	7,1	17	100
ROMAGNA	77,5	3,8	18,6	100
TOTALE	76,3	6,2	17,5	100

Tabella 20 - Mobilità attiva sanitaria specialistica ambulatoriale - Anno 2022

Azienda di erogazione	Stesso Distretto	Altro Distretto Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero
PIACENZA	62,8	29,6	1	6,6
PARMA	82,5	13,5	1,2	2,8
REGGIO EMILIA	51,3	41,3	4,3	3,1
MODENA	81,4	14	2,6	2,1
BOLOGNA	75,3	19,5	2,2	3
IMOLA	92,8	.	5,1	2,2
FERRARA	84,8	11,6	1,9	1,7
ROMAGNA	82,2	13,2	1,2	3,3
AOSPU PARMA	49	.	40,3	10,7
AOSPU MODENA	35,8	.	57,2	7,1
AOSPU BOLOGNA	41,4	.	45,4	13,2
AOSPU FERRARA	55,9	.	36,6	7,5
I.O.R.	30	.	42	28,1
REGIONE	71,5	16,7	7,7	4,1

1.7 L'Offerta ante operam

1.7.1 L'organizzazione del Servizio Sanitario regionale

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.

Le leggi regionali n. 29/2004 ("Norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale") e n. 13/2015 (Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, province e comuni e loro unioni) hanno disegnato l'organizzazione e il funzionamento in un'ottica federalista, sulla base delle competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del titolo V della Costituzione. Le leggi richiamate prevedono disposizioni generali concernenti il modello di governance sanitaria e sociale definendo la disciplina delle relazioni istituzionali della Regione con gli enti locali, con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS) e con i comitati di distretto.

I percorsi assistenziali regionali attuati negli ultimi 20 anni hanno determinato un assetto organizzativo che in parte ha già anticipato il modello organizzativo territoriale previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Tuttavia, si è reso necessario procedere ad una progressiva implementazione di alcuni aspetti innovativi dello stesso DM 77/2022, non ancora o parzialmente presenti nel sistema sanitario regionale. A partire dal Distretto quale luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, si intende, in particolare, favorire: l'evoluzione da Case della Salute a Case della Comunità³, lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, la realizzazione delle Centrali Operative 116117 e delle Centrali Operative Territoriali (COT). In tali strutture e servizi si dovrà porre particolare attenzione al consolidamento dei processi organizzativi dei professionisti, alla valorizzazione della medicina generale nella progettazione e realizzazione delle attività delle Case della Comunità e alla valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità e dei diversi attori locali. Mediante la DGR N. 2221 del 12/12/2022 viene individuato il primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale in coerenza con gli obiettivi del PNRR. Il documento si integra con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), quale strumento di programmazione negoziata finalizzato ad accelerare la realizzazione degli investimenti e con la DGR 811/2022, con la quale è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) contenente, per ciascun Investimento, gli Action Plan e le schede Intervento da finanziare. Il documento deve pertanto essere considerato e collocato all'interno del quadro organico e armonico di evoluzione del SSR, con particolare riguardo al progetto di rafforzamento dei servizi territoriali per promuovere la prevenzione primaria, la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, la gestione dell'area della fragilità e la continuità dell'assistenza.

Il Distretto è l'ambito territoriale che orienta, su un bacino specifico di popolazione, la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi, ed è al tempo stesso l'attore istituzionale "composito" e complesso costituito dagli Enti locali associati nell'esercizio delle funzioni sociali e sociosanitarie e dall'Azienda USL nella sua articolazione territoriale. È la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali. Ha l'obiettivo di coniugare le specificità locali con un governo delle politiche efficace e che ottimizzi le risorse.

³ In Emilia-Romagna l'evoluzione da Case della Salute a Case della Comunità prevede che oltre ad essere luoghi di prossimità per l'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari integrati tra loro, diventino anche luoghi di co-programmazione e di valutazione partecipata con gli stakeholder presenti sul territorio (es. Enti Locali, Amministratori, Terzo settore, associazioni ecc.), in modo da divenire effettivi dispositivi di rinnovamento del sistema delle Cure primarie territoriali.

Tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare perno sull'ambito distrettuale proprio per realizzare adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei servizi. Il quadro più ampio di riferimento è quello del territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e del livello di coordinamento politico della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Sono state inoltre rafforzate:

- le competenze degli Enti locali in materia di programmazione, verifica e controllo;
- la partecipazione degli operatori sanitari al governo aziendale;
- il rapporto della Regione con l'Università nel campo dell'assistenza, della ricerca e della didattica.

Il Servizio sanitario regionale è costituito da: 8 Aziende USL di cui 2 IRCCS, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie e da 2 Istituti Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La Tabella 21 elenca gli ambiti provinciali in cui insistono le Aziende e gli IRCCS.

Tabella 21 – Aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale

Provincia	Azienda sanitaria
Piacenza	Azienda USL di Piacenza
Parma	Azienda USL di Parma
	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Reggio Emilia	Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia
Modena	Azienda USL di Modena
	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Bologna	Azienda USL – IRCCS Scienze Neurologiche di Bologna
	IRCCS - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico di Sant'Orsola
	IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
	Azienda USL di Imola
Ferrara	Azienda USL di Ferrara
	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Ravenna	Azienda USL della Romagna
Forlì-Cesena	
Rimini	

Contribuiscono all'offerta delle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario regionale tutte le strutture ospedaliere, residenziali e ambulatoriali pubbliche; le case di cura, le strutture residenziali e ambulatoriali private (profit e no profit) accreditate alle quali gli assistiti dal Servizio sanitario regionale possono accedere

senza oneri economici. Tutte le strutture pubbliche e private che operano nel Servizio sanitario regionale devono essere accreditate (legge regionale 22/2019 [Legge regionale 06 novembre 2019, n. 22 “Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008” (Bollettino Ufficiale n. 356 del 6 novembre 2019)] e delibere applicative).

La Giunta regionale, tramite l’Assessorato alle politiche per la salute, governa il Servizio sanitario regionale.

Le politiche regionali sono mirate a sviluppare un welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Il principale strumento di programmazione dei servizi e degli obiettivi di salute è il Piano sociale e sanitario regionale. Il Piano sociale e sanitario vigente è quello del triennio 2017-2019 aggiornato in alcune sue parti. È incorso una rielaborazione complessiva che porterà quanto prima ad un nuovo Piano sociale e sanitario.

L’organizzazione dell’Assessorato alle politiche per la salute è in capo alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

In questo paragrafo viene rappresentata l’offerta sanitaria e sociosanitaria del Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna in termini strutturali e tecnologici (stato di conoscenza della situazione patrimoniale) e organizzativo – funzionali. Il quadro della situazione è illustrato attraverso la descrizione:

- del patrimonio immobiliare;
- del patrimonio delle tecnologie biomediche;
- della dotazione infrastrutturale informatica e sistemi informativi;
- della rete ospedaliera nelle sue diverse articolazioni;
- della rete delle strutture sanitarie territoriali.

1.7.2 Il patrimonio immobiliare

La rappresentazione dell’offerta ante operam, da un punto di vista strutturale ed impiantistico offre un quadro del patrimonio immobiliare sanitario regionale che, pur con alcune criticità (restano da completare gli adeguamenti normativi in materia di prevenzione incendi in ragione della programmazione prevista dalla normativa vigente nonché interventi di miglioramento/adequamento alla normativa antisismica), è rispondente alla normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, nonché a quella sulla sicurezza e igiene degli ambienti di lavoro.

Il patrimonio mostra anche per le strutture più datate un sufficiente stato di conservazione dovuto sostanzialmente sia ad interventi di progressiva ristrutturazione e riqualificazione sia alla manutenzione straordinaria e programmata oltre che ad una costante manutenzione ordinaria.

Permane, tuttavia, un elemento di criticità per le strutture sanitarie esistenti che è rappresentato dalla necessità di interventi che permettano una maggiore funzionalità degli spazi in relazione alle progressive modificazioni dell’offerta delle prestazioni sanitarie. Esempio di una situazione come quella appena descritta è l’attuale ospedale di Carpi per cui a seguito di approfondite analisi costi benefici si è optato per la realizzazione di un nuovo ospedale.

L’esposizione sintetica del patrimonio immobiliare sanitario regionale (ospedaliero e territoriale) aggiornato al è rappresentata nella successiva Tabella 22, in cui sono distinte le seguenti tipologie:

- Ospedale: struttura sanitaria dotata di posti letto ospedalieri;

- Struttura sanitaria residenziale non ospedaliera: struttura sanitaria dotata di posti letto non ospedalieri, es. Ospedali di Comunità (OSCO), Hospice, riabilitazione, strutture psichiatriche;
- Struttura sanitaria non residenziale: struttura non dotata di posti letto, es. laboratori, ambulatori, centri diurni, case della salute.

Le superfici indicate sono così definite: la somma delle superfici lorde espressa in mq dei livelli (piani), che possiedono i requisiti di agibilità, corrispondente a: degenze, ambulatori, studi medici, uffici, sportelli e aree per i servizi al pubblico, magazzini, archivi, spogliatoi, ecc, comprensive di: sottotetti aventi i requisiti di agibilità/usabilità, sale macchine e vani tecnici in sommità dei corpi di fabbrica, portici e logge, ma con esclusione di: coperture piane ed inclinate, intercapedini orizzontali e verticali (anche se ispezionabili), terrazze, balconi e scale esterne.

Tabella 22 - Il patrimonio immobiliare esistente al 31.12.2022

Azienda	Ospedale				Struttura sanitaria non residenziale		Struttura sanitaria residenziale non ospedaliera		
	Strutture (n.)	Superficie lorda (mq)	Posti letto (n)	mq/PL	Strutture (n.)	Superficie lorda (mq)	Strutture (n.)	Superficie lorda (mq)	Posti letto (n)
AUSL Piacenza	4	174.543	748	233	7	19.053	2	13.650	147
AUSL Parma	2	67.559	331	204	44	67.614	10	15.158	226
AOSP Parma	1	224.464	1.067	210	///	///	///	///	///
AUSL Reggio Emilia	6	298.354	1.512	197	51	79.963	5	18.003	38
AUSL Modena	5	178.629	880	203	59	66.022	5	27.523	69
AOSP Modena	2	246.657	1.156	213	1	784	///	///	///
AUSL Bologna	9	353.693	1.265	280	81	116.726	4	30.130	255
AOSP Bologna	1	388.557	1.320	294	///	///	///	///	///
IOR	1	78.465	344	228	///	///	///	///	///
AUSL Imola	1	58.317	352	166	5	49.399	4	18.296	43
AUSL Ferrara	3	75.229	441	171	27	71.457	8	63.434	279
AOSP Ferrara	1	185.556	722	257	///	///	///	///	///
AUSL Romagna*	13	565.542	2.932	193	104	157.842	11	17.761	240
Totale	49	2.895.565	13.070	222	379	628.860	49	203.955	1.297

* Escluso I.R.S.T. SRL IRCCS di Meldola (Forlì-Cesena)

1.7.3 Il patrimonio delle tecnologie biomediche

Il monitoraggio del patrimonio tecnologico sanitario della Regione Emilia-Romagna viene effettuato dal Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) attraverso la predisposizione di una relazione annuale denominata "Osservatorio Tecnologie".

Le Tecnologie Biomediche (TB) gestite dalle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna, a qualsiasi titolo di presenza, sono circa 238 mila per un valore di acquisto di poco superiore a 1,6 Miliardi di euro (fonte Osservatorio Tecnologie 2022).

NUMERO TECNOLOGIE BIOMEDICHE	VALORE DI ACQUISTO	ETÀ MEDIA
238.793	1.665.153.985 €	10,7

Tabella 23 - Il patrimonio tecnologico al 31/12/2022 - dati complessivi RER

Il parametro relativo agli anni di servizio delle Tecnologie Biomediche, installate nelle strutture pubbliche della Regione, ha registrato nel tempo una graduale crescita.

Tale trend si è arrestato solamente nel biennio 2020-2021 contemporaneamente all'introduzione di tecnologie legate alla situazione pandemica e al contestuale avvio della riorganizzazione delle Terapie Intensive e dei Pronti Soccorso (sulla scorta di quanto previsto dal DL 34/2020).

Restringendo l'analisi alle sole Grandi Apparecchiature (GRAP), così come definite nel DM 22 Aprile 2014 e cd. "ulteriori apparecchiature", si nota un trend di crescita dell'età media di servizio nelle strutture pubbliche della Regione Emilia-Romagna.

ANNO (dati al 31/12)	ETÀ MEDIA TB RER (Pubblico - fonte OT22)	ETÀ MEDIA GRAP RER (Pubblico - fonte OT22)
2022	10,7	9,1
2021	10,3	8,6
2020	10,7	8
2019	11,2	7,8
2018	10,9	8,9

Tabella 24 - Anzianità media per l'intero parco tecnologico e per le sole Grandi Apparecchiature della Regione Emilia-Romagna (Pubblico), negli ultimi 5 anni

Nell'ambito del GRTB e di conseguenza nella gestione dell'installato di ogni singola Azienda Sanitaria della Regione, viene posta particolare attenzione al rinnovo tecnologico, mentre il potenziamento viene sempre correlato ad un aumento dell'attività. L'intero parco tecnologico, nonché le caratteristiche delle Grandi Apparecchiature e i dati di attività di alcune di esse, sono monitorati e rappresentati in periodiche relazioni dell'Osservatorio Tecnologie.

Al fine di mantenere un parco delle tecnologie biomediche adeguato da un punto di vista dell'obsolescenza e in particolar modo a supporto dell'efficienza, efficacia e sicurezza del percorso clinico-diagnostico-riabilitativo si rende necessario un rinnovo per quelle tecnologie che insistono su aree, che negli ultimi anni non sono state oggetto di particolari quali:

- Comparti Operatori e Area Critica
- Area delle Medicine e Specialistica Ambulatoriale.

Tali tecnologie, oltre a evidenziare un già elevato livello di obsolescenza, sono state particolarmente “stressate”, da un punto di vista funzionale, nell’ultimo biennio nel concorrere al raggiungimento degli obiettivi in materia di abbattimento delle liste di attesa e al piano di recupero delle attività.

Si riportano, nella tabella seguente, i dati relativi ad alcune classi di tecnologie significativamente rilevanti dal punto di vista numerico e di valore di acquisto gestite dalle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna (fonte Osservatorio Tecnologie 2022), quali:

CLASSE TB	NUMEROSITÀ	VALORIZZAZIONE	COSTO MEDIO	ETÀ MEDIA
ANS - Apparecchi anestesia	710	20.870.228 €	29.395 €	12,9
ELB - Elettrobisturi	1310	11.937.532 €	9.113 €	14,8
MOP - Microscopio operatorio	228	13.592.320 €	59.615 €	18,5
STE - Sistema per videolaparoscopia	783	11.908.834 €	15.209 €	12,5
TOP - Tavolo operatorio	645	24.523.873 €	38.022 €	17,8

Tabella 25 - Numerosità, valorizzazione e Obsolescenza di classi di tecnologie significative in ambito chirurgico

Focalizzando l’attenzione sulle GRAP, la tabella successiva riporta l’età media e il numero installazioni in Regione Emilia-Romagna (presenti nel Pubblico/Privato) confrontata con le media nazionali relative (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022).

TIPOLOGIA GRAP (DM 22/04/2015)	ETÀ MEDIA GRAP RER (Pubblico/Privato)	ETÀ MEDIA GRAP ITALIA (Pubblico/Privato)
ACC - ACCELERATORI LINEARI	9,8 (29)	11,1 (401)
ANG - ANGIOGRAFI	10,8 (63)	9,8 (795)
GCC - GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATE	14,6 (9)	14,8 (325)
GTT - SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	10,5 (15)	9,4 (122)
MMI - MAMMOGRAFI	10,3 (138)	9,0 (2003)
PET - SISTEMI TAC/PET	11,3 (14)	9,3 (183)
RMN - TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	10,3 (130)	10,1 (1856)
ROB - SISTEMI ROBOTIZZATI PER CHIRURGIA ENDOSC.	5,9 (8)	5,4 (157)
TAC - TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	8,5 (129)	9,3 (2144)

Tabella 26 - Età media e numero installazioni delle Grandi Apparecchiature della Regione Emilia-Romagna confrontata con le medie nazionali (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022)

Come si può vedere il l’età media delle Grandi Apparecchiature in Emilia-Romagna è in linea con il dato nazionale, e ad una più attenta e approfondita analisi sulla distribuzione per classi di età delle Grandi Apparecchiature installate nella Regione Emilia-Romagna rispetto al dato nazionale, si ha che:

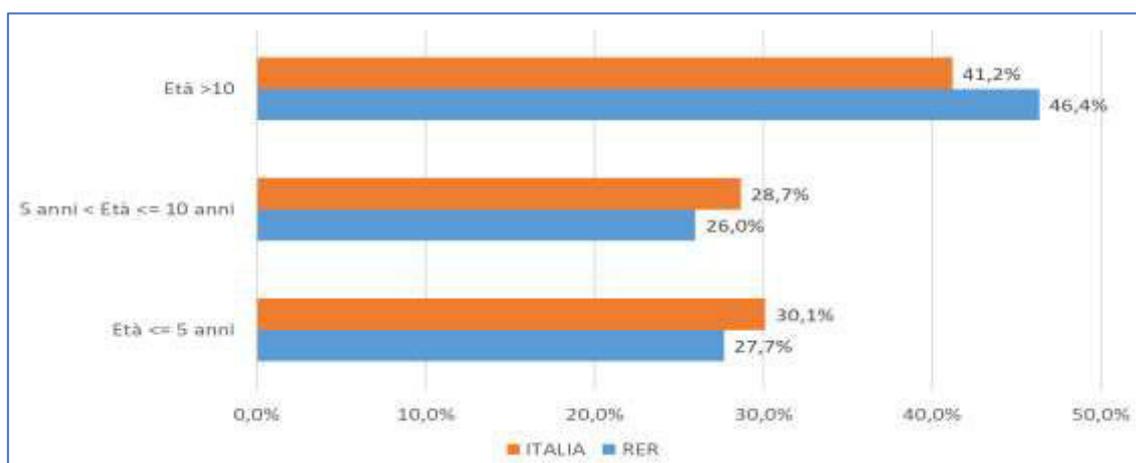


Figura 20 - Distribuzione per classi di età delle Grandi Apparecchiature installate nella Regione Emilia-Romagna rispetto al dato nazionale (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022)

Si evince una situazione prevalente sulla fascia alta di età maggiore dei 10 anni di servizio, a conferma della necessità di mantenimento di un'ideale programmazione del rinnovo tecnologico, in fase di corrente attuazione anche grazie ai finanziamenti PNRR (nel dettaglio vedi paragrafo 3.3).

Per quanto riguarda la dotazione tecnologica complessiva rapportata al numero in milioni di abitanti, si riporta nella tabella successiva la situazione per ciascuna tecnologia e il confronto con il dato nazionale (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022, OT 2022 ed ISTAT - Popolazione residente al 01/01/2023; *: per i mammografi vale la popolazione residente femminile).

TIPOLOGIA GRAP (DM 22/04/2015)	N. INSTALLAZIONI PER MILIONI DI ABITANTI RER	N. INSTALLAZIONI PER MILIONI DI ABITANTI ITALIA
ACC - ACCELERATORI LINEARI	6,8	6,8
ANG - ANGIOGRAFI	14,7	13,5
GCC - GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATE	2	5,5
GTT - SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	3,4	2,1
MMI - MAMMOGRAFI*	61	66,3
PET - SISTEMI TAC/PET	3,2	3,1
RMN - TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	30,7	31,4
ROB - SISTEMI ROBOTIZZATI PER CHIRURGIA ENDOSC.	1,8	2,7
TAC - TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	30,1	36,3

Tabella 27 - Numero installazioni delle Grandi Apparecchiature della Regione Emilia-Romagna confrontata con i dati nazionali (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022, OT 2022 ed ISTAT - Popolazione residente al 01/01/2023)

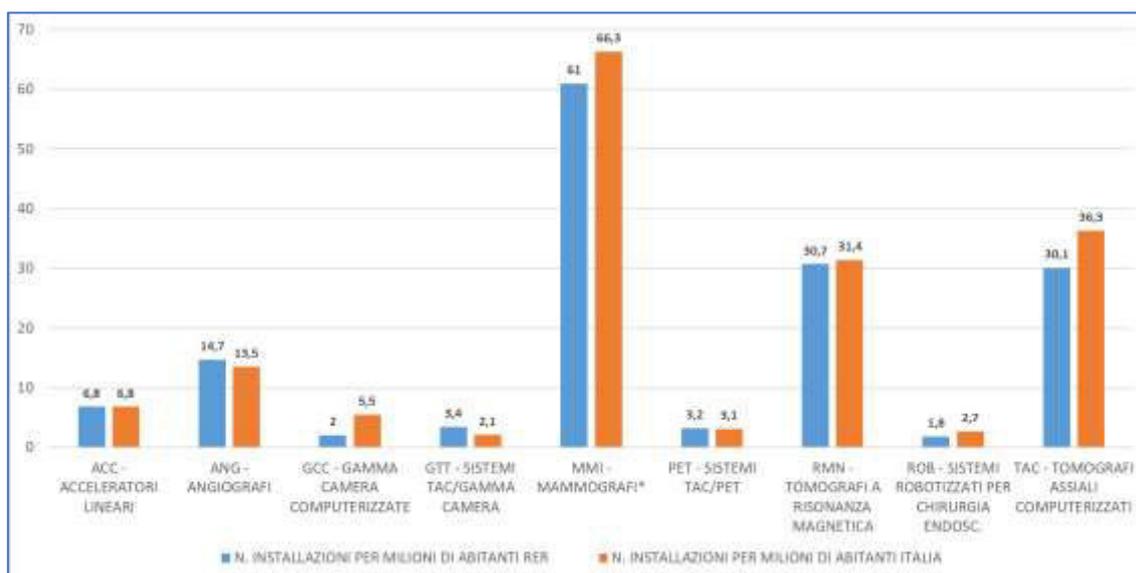


Figura 21 - Numero installazioni delle Grandi Apparecchiature della Regione Emilia-Romagna confrontata con i dati nazionali (Fonte Report NSIS-GRAP al 31/12/2022, OT 2022 ed ISTAT - Popolazione residente al 01/01/2023)

1.7.4 Dotazione strutturale informatica e sistemi informativi

Al fine di garantire lo sviluppo ed un'evoluzione armonica dei sistemi informatici regionali e aziendali in Regione Emilia-Romagna è stato da tempo costituito il "Tavolo regionale ICT per il coordinamento tecnico in materia di investimento e sviluppo ICT per il Servizio Sanitario Regionale" a supporto del Servizio Sanitario Regionale e delle Aziende sanitarie che ha il compito di proporre iniziative ICT strategiche e di preminente interesse regionale, anche a carattere intersettoriale, per la più efficace erogazione dei servizi sanitari in rete a favore dei cittadini e dei professionisti. Il Tavolo regionale ICT ha lavorato per garantire la condivisione della documentazione e informazioni sanitarie ai fini dell'omogeneizzazione dei linguaggi, procedure e degli

standard ICT. In tal modo si è progressivamente assicurata la piena interoperabilità e cooperazione applicativa tra i sistemi informatici regionali / nazionali.

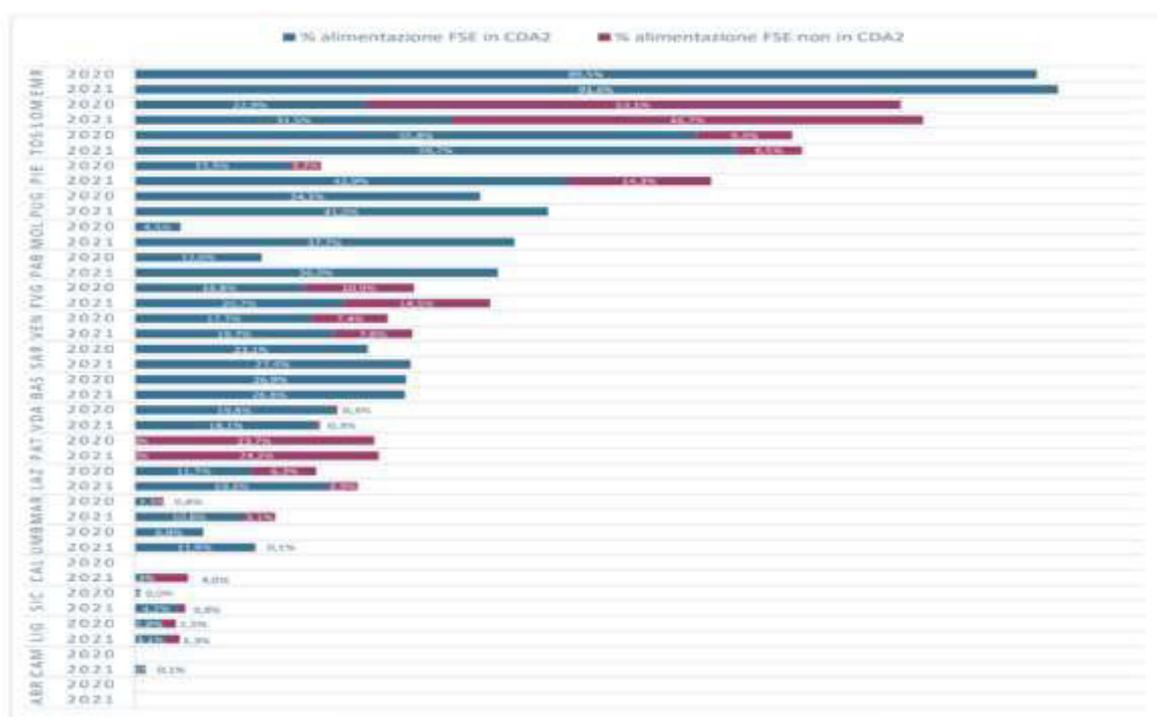
Nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico, quale strumento per la raccolta, consultazione la Regione Emilia-Romagna risulta una delle Regioni più strutturate e in fase più avanzata nel panorama nazionale. Si sono raggiunti i seguenti obiettivi:

- Alimentazione del FSE, oltre ai documenti previsti dal nucleo minimo, con documentazione aggiuntiva (es. Piani terapeutici, invito e lettera di risposta dello screening);
- Produzione di documenti clinici strutturati secondo le specifiche nazionali e regionali;
- Omogenizzazione dei contenuti e servizi sanitari online tra le Aziende sanitarie regionali.

Come riportato all'interno del documento Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, tramite il FSE regionale è possibile erogare i servizi i seguenti servizi:

- comunicazione NRE – Ricette;
- Referti (oltre a quelli di laboratorio);
- Consultazione libretto vaccinale;
- Scelta/revoca MMG/PLS;
- Pagamento prestazioni;
- Prenotazioni visite ed esami SSN;
- Autocertificazione esenzioni per reddito;
- Consultazione tempi di attesa;
- Consultazione budget celiachia;
- Consultazioni immagine diagnostiche;
- Prenotazioni visite ed esami Libera Professione.

In merito all'alimentazione del FSE, come dettagliato nella "survey svolta su 18 Regioni e 2 Province Autonome ad Aprile 21" si è raggiunta il seguente stato di maturità dello stesso:



Inoltre, l'utilizzo del FSE è determinato anche dai servizi sanitari online resi disponibili agli assistiti regionali, pertanto si riportano, nelle figure seguenti, i dati relativi agli accessi degli assistiti suddivisi per Azienda sanitaria di assistenza (figura 22) e il numero di prenotazioni di prestazioni sanitarie, spostamento appuntamento e disdetta, sia tramite il portale sia tramite applicazione mobile (figura 23) (fonte banca dati regionali).

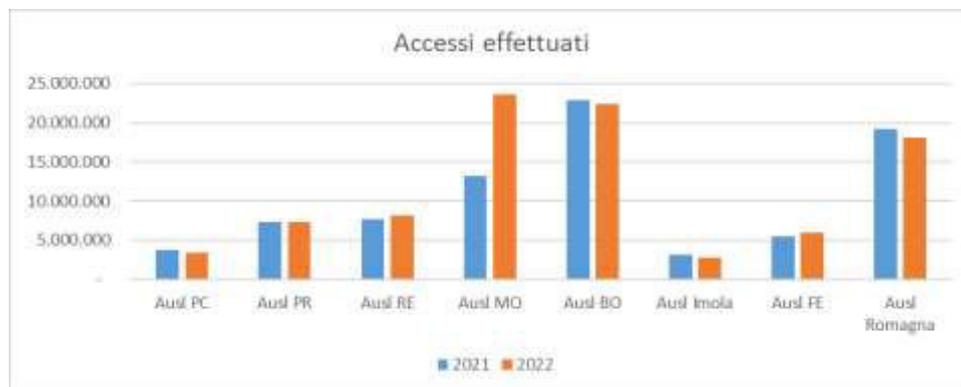


Figura 22 - Accessi effettuati anno 2022

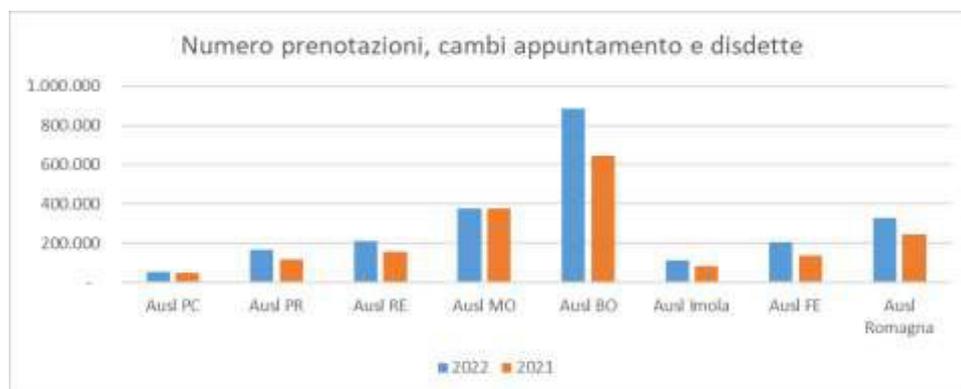


Figura 23 - Numero di prestazioni prenotate, cambi appuntamenti e disdette

La rappresentazione della situazione attuale evidenzia un quadro tecnologico informativo che pur dovendo attuare ulteriori iniziative (per condivisione e pianificazione della realizzazione delle iniziative, in ambito ICT, previste dal PNNR), è rispondente alla normativa nazionale e regionale in ambito ICT. Ulteriori interventi sono stati svolti sui servizi di telemedicina, con lo sviluppo di una piattaforma regionale per l'erogazione di servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulto.

Infine, in ambito dei sistemi informativi si è assicurata la disponibilità dei dati strategici per le politiche sanitarie e sociali e il supporto tecnico-statistico per l'elaborazione dati, anche mediante un percorso di razionalizzazione all'interno delle Aziende sanitarie degli strumenti software uniformi a supporto delle attività di rilevazione e gestione del dato. Si è garantita la corretta alimentazione dei flussi verso il livello nazionale, nel pieno rispetto delle scadenze previste e nel pieno raggiungimento dei diversi obiettivi ministeriali.

1.7.5 La rete Ospedaliera

La riflessione sulla riorganizzazione della rete ospedaliera secondo modelli innovativi è iniziata in Emilia-Romagna alla fine degli anni '90, e si è concretizzata nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR).

Il PSR per la prima volta individuava le reti ospedaliere e sottolineava la necessità di predisporre la programmazione ospedaliera regionale prevedendo due approcci distinti:

a) le aree di competenza e programmazione regionale, per le quali definire assetti secondo il modello Hub and Spoke; a tal proposito il PSR individuava le discipline/attività per le quali la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità doveva basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri (Hub) in grado di sviluppare competenze adeguate e mantenere sistemi tecnologici complessi e ad elevato impatto economico. I centri Hub dovevano essere connessi agli Spoke da un sistema di relazioni formalizzate. La definizione operativa delle specifiche reti Hub and Spoke è stata garantita dal lavoro di gruppi interdisciplinari ed interprofessionali che hanno analizzato in modo puntuale i percorsi clinico assistenziali dei pazienti, definendo gli assetti in grado di garantirne la migliore qualità.

b) le reti ospedaliere integrate: si tratta dell'organizzazione delle attività presenti negli ospedali di tutte le Aziende sanitarie che, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali e sociali, assicura ai cittadini il livello primario dell'assistenza in un determinato territorio, di norma provinciale (autosufficienza territoriale). La logica dell'autosufficienza prevede che, all'interno della rete dei servizi, siano garantite a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali, per tutte le discipline che non siano riferibili alle reti H&S. Rispetto alle reti ospedaliere integrate i territori di riferimento per la autosufficienza vanno oggi considerati alla luce delle evoluzioni legate, nella nostra regione, all'applicazione della Legge regionale di riordino istituzionale 13/2015. Le discipline di rilievo regionale il cui assetto si riferisce al modello H&S proposte dal PSR 1999-2001 sono sostanzialmente sovrapponibili, anche se più numerose, rispetto all'elenco riportato nel DM 70/2015. Il DM 70/2015 fornisce solo su infarto miocardico acuto, Ictus e Traumi indicazioni operative circa gli assetti di rete: il lavoro sviluppatosi nella nostra regione in applicazione del PSR 1999-2001, i cui contenuti sono stati di fatto ribaditi dai successivi Piani Socio-Sanitari Regionali (PSSR), ha portato ad una profonda revisione degli assetti della rete ospedaliera regionale preesistenti.

Obiettivi prioritari della riorganizzazione erano pertanto:

- ripuntualizzare le discipline H&S, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini, le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti e procedendo altresì ad un adeguamento/manutenzione delle reti esistenti;
- portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), mantenendo una visione di carattere regionale;
- migliorare il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere;
- ricondurre, quando appropriato, le attività erogate in day hospital, day surgery e ordinario programmato 0-1 giorno al regime ambulatoriale;
- rafforzare l'introduzione di modelli innovativi, anche completando il percorso di realizzazione degli ospedali di comunità;
- completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle UOC;
- attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicanze si riducono.

Naturalmente gli obiettivi citati non esauriscono le tematiche che vanno affrontate per cogliere la spinta innovativa che gli standard fissati dal DM 70/2015 devono originare e che sono già da tempo nell'agenda del nostro sistema regionale. Si va dal rafforzamento della presa in carico territoriale delle patologie croniche, alla continuità della presa in carico assistenziale sanitaria e sociosanitaria. La transizione organizzativa da un modello prevalentemente incentrato sull'assistenza ospedaliera ad un modello integrato ospedale-territorio

è stata possibile, per effetto di un lungo processo di progressiva riduzione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera, iniziato nel 1996 e del più recente e rapido sviluppo della assistenza territoriale.

Nel periodo 2000-2022 i posti letto pubblici sono diminuiti di 4.008 unità (da 17.279 a 13.271) con una riduzione del 23%.

La progressiva riduzione dei posti letto è stata accompagnata da un aumento della capacità funzionale e della efficienza operativa del sistema ospedaliero che ha compensato la riduzione della sua capacità fisica con l'aumento di modelli di presa in carico a degenza breve o in regime ambulatoriale.

Questo è potuto avvenire anche attraverso una profonda modificazione delle competenze professionali di tutti gli operatori, del funzionamento dei servizi e di cambiamenti profondi nella organizzazione del lavoro.

La progressiva redistribuzione delle risorse tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale è funzionale al ridisegno dei processi sanitari sopra richiamati.

Tale modello organizzativo si fonda su tre principi generali:

- l'importanza della rete di relazioni rispetto ai singoli nodi operativi, costituiti dagli ospedali e dalle relative unità operative;
- l'appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse come corrispondenza fra livelli di gravità dei pazienti e grado di complessità della struttura di assistenza;
- la collaborazione multidisciplinare e interprofessionale come strumento per il governo clinico del sistema assistenziale, della singola struttura e delle loro interrelazioni.

L'ospedale perde sempre più le caratteristiche di lungo assistenza per acquistare il ruolo di sede delle procedure sanitarie ad "alto rischio, alta tecnologia ed alto costo" nonché sede dei percorsi ad alta complessità clinico-assistenziale secondo un modello Hub & Spoke.

Il ruolo degli interventi strutturali e tecnologici a supporto dell'assetto in rete degli ospedali e dei servizi sanitari risponde ad una serie di esigenze:

- La realizzazione di piattaforme tecnologiche collegate ed utilizzabili nell'ambito delle relazioni sinergiche della rete. In questo ambito si segnala ad esempio la realizzazione di sale ibride volte alla esecuzione di procedure interventistiche in equipe multidisciplinari (es. rete cardiologia interventistica);
- L'adeguamento dei nodi della rete ai requisiti strutturali tecnologici e previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali per la qualificazione dei centri (es. rete trapiantologica, rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera, rete materno infantile, rete senologica);
- L'adeguamento delle strutture al fine di rispondere alla necessità di sviluppare nuovi setting e nuove funzioni (es. chirurgia a degenza breve, week surgery/ambulatoriale);
- L'adozione di tecnologie a supporto delle funzioni di coordinamento di rete;
- La realizzazione o adeguamento di strutture affinché possano ospitare strutture hub di nuova identificazione con particolare riferimento ai centri unici regionali (es. officina trasfusionale, centrali NUE, banche cellule e tessuti e cornee, ecc.)

Rispetto alla qualificazione ed al monitoraggio delle strutture sanitarie afferenti alle reti ospedaliere e territoriali è inoltre necessario dare seguito a quanto previsto dalla Legge Regionale 22 del 6 novembre 2019 sia in termini di requisiti che di "anagrafe delle strutture". La Figura 24 riporta la localizzazione degli ospedali e la rappresentazione dei posti letto.

Figura 24 - Distribuzione Stabilimenti per AUSL e Posti Letto Totali al 31.12.2022

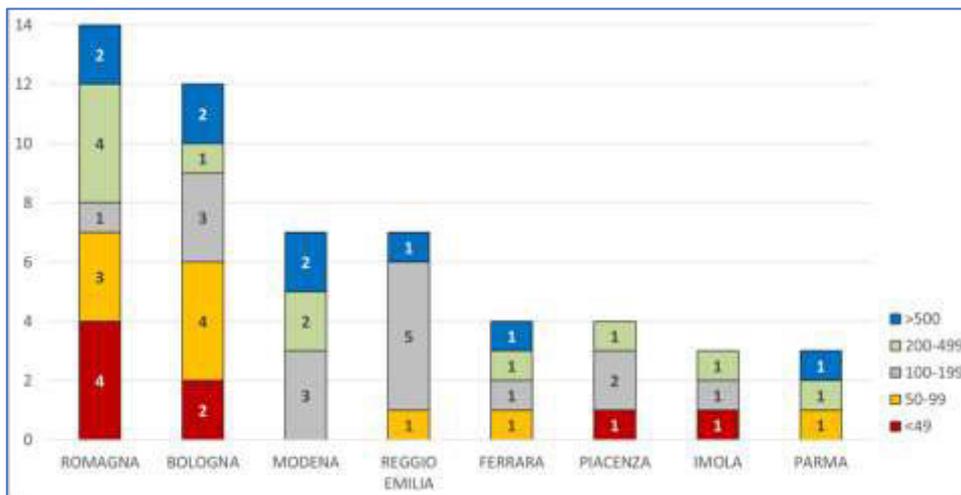


Figura 25 - Distribuzione Stabilimenti per AUSL e Posti Letto Acuti al 31.12.2022

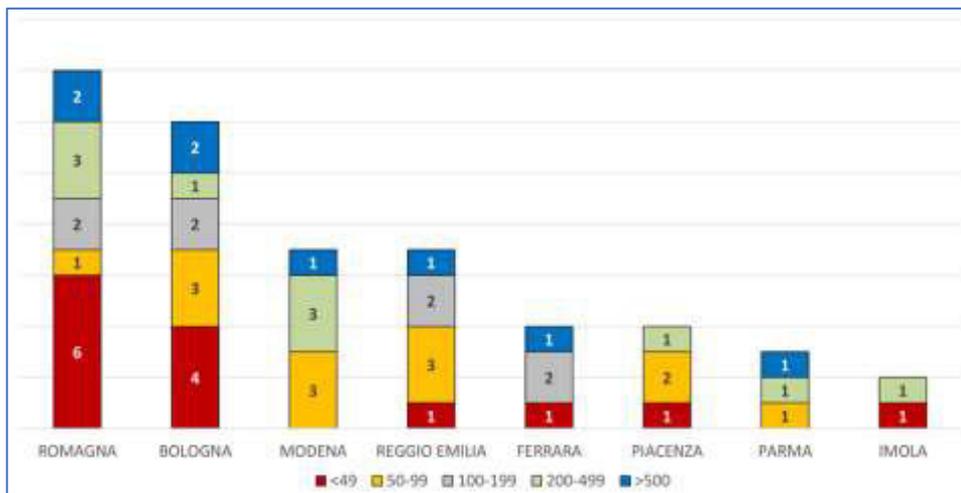
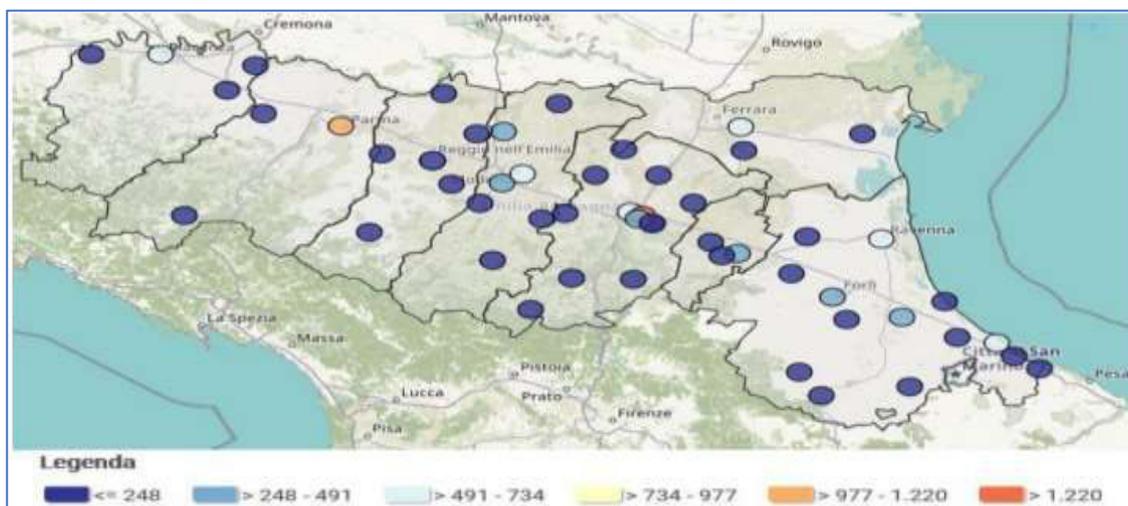


Figura 26 – Georeferenziazione degli ospedali con rappresentazione dei posti letto (fonte statistica self-service RER)



Le successive Figura 27, Figura 28 e Figura 29 riportano la geolocalizzazione di alcune fra le principali reti regionali:

- Rete Infarto (Figura 27)
- Rete Ictus (Figura 28)
- Rete Traumi gravi
- Rete Neonatologia e punti nascita (Figura 29)
- Rete Oncologia
- Rete Trapiantologica
- Rete Terapia del dolore
- Rete Malattie rare
- Rete dell'emergenza-urgenza

Figura 27 – Rete infarto



Figura 28 – Rete ictus

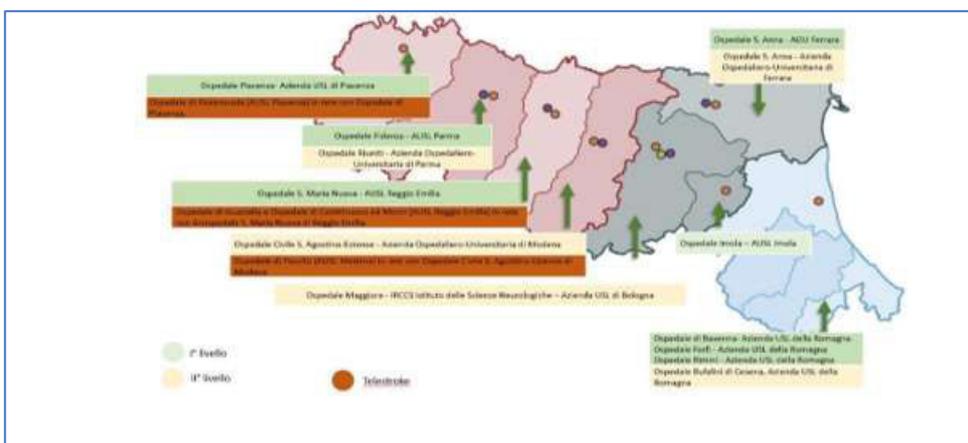


Figura 29 – Rete neonatologia e punti nascita



Di seguito si riporta l'elenco delle reti di più recente istituzione e i riferimenti agli atti con cui ne sono stati definiti gli assetti, nonché i criteri di qualificazione dei nodi:

- Cardiologia interventistica (DGR 2185 del 22/11/2019);
- Senologia (DGR 345 del 12/03/2018);
- Tumori Stromali Gastrointestinali (GIST) e sarcomi viscerali (DGR 1430 del 02/09/2019);
- Neoplasia ovarica (DGR 2242 del 22/11/2019);
- Costituzione del centro regionale pituitary unit (DGR 2184 del 22/11/2019);
- Chirurgia dell'epilessia (DGR 1172 del 23/07/2018);
- Malattie rare neurologiche (DGR 1411 del 26/08/2019);
- Neurochirurgia pediatrica (DGR 2199 del 22/11/2019);
- Rete donativo-trapiantologica (DGR 1313 del 29/07/2019 e DGR 2261 DEL 27/12/2018);
- Banca delle cornee (DGR 2118 del 10/12/2018);
- Malattia renale cronica (DGR 696 del 14/05/2018 e DGR 2185 del 22/11/2019);
- Cure palliative pediatriche (DGR 857 del 31/05/2019);
- Lesione midollare (DGR 1798 del 28/10/2019);
- Centro di riferimento per le malattie croniche intestinali (DGR 1188 del 2/08/2017);
- Malattie Emorragiche Congenite (MEC, DGR 857 del 01/06/2018);
- Emergenza-urgenza sanitaria (DGR 1129 DEL 08/07/2019);
- Pazienti con terapie CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell, DGR 1134 del 08/07/2019);
- Rete per l'emergenza-urgenza cardiologica e chirurgica cardiovascolare (DGR 877 del 14/06/2021);
- Rete oncologica ed onco-ematologica (DGR 2316 del 27/12/2022);
- Rete aritmologia ed elettrofisiologia cardiologica (DGR 198 del 21/02/2022).

Di prossima definizione, la Rete dei trapianti di cellule emopoietiche (CSE) e la Rete dei laboratori di biologia molecolare (NGS) atte a concentrare tecnologie, competenze professionali e casistica per erogare prestazioni omogenee su territori ampi e afferenti a più aziende sanitarie della Regione.

1.7.6 La rete delle strutture sanitarie territoriali

Le cure primarie nella Regione Emilia-Romagna sono erogate dai Dipartimenti delle cure primarie, presenti in ogni Azienda USL, a loro volta organizzati in Nuclei di cure primarie (NCP), team multidisciplinari che coinvolgono diversi professionisti e rappresentano la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolar modo per i pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico. I Nuclei di Cure Primarie attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socioassistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

In regione il concetto di Aggregazione Funzionale Territoriale⁴ (AFT) è sovrapponibile a quello di Nucleo di Cure Primarie; pertanto, poiché l'adesione all'aggregazione funzionale territoriale rientra tra i compiti e le funzioni del medico di medicina generale ed il modello organizzativo dei NCP è orientato alle medesime finalità dell'AFT, l'adesione al NCP è obbligatoria per tutti i MMG. Al 2022 risultano attivi 198 NCP.

In Regione Emilia-Romagna fornisce ai Nuclei di Cure Primarie uno strumento denominato Profilo di Cura, che utilizzando metodi epidemiologici, confronta per ogni NCP le pratiche assistenziali sulla base di indicatori di qualità del servizio offerto. I profili forniscono informazioni per valutare, in maniera retrospettiva, i percorsi assistenziali intrapresi dai pazienti e avviare percorsi di miglioramento.

1.7.6.1 Le Case della Comunità

La riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022 è divenuta l'occasione per rimodulare e sviluppare ulteriormente la rete di strutture territoriali presenti sul territorio emiliano-romagnolo, ampliandone la visione, i format dei servizi e i processi di interazione multiprofessionale. In Emilia-Romagna, a partire dal 2010, si sono diffuse le Case della Salute nelle tipologie "bassa" e "medio/alta complessità" oggi ridenominate "Case della Comunità", per le quali è stato avviato, a partire dal mese di ottobre 2022, un percorso di ridefinizione e ampliamento secondo la nuova chiave interpretativa proposta dal DM 77/2022.

Le Case della Comunità (CdC) anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR 2128/2016, si qualificano come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino verso il SSN e i servizi territoriali locali. Nei prossimi anni si prevede l'implementazione di azioni di rafforzamento del senso di affiliazione dei cittadini nei confronti della Casa della Comunità di riferimento. In esse operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari), secondo uno stile di lavoro orientato alla prossimità ed alla presa in carico proattiva. A questo scopo si promuovono programmi e percorsi integrati tra servizi sanitari e tra servizi sanitari e sociali

⁴ Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda USL secondo modelli definiti dalla Regione, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN attualmente vigente (Articolo 4, ACN 28 aprile 2022). Fanno parte delle AFT della medicina generale i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, sia singoli che appartenenti alle pregresse forme associative, e i medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario anche operanti in forme organizzative definite dalla RER a garanzia della continuità dell'assistenza. Le AFT garantiscono l'assistenza per l'intero arco della giornata, sette giorni alla settimana, per una popolazione di norma non superiore a 30000 abitanti, ferme restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa.

usando modelli di erogazione e comunicazione multicanale. Le CdC sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di “casa” e di “comunità”, di cui l’assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti, si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le CdC sono infatti intese come parte integrante dell’identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si possa sviluppare l’empowerment dei cittadini fino ad intraprendere percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

In questa accezione, la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato: la CdC è così rappresentata dall’insieme delle prestazioni e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento. Questo significa che la CdC è costituita anche dall’insieme di relazioni che intercorrono non solo tra la rete di luoghi erogativi, ma anche tra la rete di attori e servizi presenti sul suo territorio di riferimento e la comunità largamente intesa come insieme di reti sociali più o meno formalmente organizzate.

A seconda dei contesti aziendali e distrettuali, il focus prevalente delle CdC può variare e contestualizzarsi, anche considerando il fisiologico e progressivo processo di sviluppo e arricchimento delle stesse. In ogni caso, le funzioni di base di promozione della salute e di logiche di sanità di iniziativa, accesso per l’utenza e case management devono essere garantite da tutte le CdC.

L’ulteriore prospettiva di innovazione tecnologica delle Case della Comunità con i fondi PNRR, le rappresenta come sedi di erogazione di servizi di telemedicina. In particolare, già a partire dall’anno 2019 la Regione Emilia-Romagna ha promosso un progetto di telemedicina in 16 Case della Salute su tutto il territorio regionale, per il monitoraggio a domicilio dei pazienti con patologie croniche, residenti inizialmente in zone montane disagiate e particolarmente lontane dai centri di riferimento, con finanziamento ministeriale dedicato (Delibera CIPE n.122/2015). A partire dal 2020, durante il periodo pandemico Covid-19, è stata estesa la possibilità di sperimentazione ad ulteriori Case della Salute per offrire l’opportunità di monitoraggio a pazienti fragili con la finalità di ridurre gli accessi non essenziali alle strutture.

Al 31 maggio 2023 le Case della Comunità hub attive in Regione Emilia-Romagna sono 132 (vedi tabella 28)

Tabella 28 – Case della Comunità attive al 31.05.2023

Azienda USL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	31.05.2023
Piacenza	6	6	6	7	8	8	8	8	8
Parma	16	17	17	18	21	22	24	26	26
Reggio Emilia	10	10	10	11	11	12	12	13	13
Modena	8	11	11	11	14	15	15	15	15
Bologna	10	10	15	16	16	19	19	19	19
Imola	2	2	2	2	3	3	3	3	3
Ferrara	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Romagna	20	21	32	32	35	35	37	39	41
Totale annuo	79	84	100	104	115	121	125	130	132



Conseguentemente alla programmazione prevista per i progetti finanziati con il PNRR e la successiva introduzione del DM/77 del 2022 si prevede che, entro il 2026, vengano realizzate in Emilia-Romagna 89 Case della Comunità hub; questo comporta, anche in collaborazione con le Aziende USL, un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti.

1.7.6.2 Gli ospedali di comunità

Gli Ospedali di Comunità sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi, assistenziali e riabilitativi, attraverso modelli intermedi tra la domiciliarità e l'ospedalizzazione. Vi trovano collocazione particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza evidente utilità, la durata del ricovero ospedaliero o che sarebbero ricoverati, invece, che essere trattati appropriatamente in un setting assistenziale meno intensivo.

I pazienti eleggibili sono classificabili essenzialmente secondo quattro tipologie: pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio; pazienti, prevalentemente con multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa; pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo. È prevista la possibilità anche di interventi a carattere educativo per il paziente o il loro caregiver.

Gli Ospedali di comunità sono quindi strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. L'Ospedale di Comunità è una struttura in cui l'assistenza è erogata in Moduli Assistenziali, di norma di 15-20 posti-letto, a gestione infermieristica (DM 70/2015, DGR 221/2015, DGR 2040/2015, DM 77/2022), ed è garantita nelle 24 ore dagli Infermieri e dagli Operatori Socio-Sanitari (OSS), con il coinvolgimento di altri professionisti (es fisioterapisti) sulla base di quanto previsto nel PAI/Piano Riabilitativo. Vista la peculiarità della vocazione delle cure intermedie, l'assistenza medica è da assicurare preferibilmente dai Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta.

Ad oggi in Emilia-Romagna sono attivi 25 ospedali di comunità con 362 posti letto.

Tabella 29 – Numero dei posti letto negli Ospedali di Comunità dell'Emilia-Romagna

Azienda sanitaria	Denominazione struttura	Comune	PL (n)
AUSL Parma	OSPEDALE DI COMUNITA' TERRITORIALE	SAN SECONDO PARMENSE (PR)	10
	OSPEDALE DI COMUNITA' A VALENZA RIABILITATIVA	SAN SECONDO PARMENSE (PR)	20
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI MONCHIO DELLE CORTI (PR) (C/O CRA VAL CEDRA)	MONCHIO DELLE CORTI	3
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI BORGIO VAL DI TARO	BORGIO VAL DI TARO (PR)	18
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI COLORNO (PR)	COLORNO	6
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI COLLECCHIO (PR) (C/O CRA CASA DEGLI ANZIANI)	COLLECCHIO	6
	OSPEDALE DI COMUNITA' LANGHIRANO	LANGHIRANO	6
AUSL Reggio Emilia	OSPEDALE DI COMUNITA' DI SCANDIANO	SCANDIANO	12
AUSL Modena	OSPEDALE DI COMUNITA' DI FANANO	FANANO (MO)	15
	OSPEDALE DI COMUNITA' "CORTE NOVA" –	NOVI DI MODENA	15
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI CASTELFRANCO EMILIA	CASTELFRANCO EMILIA (MO)	20
AUSL Bologna	OSPEDALE DI COMUNITA' DI VERGATO (BO)	VERGATO	10
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI LOIANO (BO)	LOIANO	10
	OSPEDALE DI COMUNITA' BELLARIA (BO)	BOLOGNA	16
AUSL Imola	OSPEDALE DI COMUNITA' CASTEL SAN PIETRO TERME	CASTEL SAN PIETRO T. (BO)	36
Ausl Ferrara	OSCO DI COMACCHIO - STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE	COMACCHIO (FE)	17
	OSCO DI COPPARO - STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE	COPPARO (FE)	14
AUSL Romagna	STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE - OSPEDALE DI COMUNITA'	FORLIMPOPOLI (FC)	28
	OSPEDALE DI COMUNITA' DEL RUBICONE	SAVIGNANO SUL RUBICONE (FC)	12
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI MERCATO SARACENO	MERCATO SARACENO (FC)	4
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI MODIGLIANA	MODIGLIANA (FC)	14
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI BRISIGHELLA	BRISIGHELLA (RA)	18
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI CERVIA	CERVIA (RA)	27
	OSPEDALE DI COMUNITA' DI SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA	SANT'ARCANGELO DI R. (RN)	12
	OSPEDALE DI COMUNITA' DARSENA	RAVENNA	20

Figura 31 – Ospedali di Comunità dell'Emilia-Romagna



1.7.6.3 La rete delle Cure Palliative

In questi anni si è progressivamente, anche se lentamente, diffuso il ricorso all'utilizzo delle cure palliative e dell'hospice per favorire la continuità assistenziale e un supporto attivo per quei pazienti la cui malattia di base è caratterizzata da un'inevitabile evoluzione e da una prognosi infausta, garantendo la migliore qualità di vita possibile.

La qualità delle cure ricevute dai pazienti nel fine vita è da diversi anni un tema rilevante della politica sanitaria regionale e già dal 1994, in attuazione della Legge regionale 29/1994 "Assistenza a domicilio per i malati terminali", la Regione Emilia-Romagna si è data, come obiettivo strategico, la presa in carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione, operando per la definizione e la continua implementazione dei servizi che compongono la rete delle cure palliative. A tal fine, con la Legge 38/2010 e i suoi provvedimenti attuativi, la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (Delibera Giunta regionale n. 560/2015) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (Delibera Giunta regionale del 1770/2016).

1.7.6.4 Il percorso nascita

Percorso nascita è un programma rivolto alle donne in gravidanza, per accompagnarle, dall'inizio della stessa, fino ai primi mesi di vita del bambino o della bambina. Garantisce assistenza ma anche sostegno ed ascolto alla donna e alla coppia. Percorso nascita è un programma del Consultorio Familiare pubblico, in stretta integrazione con i reparti di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali.

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e di riabilitazione in tale ambito, hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. La Regione Emilia-Romagna ha promosso da anni la qualità dell'assistenza al percorso riproduttivo dapprima con la legge regionale n. 27 del 14 agosto 1989 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i

figli” poi con la legge regionale n. 26 dell’11 agosto 1998” Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio”.

Con il Programma Regionale per l’attivazione, la gestione e la riorganizzazione dei Consultori familiari la Regione Emilia-Romagna ha inoltre perseguito l’obiettivo di promuovere pratiche di assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio di provata efficacia, realizzando raccomandazioni cliniche ed individuando azioni per il miglioramento delle pratiche cliniche nei diversi contesti locali.

Il percorso nascita come sopra illustrato è, in termini ante e post, di fatto preparatorio e al contempo complementare al momento del parto. La politica sanitaria della Regione Emilia-Romagna è orientata a garantire le massime condizioni di sicurezza della mamma e del nascituro, in un complessivo e progressivo accentramento delle strutture sanitarie dedicate al parto, dotate di personale sanitario altamente qualificato e di dotazione tecnologiche dedicate per affrontare ogni eventuale situazione di criticità.

1.7.7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

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

Tali percorsi sono rivolti a persone:

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

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

Tale approccio si fonda sulla consapevolezza che la risposta ad un bisogno complesso, come quello sempre espresso dai pazienti cronici e/o fragili, non può che essere offerta da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da soggetti istituzionali diversi, nonché da organizzazioni formali e informali presenti facente parte della comunità.

1.8 La strategia rispetto i bisogni identificati

Con il Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” si è dato avvio alla riforma dell’Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico. Con il DM 77/2022 vengono definiti:

- le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione;
- i parametri di riferimento del personale;

- le modalità organizzative e funzionali;
- gli obiettivi strategici di riferimento,
- la governance del sistema.

Il Distretto sanitario avrà un peso rilevante nella rete dei servizi al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità (CdC) dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana. La CdC rappresenta il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Nella CdC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti della salute e della società civile per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato.

1.8.1 Il nuovo contesto sanitario

A seguito della pandemia di COVID-19 molti sono stati i cambiamenti nella società: a partire dall'economia alla gestione della sanità, agli stili di vita e alle abitudini delle persone.

L'impatto della pandemia sulla sanità è stato ingente, sotto diversi punti di vista. All'inizio della pandemia si è verificata l'emergenza dei posti letto per i pazienti COVID e la ricerca di dispositivi medici che proteggessero gli operatori sanitari dall'infezione. Nei mesi successivi, si è sviluppata sempre più un altro tipo di emergenza ovvero la gestione dei pazienti non-COVID la cui presa in carico è stata rimandata.

Le modalità comunicative delle informazioni durante il lockdown hanno avuto un forte impatto, portando molti pazienti a rimandare il ricorso al personale sanitario o l'accesso alle strutture sia per il mantenimento di condizioni croniche che per la gestione di episodi acuti.

In un contesto del genere, in analogia con le precedenti epidemie di SARS e MERS, si è assistito ad una notevole riduzione del ricorso da parte dei cittadini ai servizi di emergenza/urgenza ospedalieri. Come per la maggior parte delle condizioni patologiche acute che richiedono trattamenti tempo-dipendenti, la riduzione degli accessi per timori legati al contagio ha causato fin dagli esordi della pandemia COVID-19 evidenti ripercussioni. Appare evidente come nella fase iniziale della pandemia vi sia stato un ritardo della presa in carico dei pazienti oncologici e dei pazienti cronici non-COVID.

In generale, sempre più rilevante è il tema dei pazienti cronici con pluripatologie, pazienti complessi per la coesistenza di problematiche non solo sanitarie ma anche sociosanitarie. La riorganizzazione dei posti letto ospedalieri, la durata delle degenze, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'aumento di assistiti soli senza rete familiare o con ridotta possibilità dei famigliari a svolgere funzioni di caregiver, sono aspetti che comporteranno un forte impatto sulla rete dei servizi sanitari.

Nel periodo 2015-2021, è inoltre aumentata l'utenza dei Servizi regionali di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), con incremento dei casi di autismo, dei disturbi del comportamento alimentare e altri disturbi psicopatologici quali le dipendenze patologiche e la salute mentale adulti. È evidente quanto anche la pandemia abbia condizionato negativamente le persone affette da patologie neuropsichiatriche ma non si può, di fatto, escludere quanto le restrizioni imposte possano avere semplicemente slatentizzato condizioni individuali di fragilità psicologica. L'analisi riferita all'anno 2022 ha evidenziato che il tasso di mortalità per disturbi psichici e del comportamento si posiziona al quarto posto tra le cause di decesso.

1.8.2 Analisi delle criticità e dei bisogni

L'attuale situazione sanitaria ha fatto emergere le necessità assistenziali delle persone fragili e con malattie croniche che, per diversi motivi, in molti casi hanno rinunciato alla continuità terapeutica e assistenziale. È necessario considerare la crisi che si è attraversata durante la pandemia come occasione per ripensare radicalmente il modello di assistenza e cura alla cronicità.

L'analisi del contesto ha portato ad individuare questi bisogni sanitari:

- appropriato e fruibile accesso alle cure ospedaliere per livelli diversi di specializzazione in ambiente nosocomiale con standard omogenei di accoglienza e comfort;
- continuità assistenziale con percorsi di cura integrati ospedale-territorio;
- presa in carico dei pazienti favorendo la prossimità delle cure attraverso un efficace servizio di continuità diurna dell'assistenza;
- diagnosi e cure efficaci anche attraverso tecnologie sicure e performanti
- erogazioni di prestazioni sanitarie in condizioni di sicurezza attraverso il miglioramento e l'adeguamento normativo delle strutture e degli impianti;
- capacità di risposta e gestione delle emergenze di origine infettiva, alimentare o da fenomeni naturali o provocati
- soluzioni flessibili ed istantanee oppure di natura impiantistica che consentano di aumentare la capacità di isolamento nelle strutture sanitarie per i pazienti affetti da malattie trasmissibili;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Con l'obiettivo di dare risposte efficaci la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un processo di profonda innovazione e di riorganizzazione del proprio sistema per adeguare l'offerta dei servizi e migliorare la qualità assistenziale, fornendo risposte adeguate in coerenza con i nuovi dettami normativi.

Gli effetti della pandemia hanno evidenziato una significativa criticità per le strutture sanitarie ovvero l'insufficiente pronta disponibilità di aree destinate all'isolamento respiratorio a fronte di una massiva accoglienza di pazienti affetti da malattie trasmissibili. Per tali motivi, si rendono necessarie soluzioni che permettano alle strutture sanitarie di adeguarsi prontamente, di volta in volta, alla necessità assistenziali del momento e che siano funzionali alle organizzazioni sanitarie garantendo la sicurezza delle cure.

In tema di prevenzione, risulta importante garantire la partecipazione della comunità alle iniziative di sostegno e promozione della salute, con attenzione particolare al contrasto delle disuguaglianze socio-sanitarie che si possono osservare nei vari ambiti territoriali.

1.8.3 La strategia

L'obiettivo strategico è il consolidamento di un sistema sanitario regionale che vuole essere al tempo stesso universale (per garantire equo accesso ai servizi) e locale (per soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità).

Garantire risposte personalizzate e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione.

Il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti i soggetti che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza apportano un contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.

In altre parole, questo processo condiviso consente la revisione della composizione e dislocazione dei servizi sanitari in un contesto di migliore "accettabilità sociale".

A questo fine il Piano sociale e sanitario 2017-2019 e il suo aggiornamento sviluppano l'integrazione a livello di programmazione, di valutazione, di organizzazione e di erogazione dei servizi sanitari sociosanitari e sociali, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

L'integrazione si sviluppa, a livello istituzionale:

- nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria e nel Comitato di Distretto, organi di raccordo tra Enti locali e Aziende sanitarie, per il governo di funzioni e servizi sanitari e sociosanitari;
- nelle forme associative tra Enti locali, per il governo e l'erogazione dei servizi sociali;
- negli accordi gestionali tra Comuni e Aziende USL con la costituzione di nuovi organi, gli Uffici di piano, per la programmazione e l'erogazione di servizi in ambito distrettuale;
- nella "cabina di regia", istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie.

Inoltre, l'integrazione si sviluppa con l'Università, istituzione essenziale per quanto riguarda la ricerca, la formazione e l'innovazione nei servizi, attraverso la Conferenza Regione-Università.

Per le considerazioni sopra esposte sede elettiva della integrazione diventa il Distretto sanitario. Il Piano sociale e sanitario 2017-2019 e il suo aggiornamento pongono al centro del governo territoriale il Distretto che, nell'ambito delle politiche regionali per la salute, ha il compito di:

- rispondere ai mutamenti dei bisogni di salute della popolazione determinati da cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici;
- sviluppare ulteriormente la rete dei servizi, con capacità di risposte multidisciplinari attraverso l'integrazione tra professionisti.

In ambito regionale l'accesso del cittadino ai servizi per le necessità non urgenti avviene, quindi, attraverso il Dipartimento delle Cure Primarie: è in questo punto del sistema che è necessario concentrare l'attenzione per migliorare i percorsi assistenziali di presa in carico. Contestualmente, l'area delle Cure Primarie deve coordinarsi con i servizi sociali degli Enti locali e l'area dell'Assistenza Ospedaliera al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse ai diversi gradi di non autosufficienza.

Nell'ambito del Distretto, all'interno delle CdC ruolo strategico per l'attività di prevenzione lo assume il Dipartimento di Sanità Pubblica attraverso le attività ambulatoriali inerenti la profilassi delle malattie infettive, la medicina del lavoro (sorveglianza ex esposti amianto DGR 1410/2018, commissioni ex art.41 del D.Lgs 81/08), la nutrizione e dietetica nonché Servizi veterinari orientati a garantire la salute degli animali da affezione, Servizi di Centri Antifumo, momenti di comunità per la promozione di sani stili di vita, su tematiche riguardanti il rapporto ambiente e salute, ecc..

Il crescente ricorso a modalità a distanza per la gestione delle patologie e delle terapie farmacologiche rappresenta uno degli elementi che hanno contraddistinto l'ultimo anno di pandemia e che diventerà un aspetto rilevante anche per il futuro. In tale contesto, la telemedicina può rappresentare un approccio innovativo alla pratica sanitaria che consente l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Il servizio di telemedicina rappresenta un'opportunità importante nell'ambito della cura, del monitoraggio, della prevenzione secondaria, della diagnosi e della riabilitazione della persona assistita all'interno della rete ospedale-territorio.

1.8.3.1 La riforma del sistema dell'emergenza-urgenza

Particolare rilievo assume nel contesto del servizio Sanitario regionale la riforma del sistema dell'emergenza-urgenza.

La nota carenza di personale sanitario e l'incremento della domanda, tuttavia contestuale alla riduzione dei casi critici in termini di emergenza-urgenza, da un lato, la disponibilità di tecnologie innovative, le competenze avanzate del personale e l'avvio del sistema 112 in questa Regione collocano la riforma del sistema dell'emergenza-urgenza, in continuità con le previsioni del PNRR e del DM 77/2022 tra le sfide più importanti.

Tale riorganizzazione si fonda su tre grandi azioni:

- Potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118
- Istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117
- Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali

Per quanto riguarda il sistema dell'emergenza-urgenza preospedaliera-118 in Regione Emilia-Romagna, l'esperienza trentennale del sistema 118 e i positivi risultati ottenuti consentono oggi di progettare e pianificare una riorganizzazione significativa del modello per meglio affrontare le esigenze della popolazione alla luce del mutato contesto epidemiologico, sociale e professionale.

In questo contesto, l'istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 per le cure mediche non urgenti, con la programmazione di 3 Centrali operative 116117 (in stretta relazione e contiguità con le 3 Centrali 118 esistenti) ha l'obiettivo di affrontare la non emergenza non come semplice instradamento delle richieste verso operatori sul territorio, ma come razionalizzazione di interventi e di risorse.

Il modello organizzativo porterà alla valorizzazione di tutte le competenze professionali e permetterà di realizzare una rete interdipendente, diversificando anche le tipologie di risposte sociosanitarie a seconda del livello crescente di organizzazione del territorio.

Per quanto riguarda la rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera regionale è attualmente composta da 54 strutture: 12 DEA 2, 8 DEA 1, 19 PS e 15 PPI.

Il sistema dell'emergenza-urgenza è oggetto da diversi anni di interventi normativi da parte della Regione Emilia-Romagna, che sono stati mirati al complessivo progresso delle performance dei DEA e Pronto Soccorso (DGR 1129/2019).

Tra le azioni di miglioramento, è stata prevista la definizione di percorsi alternativi all'interno dell'area ospedaliera, quali fast track, see and treat, l'apertura di ambulatori a bassa criticità/bassa complessità. Contemporaneamente sono stati adottati provvedimenti specifici quali l'introduzione di sistemi innovativi per la gestione del sovraffollamento (DGR 1827/2017), l'introduzione di un nuovo sistema di Triage (DGR 1230/2021). È inoltre stata coinvolta la medicina generale per il sostegno nell'ampliamento delle fasce orarie di accessibilità dei medici organizzati in forme associative.

Il raggiungimento degli obiettivi preposti, tuttavia, è stato ostacolato dall'impatto della pandemia Covid-19, dalla carenza di personale che affligge in particolare le categorie professionali impegnate nell'ambito dell'emergenza-urgenza e dalla risposta, a volte insufficiente e disarticolata, dell'Assistenza Primaria.

L'analisi della casistica degli ultimi 5 anni ha infatti evidenziato come la maggioranza degli accessi in Pronto Soccorso, il 63% circa, non esiti in ricovero, quindi sia potenzialmente reindirizzabile a strutture territoriali a più bassa complessità organizzativa.

La riorganizzazione dell'emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera, anche alla luce delle nuove opportunità date dall'attuazione del DM 77/2022, si rende necessaria per decodificare la domanda di salute in crescita dei cittadini e accoglierla nel setting più appropriato rispetto al bisogno espresso, a fronte dell'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Attualmente, infatti, la discrepanza tra le dotazioni di personale disponibili nel settore dell'emergenza-urgenza e l'aumentata pressione sui pronto soccorso, produce un disallineamento dell'offerta di servizi rispetto alla domanda della popolazione, rendendo necessaria una risposta di maggiore prossimità e sostenibilità.

La necessaria rimodulazione dei nodi della rete dell'emergenza-urgenza si basa dunque sulla separazione dei flussi e sulla ridefinizione delle strutture idonee alla gestione dei differenti bisogni: emergenze-urgenze indifferibili e urgenze differibili, progressivamente intermedie dagli operatori del Sistema 118 e del NEA 116117.

Le strutture per la gestione dell'emergenza-urgenza indifferibile, per la presa in carico delle patologie complesse e tempo dipendenti, con alto livello di complessità organizzativa e tecnologica, restano gli Ospedali con DEA II o DEA I livello H24, in questo contesto si inserisce la realizzazione del "nuovo Polo dell'emergenza" presso l'ospedale Maggiore di Parma. Verso queste strutture l'accesso dovrà avvenire previo contatto telefonico 118 o NEA 116117, mentre l'autopresentazione senza intermediazione, appurato il carattere di non emergenza, sarà riorientata e disincentivata.

La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale verrà invece garantita all'interno dei Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU) presenti nell'ambito della rete, collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello oppure presso sedi di forme aggregative strutturate della medicina generale purché con standard organizzativi e professionali omogenei, dove vengono impiegati medici del ruolo unico a ciclo orario e subordinatamente e volontariamente medici di ruolo unico a ciclo di scelta.

La dislocazione dei punti terrà conto della ridefinizione dei punti di continuità assistenziale, della analisi della casistica e del bacino d'utenza di riferimento in seguito alla programmazione regionale ed al confronto con le CTSS. Le funzioni dei CAU riassorbiranno integrando tutte le prestazioni che, seppur intercettando un bisogno in acuto, sono a bassa complessità clinica ed assistenziale attualmente erogate nei punti di primo intervento, pronto soccorso oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, avranno il compito di garantire una risposta appropriata e tempestiva, anche grazie ad una presenza infermieristica dedicata.

I CAU saranno in diretto collegamento con i DEA di riferimento e si integreranno nella rete dei servizi territoriali, potranno essere ad accesso diretto favorendo tuttavia un progressivo utilizzo del NEA 116117, prevedendo anche l'erogazione di interventi domiciliari urgenti a cura di equipe medico-infermieristiche che possono operare direttamente al domicilio del paziente (UCA).

Parte integrante della riorganizzazione sarà l'adozione di piattaforme di telemedicina anche con funzione di risposta a chiamate per cure mediche e di raccordo con i servizi di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza.

Il processo di riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale passerà attraverso una campagna di comunicazione volta ad informare i cittadini circa le nuove modalità ed i servizi erogati dalle strutture. È obiettivo della regione porre particolare enfasi sull'utilizzo del NEA 116117 in modo da garantire una più corretta e tempestiva risposta ai bisogni dei cittadini, supportando ogni decisione con evidenze scientifiche e costante analisi della reportistica dei flussi informativi regionali.

2. Gli obiettivi e la coerenza interna dell'Accordo di Programma

2.1 Gli obiettivi del Programma

Sulla base delle indicazioni strategiche riscontrabili nel Piano sociale e sanitario 2017-2019 e nel suo aggiornamento e definiti i bisogni sanitari, si è potuto delineare il contesto sociosanitario regionale e quindi giungere all'identificazione degli obiettivi del Programma.

Ulteriore elemento di cui ci si è avvalsi nel processo di identificazione degli obiettivi del Programma, è stato il criterio di priorità di attuazione degli interventi.

Il criterio di priorità ha trovato un costante riferimento oltre che nel richiamato Piano sociale e sanitario anche nella programmazione triennale dei piani di investimento che le Aziende sanitarie devono predisporre per rispondere ai bisogni sanitari locali oltre che ad offrire maggiori standard di sicurezza al patrimonio edilizio esistente.

Gli obiettivi del Programma possono essere sinteticamente declinati con una logica "a catena" in:

- obiettivo generale, richiamante il principio ispiratore fondamentale; di fatto l'architrave sulla quale si sviluppa il Programma;
- obiettivi specifici, relazionati alle macroaree dei bisogni; danno conto del soddisfacimento dei bisogni rilevati a livello locale;
- obiettivi operativi, ovvero la realizzazione degli interventi progettuali previsti nel Programma, che diventano strumenti concreti per la veicolazione dell'offerta sanitaria finalizzata alla risposta dei bisogni delle comunità locali.

2.1.1 Obiettivo generale

Obiettivo generale di questo Programma è contribuire all'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale attraverso il mantenimento e il miglioramento di un Servizio sanitario regionale che deve essere al contempo universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità.

2.1.2 Obiettivi specifici

L'obiettivo generale sopra richiamato riassume gli obiettivi specifici che con questo Programma si intendono raggiungere. Gli obiettivi specifici fanno riferimento a macroaree del Programma che, in ragione della similarità e della prevalenza tipologica, raggruppano più interventi.

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

- la realizzazione del nuovo ospedale di Carpi, tassello importante nel rinnovamento funzionale dei nosocomi regionali in coerenza con la mission dell'ospedale che vede questa struttura sempre più orientata al trattamento delle acuzie. Al contempo l'intervento permetterà di assolvere agli obblighi di adeguamento alle norme di prevenzione incendi ed adeguamento sismico;
- la realizzazione del Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore di Bologna che insieme al completamento del Materno Infantile di Reggio Emilia (MIRE) consente alla rete ospedaliera regionale di avere strutture altamente qualificate nell'area ostetrico-ginecologica e pediatrica, anche in una visione complessiva di accentramento delle strutture sanitarie dedicate al parto;
- la realizzazione del Polo dell'Emergenza dell'ospedale Maggiore di Parma che andrà a migliorare significativamente la qualità delle risposte alle patologie tempo dipendenti dei cittadini della provincia di Parma;
- il miglioramento/adeguamento sismico, la messa a norma per gli aspetti di prevenzione incendi e la contestuale, laddove opportuna, riqualificazione funzionale di strutture nosocomiali della rete ospedaliera;
- l'ammodernamento per sostituzione di tecnologie biomediche dell'area chirurgica, dell'area critica e dell'area specialistica ambulatoriale con l'obiettivo primario di garantire ai cittadini/pazienti diagnosi e cure più efficienti e sicure;

2.1.3 Obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi sono il prodotto sia dell'analisi di contesto che evidenzia i bisogni sanitari e socio-sanitari sia della strategia adottata per rispondere a tali bisogni in coerenza con l'obiettivo generale.

Il prospetto seguente (Tabella 30) raggruppa per obiettivo specifico, secondo il criterio della prevalenza, gli obiettivi operativi del Programma allo scopo di evidenziarne la logica a catena che li lega tra loro. Le "Schede tecniche interventi progettuali" sono riportate in elenco al capitolo 6.

Tabella 30 - Interventi raggruppati per obiettivo specifico prevalente

Int.	Azienda	Titolo intervento – obiettivo operativo	Obiettivo specifico
APE 2	AUSL PR	Miglioramento sismico Corpo B Ospedale di San Secondo	Miglioramento sismico ed adeguamento funzionale/normativo
APE 3	AUSL PR	Ospedale Borgo Val di Taro - Miglioramento sismico Corpo 5-6	
APE 11	AOSP MO	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena	
APE 14	AUSL BO	Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macrovulnerabilità locali	
APE 19	AUSL FE	Ospedale di Cento - Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma	
APE 9	AUSL MO	Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi	Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi
APE 5	AOU PR	Realizzazione nuovo Polo dell'Emergenza	Realizzazione Polo Emergenze
APE 7	AUSL RE	Nuovo Edificio ospedaliero Maternità Infanzia - MIRE - 2° stralcio - lavori di completamento edile ed impiantistico	Realizzazione/completamento strutture destinate a Maternità
APE 13	AUSL BO	Realizzazione del Polo Materno-Pediatrico presso l'Ospedale Maggiore	
APE 1	AUSL PC	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	Rinnovo tecnologie biomediche
APE 4	AUSL PR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	
APE 6	AOU PR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	
APE 8	AUSL RE	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	
APE 15	AUSL BO	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	
APE 16	AOU BO	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	
APE 17	IOR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	
APE 18	AUSL IMOLA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica	
APE 20	AUSL FE	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	
APE 21	AOU FE	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	
APE 22	AUSL ROMAGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	

2.2 L'offerta post operam

La realizzazione degli interventi previsti dal Programma contribuirà alla modifica e al potenziamento dell'offerta sanitaria completandone e migliorandone alcuni aspetti.

In particolare, a seguito della realizzazione degli interventi previsti dal Programma si avrà, in relazione agli obiettivi specifici richiamati al paragrafo "2.1.1 - La catena degli obiettivi":

- Realizzazione del nuovo Ospedale di Carpi;
- Intervento per la realizzazione del Polo Materno Pediatrico di Bologna e completamento del nuovo Edificio ospedaliero Maternità Infanzia di Reggio-Emilia, infine la realizzazione del nuovo Polo dell'Emergenza di Parma;
- Interventi di miglioramento sismico e di riqualificazione funzionale e messa a norma delle strutture sanitarie esistenti, privilegiando le norme di prevenzione sismica e di prevenzione incendi; proseguimento dell'obiettivo di implementazione delle condizioni di sicurezza del patrimonio ospedaliero esistente al fine di garantire maggiori standard per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Rinnovo delle tecnologie biomediche finalizzato a qualificare ulteriormente le performance aziendali: rinnovo delle apparecchiature sanitarie volto al miglioramento dell'assistenza in termini di sicurezza ed efficienza dei processi diagnostico-terapeutici.

2.2.1 Gli aspetti strutturali

Gli interventi che impattano sul patrimonio del servizio sanitario regionale dal punto di vista strutturale sono 9, in particolare:

- n. 3 destinati a nuove realizzazioni tra cui un nuovo ospedale (ospedale di Carpi);
- n. 1 destinato al completamento di una struttura ospedaliera;
- n. 5 per interventi di miglioramento sismico e/o messa a norma di strutture ospedaliere esistenti.

L'analisi dell'offerta post operam permette la rappresentazione di un quadro di sintesi (Tabella 31, Tabella 32) che evidenzia la ripartizione degli interventi, suddivisi per obiettivi specifici, secondo varie tipologie (nuova costruzione, completamento ed interventi di miglioramento sismico e messa a norma) e fornisce alcuni parametri geometrico-funzionali.

Legenda dello stato progettazione (Tabella 31, Tabella 32)

SF	=	Studio di Fattibilità
PFTE	=	Progetto di Fattibilità Tecnica Economica
PE	=	Progetto Esecutivo
PF	=	Piano di Fornitura

Negli interventi di questo Programma saranno oggetto di attenzione quegli elementi che rivestono importanza nella rimodulazione dell'offerta sanitaria e che comunemente vengono ricapitolati nelle *soft qualities*.

Tali elementi contribuiscono alla cosiddetta umanizzazione delle strutture sanitarie, attribuiscono un ruolo centrale al paziente e alla sua percezione dei fattori caratterizzanti i luoghi di cura. L'obiettivo è quindi

attenuare la caratterizzazione dell'ospedale come esclusivo luogo di cura, creando un contesto confortevole, accogliente, aperto alle relazioni ed in grado di favorire il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori.

Gli strumenti operativi per raggiungere l'obiettivo sono lo studio della tonalità del colore, la scelta dei corpi illuminanti e del tipo di luce, gli arredi e la loro composizione.

Tabella 31 - Quadro di sintesi, relativa agli interventi strutturali, dell'offerta post operam rispetto ad alcuni parametri geometrico-funzionali (superficie e posto letto interessati dall'intervento)

Obiettivo specifico	N. Int.	Azienda	Titolo intervento – obiettivo operativo	Tipo	Livello Prog	Superfici (mq)	Posti letto (n.)
Miglioramento sismico ed adeguamento funzionale/normativo	APE 2	AUSL PR	Miglioramento sismico Corpo B Ospedale di San Secondo	Miglioramento sismico e messa a norma	PE	6.527	0
	APE 3	AUSL PR	Ospedale Borgo Val di Taro - Miglioramento sismico Corpo 5-6	Miglioramento sismico e messa a norma	SF	5.114	28
	APE 11	AOSP MO	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena	Miglioramento sismico e messa a norma	SF	3.911	37
	APE 14	AUSL BO	Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macrovulnerabilità locali	Miglioramento sismico e messa a norma	PFTE	6.525	0
	APE 19	AUSL FE	Ospedale di Cento - Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma	Miglioramento sismico e messa a norma	SF	15.330	0
Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi	APE 9	AUSL MO	Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi	Nuova costruzione	PFTE	47.050	259
Realizzazione/completamento strutture destinate a Maternità ed Emergenze	APE 5	AOU PR	Realizzazione nuovo Polo dell'Emergenza	Nuova costruzione	SF	7.771	36
	APE 7	AUSL RE	Nuovo Edificio ospedaliero Maternità Infanzia - MIRE - 2° stralcio - lavori di completamento edile ed impiantistico	Completamento	PE	12.050	100
	APE 13	AUSL BO	Realizzazione del Polo Materno-Pediatrico presso l'Ospedale Maggiore	Nuova costruzione	SF	15.500	90

2.2 Le tecnologie biomediche

Gli interventi dedicati alle sole Tecnologie Biomediche sono 13, per una quota del finanziamento pari a 10.000.000 €. Per ogni singolo intervento è presente il relativo Piano di Fornitura (PF).

OBIETTIVO SPECIFICO	NUMERO INTERVENTO	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	RISORSE STATALI (€)	RISORSE REGIONALI 5% (€)	TOTALE
Tecnologie Biomediche	APE 1	AUSL PIACENZA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	627.000 €	33.000 €	660.000 €
	APE 4	AUSL PARMA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	475.000 €	25.000 €	500.000 €
	APE 6	AOU PARMA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	665.000 €	35.000 €	700.000 €
	APE 8	AUSL REGGIO EMILIA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	921.500 €	48.500 €	970.000 €
	APE 10	AUSL MODENA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	617.500 €	32.500 €	650.000 €
	APE 12	AOU MODENA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	950.000 €	50.000 €	1.000.000 €
	APE 15	AUSL BOLOGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	950.000 €	50.000 €	1.000.000 €
	APE 16	AOU BOLOGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica	522.500 €	27.500 €	550.000 €
	APE 17	IOR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	541.500 €	28.500 €	570.000 €
	APE 18	AUSL IMOLA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica	665.000 €	35.000 €	700.000 €
	APE 20	AUSL FERRARA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	475.000 €	25.000 €	500.000 €
	APE 21	AOU FERRARA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	475.000 €	25.000 €	500.000 €
	APE 22	AUSL ROMAGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale	1.615.000 €	85.000 €	1.700.000 €
				9.500.000 €	500.000 €	10.000.000 €

Tabella 32 - Quadro di sintesi, relativa agli interventi tecnologici, dell'offerta post operam

Il comun denominatore di tali interventi è che sono dedicati interamente al rinnovo tecnologico ovvero alla sostituzione di tecnologie esistenti da dismettere, contribuendo così al mantenimento/miglioramento dell'età media del parco tecnologico. La sostituzione di tecnologie obsolete implica sempre uno o più dei seguenti aspetti:

- limitare i tempi di indisponibilità della tecnologia per manutenzione;
- ottimizzare i flussi di lavoro;
- migliorare la sicurezza del paziente e degli operatori;
- diminuire i costi di gestione della tecnologia in rapporto alla sua produttività.

Sotteso agli aspetti riportati in elenco vi è l'obiettivo, ancora più rilevante, consistente nel contributo alla riduzione delle liste di attesa.

Le quote di finanziamento sono così suddivise in base alla classificazione di intervento relativo all'area di interesse, ovvero:

- 60% (pari a 6.000.000 €) dedicati alle tecnologie in area chirurgica;
- 25% (pari a 2.500.000 €) dedicati alle tecnologie diagnostiche per bioimmagini in area critica;
- 15% (pari a 1.500.000 €) dedicati alle tecnologie in area specialistica ambulatoriale.

Essendo gli interventi finalizzati al rinnovo tecnologico non sono previsti sostanziali incrementi degli oneri relativi agli aspetti gestionali delle tecnologie nel ciclo di vita delle stesse (né per gli oneri manutentivi né per il materiale di consumo/usurabile).

Il rinnovo tecnologico, oggetto degli interventi di questo Programma, non riguarda installazioni di tecnologie fisse e non sono dunque previsti oneri per lavori di adeguamento di natura edile/impiantistica dei locali.

Sempre in virtù della natura degli interventi non è prevista la necessità di incremento di risorse del personale; per tutte le tecnologie introdotte sarà previsto, in fase di installazione e collaudo, un percorso di formazione e aggiornamento rivolto al personale utilizzatore.

2.2.3 Le tecnologie informatiche

In questo Accordo di Programma non rientrano interventi relativi all'ICT perché tali interventi sono ricompresi nella component 2 del PNRR.

Al paragrafo 3.3 vengono richiamate le Centrali Operative Territoriali la cui realizzazione richiede oltre interventi strutturali, anche una dotazione di device di natura biomedicale e le necessarie interconnessioni informatiche che garantiscano l'interoperabilità tra i sistemi. Le Centrali Operative Territoriali sono strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Sono previsti in ambito ICT a livello aziendale interventi per attuare la transitional care delle fragilità attraverso la connessione dei nodi della rete delle cure intermedie (Ospedali di comunità (OdC), Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), abilitando e facilitando le connessioni tra professionisti e il percorso dei pazienti tra luoghi di cura differenti.

Di seguito un quadro di sintesi dell'offerta post operam relativamente agli interventi tecnologici nelle COT.

	Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione
Ausl PC	204.879,12 €
Ausl PR	325.226,71 €
Ausl RE	380.320,86 €
Ausl MO	506.615,45 €
Ausl BO	634.760,18 €
Ausl Imola	85.646,72 €
Ausl FE	246.087,14 €
Ausl Romagna	804.679,45 €

Figura 32 - Quadro di sintesi degli interventi tecnologici

2.3 Coerenza interna della strategia

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

L'analisi evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità hanno definito un Programma che, attraverso la declinazione degli obiettivi specifici, assicura l'equilibrio tra interventi sull'area ospedaliera trovando i fattori comuni:

- nella presa in carico del paziente per le patologie tempo dipendenti e per le situazioni medico chirurgiche più gravi;
- nella completezza e sicurezza del percorso nascita;
- nell'ammmodernamento tecnologico delle apparecchiature sanitarie con l'obiettivo, tra altri, di riduzione delle liste d'attesa;
- nel miglioramento strutturale, nella rifunzionalizzazione degli spazi di alcune strutture ospedaliere migliorandone sia la sicurezza che il confort.

Il risultato conseguito può essere valutato sia sotto il profilo dell'apporto degli interventi raggruppati in macroarea al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale, sia in termini propriamente quantitativi di incidenza percentuale delle macroaree di intervento sull'importo finanziario complessivo del Programma.

I grafici sotto riportati illustrano l'incidenza percentuale sul Programma del fabbisogno finanziario per obiettivi specifici, per categorie e per tipologia di intervento. Queste rappresentazioni danno conto, tra l'altro, delle sottese relazioni di equilibrata complementarità tra gli obiettivi specifici, le categorie e le tipologie di intervento del Programma.

Tabella 33 - Fabbisogno finanziario per obiettivi specifici

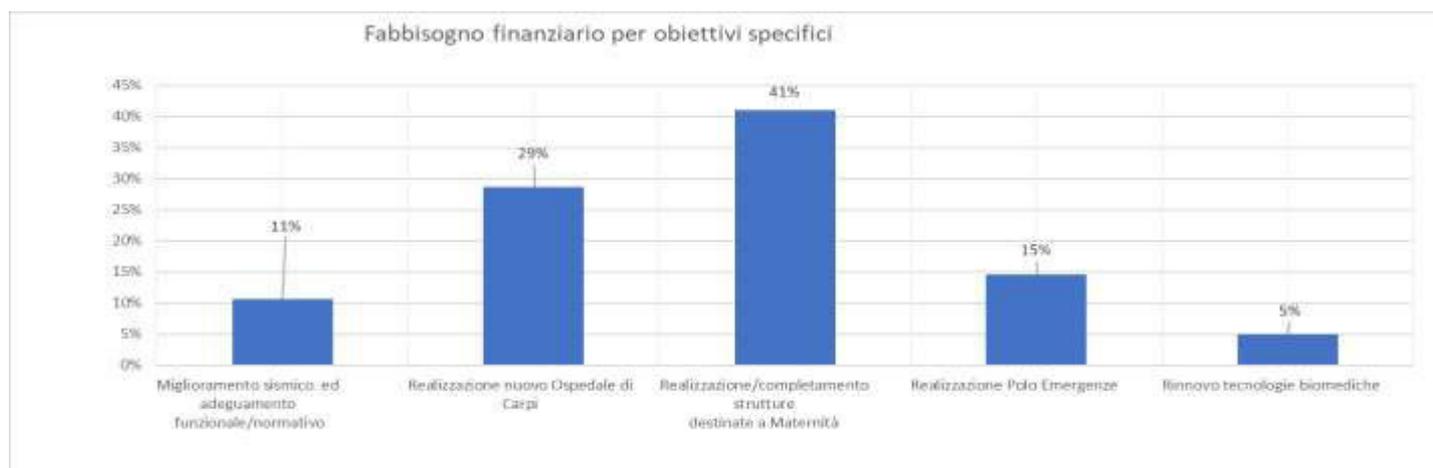


Tabella 34 - Fabbisogno finanziario per tipologie



I fattori comuni e le equilibrate relazioni di complementarità del fabbisogno finanziario sono i punti di forza di questo Programma, accanto ai quali però può essere intravisto un punto di debolezza ovvero il finanziamento tramite Partenariato Pubblico Privato del nuovo ospedale di Carpi. La causa del fattore di debolezza deriva principalmente “dall’originalità” del percorso tecnico amministrativo per l’Azienda USL di Modena e per la tecnostruttura regionale. L’opportuno monitoraggio durante la fase attuativa del Programma potrà permettere di contenere le situazioni di criticità derivanti da questo punto di debolezza.

La metodologia SWOT (strenghts-weakness-opportunities-threats), rappresentata nel prospetto sotto riportato, ha consentito di effettuare l’analisi di rischio per il Programma nella sua complessità.

Tabella 35 - Analisi punti di forza, punti di debolezza, opportunità e rischi del Programma

	S. Forza	W. Debolezza
Interni	<p>Coerenza del Programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Complementarità con interventi del PNRR/PNC</p> <p>Rispondenza del Programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Condivisione e adesione agli obiettivi del Programma da parte delle Conferenze territoriali socio-sanitarie.</p>	<p>Gestione procedure tecnico amministrative per finanziamento nuovo ospedale di Carpi con Partenariato Pubblico Privato</p>
	O. Opportunità	T. Rischi
Esterni	<p>Migliorare la presa in carico del paziente per le patologie tempo dipendenti</p> <p>Migliorare il percorso nascita in termini di sicurezza del parto</p> <p>Migliorare gli esami diagnostici in termini di maggiore efficienza e sicurezza per il paziente</p>	<p>Aumento Quadri Economici interventi causa rincaro prezzi</p> <p>Rispetto vincoli normativi (30 mesi) per progettazione per gli interventi più rilevanti</p>

3. La coerenza esterna dell'Accordo di Programma

Nei successivi paragrafi si verifica come le linee di intervento previste dal presente Programma possano essere perimetrare, anche in termini di complementarità, negli indirizzi dettati dalle politiche nazionali e regionali, ed in particolare con le norme richiamate nel capitolo introduttivo "Riassunto esplicativo del Programma" (v. paragrafo "Quadro normativo").

3.1 La coerenza del Programma con le politiche nazionali e regionali

Le indicazioni normative nazionali e regionali di riferimento rispetto alle quali si esamina la coerenza del programma sono rappresentate dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 sugli standard relativi all'assistenza ospedaliera.

Inoltre, si confrontano i contenuti del presente programma con la pianificazione regionale in materia di salute, rappresentata dal Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 e i successivi aggiornamenti.

In particolare, a dimostrazione della coerenza del Programma con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, si richiamano i seguenti contenuti:

- l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie basato sulla definizione di un sistema di relazioni formali e sostanziali che regolano il funzionamento del modello hub-spoke e lo connettono con le funzioni territoriali, in linea con gli interventi di potenziamento delle tecnologie biomediche previste dal Programma e con la realizzazione delle Case della Comunità nell'ambito del PNRR;
- l'innalzamento degli standard tecnologici e di accoglienza delle strutture sanitarie, nonché il miglioramento continuo dell'integrazione delle attività svolte all'interno di ciascuna struttura, con gli interventi di adeguamento funzionale e normativo, che proseguono il percorso di razionalizzazione degli spazi e dei percorsi fisici e organizzativi per l'erogazione dei servizi sanitari.

Va inoltre richiamato che questo programma di interventi è coerente con gli indirizzi normativi nazionali in materia di prevenzione incendi e di miglioramento e (ove possibile) adeguamento sismico: ogni intervento strutturale ed impiantistico rispetterà i requisiti cogenti definiti dalla normativa.

3.2 Rappresentazione e correlazione dei precedenti programmi di investimento regionali finanziati con fondi ex art. 20 e il presente Programma

Ad oggi, le risorse finanziarie previste dall'art. 20 della L. n. 67/1988, programmate dalla Regione Emilia-Romagna per la realizzazione di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammontano complessivamente ad oltre 1 miliardo e 564 milioni di euro (esclusi finanziamenti oggetto del presente Accordo di Programma V fase).

Per l'utilizzo di tali finanziamenti la Regione ha predisposto un proprio Programma di investimenti articolato in diverse fasi di attuazione (I, II, III, IV e V Fase).

I Fase

Il Programma di interventi relativo alla prima fase, convenzionalmente definita primo triennio, è stato approvato con Deliberazione di Consiglio Regionale 454/1991.

Il Programma si componeva di n. 131 interventi (di cui 56 destinati a strutture sanitarie e 75 a strutture sociosanitarie), finanziati tramite risorse statali ex art. 20 per complessivi € 299.336.387,49, integrate da un finanziamento regionale pari a € 24.540.318,24 dei quali: € 15.759.518,10 (5%) e 8.780.800,14 (FSN).

Questi interventi, sulla base delle indicazioni programmatiche nazionali e regionali, furono finalizzati principalmente alla riqualificazione della rete ospedaliera anche attraverso la realizzazione di nuovi ospedali e la riorganizzazione funzionale di quelli esistenti, e al completamento della rete dei servizi per anziani non autosufficienti e disabili.

Tutti gli interventi della prima fase sono conclusi.

II Fase

La seconda fase di attuazione del Programma regionale di investimenti in sanità è stata approvata con Deliberazione di Consiglio Regionale 726/1997 e successive modificazioni.

La programmazione degli interventi fu definita tenendo conto:

- degli obiettivi previsti dal Ministero, tra i quali veniva indicato come prioritario il completamento delle opere già iniziate con i finanziamenti stanziati del primo triennio;
- della vigente programmazione regionale volta in quegli anni principalmente all'attuazione del processo di de-ospedalizzazione per una graduale riduzione dell'incidenza del ricovero ospedaliero.

La seconda fase di attuazione del Programma regionale è stata finanziata in due stralci. Un primo stralcio finanziario, denominato "anticipazione della Seconda fase", prevedeva 19 interventi da realizzarsi tramite il finanziamento statale di € 179.895.882,28 e il finanziamento regionale di € 9.468.204,33.

Il secondo stralcio con un finanziamento statale pari a € 467.223.579,37 e un finanziamento regionale pari a € 24.592.128,10 è stato impegnato per la realizzazione di ulteriori 123 interventi (dei quali 60 destinati a strutture sanitarie e 63 a strutture sociosanitarie). Per l'attuazione di tali interventi fu siglato nel dicembre del 1999 il primo Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari con il Ministero della Sanità ed il Ministero dell'Economia.

Tutti gli interventi della seconda fase sono conclusi.

Con l'attuazione della prima e seconda fase i principali risultati raggiunti, in termini di impatto sul patrimonio strutturale e sull'offerta dei servizi assistenziali, possono essere sinteticamente individuati nella:

- realizzazione di 8 nuovi Ospedali: Ospedale di Fidenza (PR), Ospedale di Sassuolo (MO), Ospedale di Baggiovara (MO), Ospedale di San Giovanni in Persicelo (BO), Ospedale di Porretta Terme (BO), Ospedale di Lagosanto (FE), Ospedale di Cona (FE) e Ospedale di Forlì (FC), a fronte della disattivazione e/o riconversione di 36 stabilimenti ospedalieri per i quali la loro ristrutturazione è stata giudicata diseconomica;
- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- miglioramento strutturale ed impiantistico con conseguente innalzamento degli standard qualitativi relativi al comfort ospedaliero.

III Fase

La terza fase di attuazione del Programma di investimenti in sanità ha preso avvio a seguito dell'approvazione della Legge Finanziaria 2001 che ha incrementato per oltre 2 miliardi di euro le risorse stanziare dall'art. 20. Con le delibere Cipe 64/2002 e 63/2004, relative alla ripartizione di tali risorse

aggiuntive, è stato assegnato alla Regione Emilia-Romagna il finanziamento statale complessivo pari a 109.095.763,00

Con deliberazione del Consiglio regionale n. 483/2003 sono stati individuati gli interventi relativi a questa terza fase e gli obiettivi specifici ai quali orientare la loro realizzazione:

- completamento delle opere già iniziate con i finanziamenti previsti nell'Accordo di programma del 1999;
- adeguamento normativo delle strutture sanitarie in tema di sicurezza, prevenzione incendi ed accreditamento.

Per la realizzazione di tali interventi sono stati stipulati 3 specifici Accordi di Programma:

- Accordo di Programma Stralcio sottoscritto nel 2004, costituito da 11 interventi finanziati per € 53.662.657,14 con fondi statali e per € 8.140.056,56 con fondi regionali. Tutti gli interventi dell'Accordo di Programma 2004 risultano conclusi.
- Accordo di Programma finalizzato alla realizzazione del nuovo Pronto soccorso presso l'ospedale Maggiore di Parma a seguito della individuazione in quella città della sede dell'autorità europea per la sicurezza alimentare, finanziato per € 10.000.000,00 con fondi statali e per € 4.000.000,00 con fondi della Regione. L'intervento è concluso.
- Accordo di Programma Integrativo, siglato nel novembre 2007, costituito da 8 interventi finanziati con fondi statali per € 45.433.105,86 e per € 3.494.175,81 con fondi della Regione. Tutti gli interventi sono conclusi.

IV Fase

La quarta fase di attuazione del Programma di investimenti in sanità ha preso avvio con le Leggi finanziarie 2007 e 2008 che hanno incrementato rispettivamente di 2.375 e 2.950 milioni di euro le risorse stanziare per la prosecuzione dei programmi regionali di riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Con le delibere Cipe 97/2008 e 98/2008, relative alla ripartizione di tali risorse aggiuntive, è stato assegnato alla Regione Emilia-Romagna il finanziamento statale complessivo pari ad euro 370.810.124,30.

La IV Fase del Programma è composta da:

- Accordo di Programma Integrativo 2009, sottoscritto il 16 aprile 2009 costituito da 48 interventi approvati dalla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 185/2008 e s.m.i., finanziati per € 163.576.871,80 con fondi statali e per € 8.609.309,04 con fondi regionali. Gli interventi conclusi sono 39 mentre quelli ancora in corso di realizzazione sono 9;
- Accordo di Programma Integrativo 2013, sottoscritto il 1° marzo 2013 costituito da 53 interventi approvati dalla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 120/2013 e s.m.i., finanziati per € 131.592.131,56 con fondi statali e per 6.925.901,66 con fondi regionali. Gli interventi conclusi sono 44 mentre quelli ancora in corso di realizzazione sono 9;
- Accordo di Programma Integrativo 2016, sottoscritto il 2 novembre 2016 costituito da 25 interventi approvati dalla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 66/ 2016.e s.m.i., finanziati per € 75.641.120,94 con fondi statali e per 3.981.111,63 con fondi regionali. Gli interventi conclusi sono 15 mentre quelli ancora in corso di realizzazione sono 10.

V Fase

La quinta fase di attuazione del Programma di investimenti in sanità ha preso avvio con la Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Legge finanziaria 2010) e la Legge 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019) che hanno reso disponibili per la prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art.

20 della Legge n. 67/88, risorse complessive pari a € 4.695.000.000 (€ 720.000.000,00 con la finanziaria 2010 e € 3.975.000.000,00 con la legge di bilancio 2019).

Tali risorse aggiuntive sono state ripartite tra le Regioni con Delibera Cipe n. 51 del 24 luglio 2019, assegnando alla Regione Emilia-Romagna un finanziamento complessivo di € 302.427.964,21

Per l'utilizzo delle nuove risorse disponibili la Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n. 230 del 20 novembre 2019 ha approvato il "Programma Straordinario di Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/1988 –V fase, 1° e 2° stralcio".

Successivamente, nella seduta del 14 settembre 2020, la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'intesa per l'assegnazione alla Regione Emilia-Romagna di ulteriori finanziamenti a valere sulle risorse ex art. 20 L. 67/88, pari complessivamente a € 21.000.000,00, da assegnare ai seguenti interventi rientranti nel Programma Straordinario di Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/1988 –V fase, 1° e 2° stralcio approvato con Delibera di Assemblea Legislativa n. 230 del 20 novembre 2019, e con la seguente ripartizione:

- € 1.000.000,00 per l'intervento di "Realizzazione Hospice area centro Modena" dell'Azienda Usl di Modena;
- € 20.000.000,00 per l'intervento "Nuovo Ospedale di Piacenza" dell'Azienda Usl di Piacenza.

La Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea n. 33 del 24 novembre 2020 ha preso atto dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 14 settembre 2020 e ha conseguentemente modificato il "Programma Straordinario di Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/1988 –V fase, 1° e 2° stralcio" precedentemente approvato con Delibera di Assemblea Legislativa n. 230 del 20 novembre 2019.

La V Fase del Programma è costituita dall' Accordo di Programma Integrativo 2021 sottoscritto in data 29 luglio 2021. Tale Accordo prevede la realizzazione di n. 38 interventi programmati con la delibera dell'Assemblea Legislativa n. 33/2020 e finanziati per € 138.127.964,21 con fondi statali e per 7.269.892,85 con fondi regionali. Gli interventi in corso di realizzazione sono 3 mentre i restanti sono in progettazione. L'intervento APC 25 "Nuova maternità e Pediatria con ampliamento pronto soccorso per area ortopedica e pediatrica" dell'Azienda USL di Bologna è sospeso poiché sono in corso le procedure per la sua revoca.

Con la realizzazione degli interventi della V fase la regione Emilia-Romagna si riproponeva di perseguire i seguenti obiettivi specifici:

- l'implementazione dell'offerta delle cure primarie attraverso la realizzazione di nuove Case della Salute, ora case della Comunità;
- l'implementazione dell'offerta delle cure palliative attraverso la realizzazione di due nuovi Hospice;
- il completamento e l'adeguamento funzionale e normativo di alcune strutture ospedaliere esistenti;
- l'implementazione/sostituzione delle tecnologie biomediche per garantire ai cittadini/pazienti diagnosi e cure più efficienti e sicure;
- l'implementazione/ammodernamento tecnologie informatiche.

Di seguito si riportano due tabelle di sintesi relative agli stanziamenti finanziari e allo stato di attuazione del Programma regionale di investimenti ex art. 20 L. 67/1988

Tabella 36 – Ripartizione finanziamenti per fase al 31-12-2022

Fasi	Programmi	Finanziamenti (€)				
		Stato	Regione (*)	Azienda	Altre fonti	Totale
I Fase	I Triennio	299.336.387,49	24.540.318,24	87.796.675,07	5.665.772,85	417.339.153,65
II Fase	II Fase anticipazione	179.895.882,28	9.468.204,33	58.330.487,72	-	247.694.574,33
	Accordo di Programma 1999	467.223.579,37	24.592.128,10	367.555.914,30	17.385.579,23	876.757.201,00
III Fase	Accordo Stralcio 2004	53.662.657,14	8.140.056,56	23.395.564,90	-	85.198.278,60
	Accordo Stralcio Parma	10.000.000,00	4.000.000,00	7.345.290,34	127.709,66	21.473.000,00
	Accordo di Programma Integrativo 2007	45.433.105,86	4.994.567,38	15.402.578,97	-	65.830.252,21
IV Fase	Accordo di Programma Integrativo 2009	163.576.871,80	8.609.309,04	74.913.633,77	2.114.533,61	249.214.348,22
	Accordo di Programma Integrativo 2013	131.592.131,56	6.925.901,66	13.456.919,39	4.364.915,24	156.339.868,00
	Accordo di Programma Integrativo 2016	75.641.120,94	3.981.111,63	14.417.845,01	6.095.000,00	100.135.077,58
V Fase	Accordo di Programma Integrativo 2021	138.127.964,21	7.269.892,85	13.636.668,42	-	159.034.525,48
Totale		1.564.489.700,65	101.021.098,22	678.451.505,52	35.753.510,59	2.379.715.814,98

Tabella 37 – Stato di attuazione degli interventi per fase al 31-12-2022

Fasi	Programmi	Interventi					
		Previsti	Da affidare	In esecuzione	Sospesi	Conclusi	In esercizio
I Fase	I Triennio	131	-	-	-	-	131
II Fase	II Fase anticipazione	19	-	-	-	-	19
	Accordo di Programma 1999	123	-	-	-	-	123
III Fase	Accordo Stralcio 2004	11	-	-	-	-	11
	Accordo Stralcio Parma	1	-	-	-	-	1
	Accordo di Programma Integrativo 2007	8	-	-	-	-	8
IV Fase	Accordo di Programma Integrativo 2009	48	-	9	-	2	37
	Accordo di Programma Integrativo 2013	53	-	16	-	3	34
	Accordo di Programma Integrativo 2016	25	14	9	-	-	2
V Fase	Accordo di Programma Integrativo 2021	38	34	3	1	-	0
Totale		457	48	37	1	5	366

3.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano Nazionale Complementare (PNC)

Particolare rilevanza ricoprono ai fini della complessiva programmazione regionale degli interventi in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano Nazionale Complementare

Di seguito sono riportati gli interventi programmati dalla Regione, riferiti alle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità.

3.3.1 Le Case della Comunità

Come già detto in paragrafi precedenti al 31 maggio 2023 in Regione Emilia-Romagna sono attive 132 Case della Comunità.

Con il PNRR vengono effettuati 84 interventi su strutture sanitarie aventi come destinazione d'uso la Casa della Comunità. L'importo complessivo degli interventi, comprensivo delle quote di accesso ai Fondi Opere Indifferibili è pari a 158.248.838,37 €.

Un intervento per realizzare la casa della Comunità di Monchio delle Corti, pur essendo previsto nell'ambito del Contratto Istituzionale di Sviluppo, è "*over booking*" ed è finanziato con fondi regionali.

Degli 84 interventi previsti 44 sono su strutture già esistenti ed attive ovvero che erogano prestazioni sanitarie ai cittadini. Gli interventi vanno dalla realizzazione di una nuova costruzione, che andrà a sostituire l'edificio che attualmente ospita la CdC, ad ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie di edifici esistenti che comunque continueranno ad ospitare la Casa della Comunità.

Di seguito di riporta la tabella che illustra la situazione relativamente agli interventi sopra illustrati:

Tabella 38 – CdC già esistenti ed attivate

Azienda	Titolo intervento	n. CdC
Ausl PC	Manutenzione ordinaria Casa della Comunità Val Tidone	1
	Manutenzione straordinaria CdC Cortemaggiore	2
	Ristrutturazione CdC Piacenza Piazzale Milano	3
	Nuova costruzione CdC Rottofreno	4
Ausl PR	Ampliamento CdC Medesano	5
	Manutenzione straordinaria CdC Pablo Parma	6
	Ampliamento CdC Sala Baganza	7
AUSL MO	Ristrutturazione CdC Castelfranco Emilia	8
	Ristrutturazione CdC A.Delfini cavezzo	9
	Manutenzione straordinaria CdC Concordia sulla Secchia	10
	Ristrutturazione CdC Cimone di Fanano	11
	Manutenzione straordinaria CdC Formigine	12
	Manutenzione straordinaria CdC La carrucola di Guiglia	13
	Ristrutturazione CdC Valli Dolo Dragone e Secchia Montefiorino	14
	Nuova costruzione CdC Pievepelago	15
	Manutenzione straordinaria CdC Sassuolo	16
Ausl BO	Ristrutturazione CdC Porto-Saragozza	17
	Ampliamento CdC Castiglione dei Pepoli	18
	Ristrutturazione CdC Crevalcore	19
	Ampliamento CdC di Sasso Marconi	20
	Ampliamento CdC di Vergato	21
	Ristrutturazione CdC di Zola Predosa	22
	Ampliamento CdC San Lazzaro di Savena	23
	Ausl Imola	Manutenzione straordinaria CdC Castel San Pietro Terme
Manutenzione ordinaria CdC di Medicina		25
AUSL FE	Ristrutturazione CdC Cittadella San Rocco	26
	Manutenzione straordinaria CdC di Bondeno	27
	Manutenzione straordinaria CdC di Codigoro	28
	Manutenzione straordinaria di Comacchio	29
	Manutenzione straordinaria di Copparo	30
	Manutenzione straordinaria CdC di Portomaggiore e Ostellato	31
AUSL Romagna	Nuova costruzione CdC di Bellaria	32
	Manutenzione straordinaria CdC di Alfonsine	33
	Manutenzione straordinaria CdC di Bagnacavallo	34
	Manutenzione straordinaria CdC di Castel Bolognese	35
	Ristrutturazione CdC di san Giorgio di Cervia	36
	Ampliamento con nuova costruzione CdC di Cesenatico	37
	Manutenzione straordinaria CdC di Forlimpopoli	38
	Ristrutturazione CdC di Mercato Saraceno	39
	Ristrutturazione CdC di Modigliana	40
	Ristrutturazione di Morciano di Romagna Valconca	41
	Ristrutturazione CdC di Valmarecchia Novafeltria	42
	Ristrutturazione CdC di Sant'Arcangelo di Romagna	43
	Ristrutturazione di Savignano sul Rubicone	44

Vi sono anche interventi (40) con i quali si realizzeranno nuove Case della Comunità. Anche in questo caso la tipologia degli interventi varia dalle nuove costruzioni ad ampliamenti, ristrutturazioni di edifici che già avevano destinazione d'uso sanitaria ma con l'intervento saranno riqualificati in Casa della Comunità.

Di seguito la tabella che dà conto di quanto illustrato comprendendo anche la Casa della Comunità di Monchio delle Corti, finanziata con fondi regionale, e considerata, come d'accordi con l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute come *over booking* ovvero qualora per un intervento non si riuscisse a rispettare la scadenza "soccorre" la Casa della Comunità di Monchio.

Tabella 39 – Interventi CdC da attivare

Azienda	Titolo intervento	n. CdC
AUSL PC	Completamento CdC Fiorenzuola d'Arda	1
	Nuova costruzione CdC Piacenza Belvedere	2
AUSL PR	Casa della comunità Monchio delle Corti (over booking-finanziamenti regionali)	
	Nuova costruzione CdC di Monchio delle Corti	3
	Nuova costruzione CdC di Fidenza	4
	Nuova costruzione CdC Langhirano	5
	Nuova costruzione CdC Parma San Leonardo	6
	Nuova costruzione CdC Sorbolo Mezzani	7
AUSL RE	Ristrutturazione CdC Albinea	8
	Manutenzione straordinaria CdC Carpineti	9
	Ristrutturazione CdC Castellarano Roteglia	10
	Nuova costruzione CdC Castelnovo né Monti	11
	Ristrutturazione CdC Guastalla	12
	Ristrutturazione CdC Reggio Emilia Pad.V	13
	Nuova costruzione CdC San Martino in Rio	14
	Ristrutturazione CdC San Polo d'Enza	15
	Ristrutturazione Cdc di Scandiano	16
	Nuova costruzione di Villa Minozzo	17
AUSL MO	Nuova costruzione CdC di pavullo nel Frignano	18
	Nuova costruzione CdC di san felice sul Panaro	19
	Nuova costruzione CdC di vignola	20
	Ristrutturazione CdC di Zocca	21
AUSL BO	Manutenzione straordinaria CdC di Baricella	22
	Nuova costruzione CdC Savena Santo Stefano	23
	Ristrutturazione CdC Colombi	24
	Manutenzione straordinaria Cdc Mengoli	25
	Ristrutturazione cdc Pilastro	26
	Ristrutturazione CdC Calderara di Reno	27
	Ristrutturazione CdC di Castenaso	28
	Nuova costruzione Cdc Molinella	29
	Nuova Costruzione CdC San Giovanni in Persiceto	30
	Ampliamento CdC Bazzano	31
AUSL Imola	Ristrutturazione CdC di Imola	32
AUSL Romagna	Ristrutturazione CdC di Bagno di Romagna	33
	Nuova costruzione CdC di Castrocaro terme	34
	Nuova costruzione CdC di Faenza	35
	Nuova costruzione CdC di Forlì	36
	Nuova costruzione CdC di Lugo	37
	Nuova costruzione CdC di ravenna Darsena	38
	Manutenzione straordinaria CdC di Ravenna CMP	39
	Nuova costruzione CdC di Riccione	40

3.3.2 Ospedali di Comunità

Come già detto in paragrafi precedenti al 31 maggio 2023 in Regione Emilia-Romagna sono attivi 25 della Comunità.

Con il PNRR vengono effettuati 28 interventi su strutture sanitarie aventi come destinazione d'uso l'ospedale della Comunità. L'importo complessivo degli interventi, comprensivo delle quote di accesso ai Fondi Opere Indifferibili è pari a 83.087.599,81 €.

Dei 28 interventi previsti 9 sono su strutture già esistenti ed attive ovvero che erogano prestazioni sanitarie ai cittadini. Gli interventi vanno dalla realizzazione di una nuova costruzione, che andrà a sostituire l'edificio che attualmente ospita l'OSCO, ad ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie di edifici esistenti che comunque continueranno ad ospitare l'Ospedale della Comunità.

Tabella 40 – Interventi Osco già esistenti ed attivati

Azienda	Titolo intervento	n. OSCO
Ausl PC	Nuova costruzione con demolizione Ospedale di comunità di Piacenza Belvedere	1
Ausl PR	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Parma	2
	Nuova costruzione con demolizione Ospedale di comunità di Langhirano	3
	Nuova costruzione con demolizione Ospedale di comunità di san Secondo Parmense	4
Ausl MO	Manutenzione straordinaria Ospedale di comunità di Fanano	5
Ausl BO	Ristrutturazione edilizia Ospedale di comunità di Loiano	6
Ausl Imola	Manutenzione straordinaria Ospedale di comunità di Castel san Pietro Terme	7
Ausl Romagna	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Ravenna Darsena	8
	Manutenzione straordinaria Ospedale di comunità di Forlimpopoli	9

Vi sono anche interventi (19) con i quali si realizzeranno nuovi Ospedali della Comunità. Anche in questo caso la tipologia degli interventi varia dalle nuove costruzioni ad ampliamenti, ristrutturazioni di edifici che già avevano destinazione d'uso sanitaria ma con l'intervento saranno riqualificati in Ospedali della Comunità.

Di seguito la tabella che dà conto di quanto illustrato. Si precisa che nella tabella viene rappresentata anche l'OSCO che sarà realizzato presso Comune di Medolla (MO) con fondi INAIL di cui al DPCM 4 settembre 2022.

Tabella 41 – Interventi OSCO da attivare

Azienda	Titolo intervento	n. OSCO
Ausl PC	Manutenzione straordinaria Ospedale di Comunità di Castel San Giovanni	1
Ausl RE	Ristrutturazione Ospedale di comunità di Reggio Emilia	2
	Ristrutturazione Ospedale di comunità di Guastalla	3
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Castelnovo né Monti	4
Ausl MO	Nuovo ospedale di Comunità - Comune Medolla (da realizzarsi con fondi INAIL)	
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Modena	5
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Vignola	6
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Sassuolo	7
Ausl BO	Ristrutturazione edilizia Ospedale di comunità di San Pietro in Casale	8
	Nuova costruzione con demolizione Ospedale di comunità di San Giovanni in Persiceto	9
	Manutenzione straordinaria Ospedale di comunità di Bologna (padiglione Palagi)	10
Ausl FE	Ristrutturazione edilizia con miglioramento sismico Ospedale di comunità di Bazzano	11
	Ristrutturazione Ospedale di comunità di Ferrara	12
Ausl Romagna	Manutenzione straordinaria Ospedale di comunità di Codigoro	13
	Osco Rimini	14
	Ristrutturazione Ospedale di comunità di Russi	15
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Cesenatico	16
	Nuova costruzione Ospedale di comunità di Rimini	17
	Nuova costruzione con demolizione Ospedale di comunità di Novafeltria	18
	Ristrutturazione Ospedale di comunità di Cattolica	19

3.3.3 Centrali Operative Territoriali

La regione Emilia-Romagna realizzerà 45 COT per un importo complessivo 15.759.660,26 €. Il quadro economico è dato dalla somma degli interventi strutturali e delle componenti tecnologiche.

Il dimensionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) è stato programmato sulla base degli standard previsti dal DM 77/2022 di una COT ogni 100.000 abitanti.

Figura 33 - Bacino di copertura Centrali Operative Territoriali



Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Con fondi PNRR, comprensivi dei Fondi per Opere Indifferibili (FOI) sono stati finanziati 4 interventi di adeguamento sismico, come rappresentati nel prospetto seguente, per un importo complessivo pari a 58.828.604,12 €.

Azienda USL di Reggio Emilia	Ospedale civile di Guastalla (RE) - Intervento di miglioramento sismico del Corpo C
Azienda USL di Ferrara	Ospedale di Argenta - demolizione corpi di fabbrica e costruzione nuovo padiglione
Azienda USL della Romagna	Interventi per il miglioramento /adeguamento sismico ospedali Azienda Usl Romagna
IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli	Miglioramento sismico delle strutture del "monoblocco"

Parimenti con i fondi di cui al Piano Nazionale Complementare (PNC) sono stati finanziati 10 interventi di adeguamento sismico, come rappresentati nel prospetto seguente, per un importo complessivi pari a 130.794.115, 12 €.

Azienda USL di Reggio Emilia	Ospedale civile di Guastalla (RE) - Intervento di miglioramento sismico del Corpo A1
Azienda USL di Reggio Emilia	Ospedale S. Anna di Castelnuovo ne' Monti (RE) - Intervento di miglioramento sismico dei Corpi H ed I
Azienda USL di Bologna	Ospedale Bellaria- padiglione C - Restauro con miglioramento sismico
Azienda USL di Imola	Lavori di miglioramento sismico ospedale di Imola I stralcio
Azienda USL della Romagna	Realizzazione nuovo padiglione ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì
Azienda USL della Romagna	Realizzazione di un nuovo padiglione ospedale Infermi di Rimini
Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	Completamento Polo Materno Infantile - Nuovo Ospedale delle Mamme
Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena	Intervento di miglioramento sismico - Demolizione corpi A ed L e nuova costruzione
IRCCS Azienda AOU Bologna	Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica
IRCCS Azienda AOU Bologna	Demolizione e ricostruzione del pad. 26 - realizzazione di palazzina ambulatori

3.3.4 Le Tecnologie biomediche finanziate con il PNRR

Gli investimenti sulla Grandi Apparecchiature trovano attuazione nella Componente 2 del PNRR, specificatamente nel sub-investimento “M6.C2|1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)”, che si riferisce all’ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

La finalità principale è il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico, ricomprendenti TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi di cui è stata valutata la ripartizione regionale da implementare. Attraverso il flusso informativo dedicato alle grandi attrezzature disponibili presso il Ministero della salute (NSIS-GRAP), è stato effettuato, a livello nazionale, un primo screening del numero e del livello di obsolescenza delle attrezzature ospedaliere, nonché una valutazione per individuare il fabbisogno complessivo di nuove GrAp da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (oltre 5 anni).

Nell’ambito del sub-investimento “M6.C2|1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)” in Regione Emilia-Romagna verrà rinnovato circa il **30%** del parco tecnologico afferente alle Grandi Apparecchiature (Acceleratori Lineari, Angiografi, Gamma Camera Computerizzate, Sistemi TAC/Gamma Camera, Mammografi, Sistemi TAC/PET, Tomografi a Risonanza Magnetica, Tomografi Assiali Computerizzati) oltre a n. 92 Sistemi Radiologici Fissi (sistemi per radiologia digitale o tavoli telecomandati) oltre a n. 46 Ecotomografi (in diverse configurazioni), per un totale di **239** tecnologie previste con un importo assegnato alla Regione di oltre **80.865.967,38** di euro.

Le indicazioni ministeriali consentivano l’inserimento di tecnologie da sostituire con oltre 5 anni di attività ma, a livello Regionale, viene adottata una linea più stringente, anche visto il livello di obsolescenza delle tecnologie installate, andando a indirizzarsi prioritariamente verso la sostituzione delle tecnologie con oltre 10 anni (o superiore) di attività.

A tal proposito si riporta di seguito la tabella di sintesi con obsolescenza media, per ogni classe tecnologica da sostituire, su cui ci si è indirizzati a livello regionale:

GRAP/TB	TIPOLOGIA GRAP/TB	QTÀ	ETÀ MEDIA
GRAP	ACC - ACCELERATORI LINEARI	2	18,5
GRAP	ANG - ANGIOGRAFI	15	12,1
GRAP	GCC - GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATE	3	16,3
GRAP	GTT - SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	4	15,7
GRAP	MMI - MAMMOGRAFI	36	12,7
GRAP	PET - SISTEMI TAC/PET	2	18,5
GRAP	RMN - TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	13	15,4
GRAP	TAC - TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	26	13
TB	ECT - ECOTOMOGRAFI	46	14,5
TB	SRF - SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	92	18,1
		239	15,5

Tabella 42 - Quadro di sintesi, relativa all’età media delle GRAP/TB da sostituire in RER

Viene di seguito rappresentata la situazione complessiva regionale dettagliandola per ogni Azienda Sanitarie e per ogni classe tecnologica (vedi D.G.R. 811-2022).

AZIENDA	ACC (GRAP)	ANG (GRAP)	GCC (GRAP)	GTT (GRAP)	MMI (GRAP)	PET (GRAP)	RMN (GRAP)	TAC (GRAP)	ECT (TB)	SRF (TB)	TOTALE
AUSL Piacenza		1			2		1	4		3	11
AUSL Parma					1			1		7	9
AOU Parma		3		2			1	2		7	15
AUSL Reggio Emilia		1			9		2	3	2	12	29
AUSL Modena					2		2	1	4	14	23
AOU Modena	1	3			2			3	2	14	25
AUSL Bologna		2			4			5	9	16	36
IRCCS AOU Bologna		3			2	2	1	1	2		11
AUSL Imola					1				16	4	21
AUSL Ferrara					3		1		6	3	13
AOU Ferrara		2		1	1		1		3	2	10
AUSL Romagna	1		1	3	9		3	6	2	8	33
IRCCS IOR							1			2	3
TOTALE	2	15	1	6	36	2	13	26	46	92	239

Tabella 43 - Sintesi n. 239 apparecchiature previste dal PNRR (M6.C2 | 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi Apparecchiature Sanitarie)

Si focalizza infine l'attenzione sulle sole GRAP, in particolare la tabella successiva riporta le percentuali di rinnovamento delle nuove installazioni sul totale presente in Regione Emilia-Romagna (collocate nel Pubblico, fonte Osservatorio Tecnologie 2022).

TIPOLOGIA GRAP	QTÀ GRAP IN SOSTITUZIONE	QTÀ GRAP TOTALE IN RER (Pubblico)	% GRAP RINNOVAMENTO
ACC - ACCELERATORI LINEARI	2	24	8%
ANG - ANGIOGRAFI	15	52	29%
GCC - GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATE	3	8	38%
GTT - SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	4	14	29%
MMI - MAMMOGRAFI	36	92	39%
PET - SISTEMI TAC/PET	2	10	20%
RMN - TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	13	51	25%
TAC - TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI	26	88	30%
	101	339	30%

Tabella 44 - Percentuali di rinnovamento GRAP in RER (Pubblico) tramite PNRR (M6.C2 | 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi Apparecchiature Sanitarie)

3.4 Rappresentazione di ulteriori programmi di investimento

Accanto al Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/1988, negli ultimi 10 anni la Regione ha dato attuazione ad altri Programmi in materia di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico, finanziati sia tramite risorse statali assegnate per specifiche finalità, sia tramite risorse regionali genericamente finalizzate al miglioramento strutturale del patrimonio sanitario, al potenziamento e rinnovo del parco tecnologico.

Oltre ad elencare gli interventi, viene posta attenzione, attraverso uno specifico, approfondimento al Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui all'art. 2 del DL 34/2000.

- Programma regionale di investimenti in sanità ex Art. 36 L.R. n. 39/ (Anni 2013 e 2015) finanziato con risorse regionali;
- Programma di investimenti sulle strutture sanitarie regionali finanziato con le risorse derivanti da pay-back (Anno 2015);
- Programma regionale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari finanziato con le risorse previste da Decreto del Ministero della Salute del 28 dicembre 2012 (Anno 2016);
- Programma regionale Prevenzione incendi finanziato con le risorse previste dal Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, "Decreto Balduzzi", convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012 n. 189 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» (Anno 2016);
- Programma di interventi sugli Ospedali della Montagna (Anno 2017):
 - Ospedale Borgo Val Taro (Ausl di Parma),
 - Ospedale Castelnovo né Monti (Ausl Reggio Emilia),
 - Ospedale di Pavullo (Ausl Modena);
- Riqualificazione del Pronto Soccorso dell'Ospedale del Delta dell'Azienda Usl di Ferrara (Anno 2018);
- Piano Direttore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (Anno 2018);
- Realizzazione della Casa della Salute di San Rocco dell'Ausl di Ferrara (Anno 2019);
- Programma per la realizzazione del Servizio Numero Unico Emergenze Europeo NUE 112 (Anno 2019);
- Interventi di riqualificazione energetica degli edifici pubblici delle Aziende Sanitarie Regionali POR FESR 2014-2020 – ASSE 4 (2020);
- Realizzazione nuovo Ospedale di Cesena finanziato dal Fondo per assicurare il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, ex comma 1072, art. 1 L. 205/2017 (Anno 2020);
- Intervento di Riqualificazione del Polo delle Medicine e dei Poli Funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi dell'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, finanziato dal Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, ex Art. 1, comma 95, Legge n. 145/2018 (Anno 2020);
- Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera dell'Emilia-Romagna, di cui all'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 approvato per rafforzare strutturalmente il SSN in ambito ospedaliero al fine di

far fronte alle emergenze pandemiche, di cui si riporta il dettaglio sullo stato di attuazione al successivo *Box n. 1* (Anno 2020);

- Piano Operativo Regionale per la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito della Missione 6 Componente 1 e 2 del PNRR (Anno 2022)
- Programma degli interventi per l'installazione di impianti per la produzione di ossigeno medicale (Anno 2022);
- Programma per la ristrutturazione e la riqualificazione energetica degli ex Ospedali psichiatrici della Regione Emilia-Romagna (Anno 2022);
- Programma degli interventi di edilizia sanitaria (Piano di Gestione 4) ed efficientamento energetico (Piano di Gestione 5), finanziato dal Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello stato e allo sviluppo del paese, ex comma 14, Art. 1 L. 160/2019 (Anno 2023);

Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera (PRRO) per l'emergenza COVID – DL 34 /2020

Il programma operativo della Regione Emilia-Romagna, approvato con DGR n. 677 del 15/06/2020, prevede nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza ospedaliera, le seguenti azioni:

- a) incremento di 197 Posti Letto (PL) di terapia intensiva, per complessivi 646 posti letto, in linea con lo standard di 0.14 PL per mille abitanti previsto dalla programmazione nazionale. Nel piano erano inizialmente stati previsti 192 posti letto di terapia intensiva, poi incrementati a 197 in accordo con la Direzione Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute con nota del 4 settembre 2020;
- b) riconversione di complessivi 312 di area medica in posti letto in terapia semintensiva, mantenendo l'invarianza del numero complessivo dei posti letto ordinari;
- c) interventi di ristrutturazione e ammodernamento nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri pubblici per un totale di 47 interventi ;
- d) implementazione dei mezzi di trasporto nel servizio di emergenza territoriale, con l'acquisto di 17 mezzi di soccorso.

Gli interventi previsti dall'art. 2 del D.L. 34/2020 (e recepiti dalle DGR n. 677 del 15/06/2020 e n. 1705 del 23/11/2020) sono tuttora in corso di completamento. Si evidenzia che il maggiore impatto sul ritardo dell'esecuzione dei lavori non conclusi, è ascrivibile alla persistenza della pandemia durante l'anno 2021, con l'occupazione e l'utilizzo ininterrotti dei locali oggetto dei lavori previsti, per la presa in carico di pazienti con COVID-19 sia in ambiente di Pronto Soccorso sia negli ambienti a più alta intensità di cura quali degenze ospedaliere non critiche, Aree di Terapia Semintensiva e Aree di Terapia Intensiva.

Per il 2022, hanno inciso negativamente sia gli incrementi dei costi di materiali e lavorazioni, sia i numerosi casi di COVID che hanno colpito le maestranze, con conseguente isolamento domiciliare e riduzione della forza lavoro disponibile.

In relazione alle misure avviate, al 31/12/2022 sono stati eseguiti i seguenti interventi:

- a) realizzazione di 173 posti letto di terapia intensiva: gli interventi volti al raggiungimento dello standard previsto di 0,14 per 1.000 abitanti erano stati già raggiunti al 31/12/2020, con la realizzazione di 156 ulteriori posti letto. Rispetto alla programmazione, proseguono i lavori di realizzazione degli ultimi 20 posti letto.
- b) realizzazione di 252 posti di terapia semintensiva, mantenendo l'invarianza del numero complessivo dei posti letto ordinari: rispetto alla programmazione, proseguono i lavori di conversione degli ultimi 60 posti letto.
- c) effettuazione di 26 interventi di ristrutturazione e ammodernamento nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri pubblici: rispetto alla programmazione, proseguono i lavori di completamento dei rimanenti 21 interventi.
- d) acquisto di 17 mezzi di soccorso: i mezzi sono stati tutti acquistati ed attivati.

Si riporta in tabella il quadro economico e il quadro finanziario degli interventi

	Terapie intensive e semintensive	Pronto soccorso	Ambulanze	Totale
Importo investimenti (€)	68.382.521,51	54.511.130,03	2.263.473,00	125.157.124,54
Fondi art. 2 DL 34	46.053.889,87	46.723.334,13	2.263.473,00	95.040.697,00
Fondi DL 18/2020 - quota stato	3.719.653,00			3.719.653,00
Fondi DL 18/2020 - quota RER	195.771,21			195.771,21
Donazioni Decr. Presidente 8-5-2020 n 76	4.950.000,00			4.950.000,00
Donazioni Decr. Presidente 27-7-2021 n. 125		530.000,00		530.000,00
Donazioni aziendali	3.978.415,90			3.978.415,90
Altri fondi aziendali	146.076,00	5.257.795,90		5.403.871,90
Tecnologie in comodato d'uso	4.399.930,00			4.399.930,00
Fondi RER (DGR 1705/2020)	4.938.785,53	2.000.000,00		6.938.785,53

Gli interventi del PRRO fanno parte degli investimenti previsti dal Piano Operativo Regionale PNRR nell'ambito della Missione 6 salute: 6.6 Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020), la cui realizzazione deve rispettare la tempistica riportata nel seguente diagramma:

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Completamento prima fase di interventi (45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva)																				
2	Completamento prima fase di interventi (45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS)																				
3	Completamento seconda fase di interventi (100% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva)																				
4	Completamento seconda fase di interventi (100% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS)																				
5	Completamento interventi di ristrutturazione dei percorsi PS																				
6	Attivazione dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva																				



Le Tecnologie biomediche finanziate con il D.L. 19 maggio 2020, n. 34

A partire dal Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera dell'Emilia-Romagna, di cui all'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, approvato per migliorare la capacità del SSR in ambito ospedaliero a fronteggiare adeguatamente le eventuali emergenze epidemiche, si elencano gli interventi e importi previsti per le tecnologie biomediche declinate sulle aree prevalentemente interessate quali Pronto Soccorso e Terapie Intensive, ovvero:

AREA INTERVENTO	QTÀ INTERVENTI	IMPORTO PREVISTO (NO IVA)
Pronto Soccorso	43	10.803.584,25 €
Terapia Intensiva	36	20.873.560,72 €
	79	31.677.144,97 €

Tabella 45 - Quantità ed importi previsti per le TB in aree di intervento TI/PS in RER (Pubblico) tramite D.L. 2020/34



Figura 34 - Quantità ed importi previsti per le TB in aree di intervento TI/PS in RER (Pubblico) tramite D.L. 2020/34

Espletandole sulle Aziende Sanitarie Regionali si ha che:

CODICE RER - AZIENDA	AREA INTERVENTO	QTÀ INTERVENTI	IMPORTO PREVISTO (NO IVA)
101 - AUSL Piacenza	Terapia Intensiva	2	590.824,42 €
	Pronto Soccorso	1	172.300,00 €
102 - AUSL Parma	Terapia Intensiva	-	- €
	Pronto Soccorso	2	76.229,51 €
103 - AUSL Reggio Emilia	Terapia Intensiva	4	2.406.087,49 €
	Pronto Soccorso	6	890.650,87 €
104 - AUSL Modena	Terapia Intensiva	1	118.554,00 €
	Pronto Soccorso	4	900.000,00 €
105 - AUSL Bologna	Terapia Intensiva	2	4.270.006,70 €
	Pronto Soccorso	7	788.887,66 €
106 - AUSL Imola	Terapia Intensiva	1	134.106,30 €
	Pronto Soccorso	1	54.129,16 €
109 - AUSL Ferrara	Terapia Intensiva	-	- €
	Pronto Soccorso	2	247.209,84 €
114 - AUSL Romagna	Terapia Intensiva	12	3.756.026,17 €
	Pronto Soccorso	8	2.148.648,85 €
902 - AOU Parma	Terapia Intensiva	5	3.700.000,00 €
	Pronto Soccorso	3	1.892.622,94 €
904 - AOU Modena	Terapia Intensiva	4	4.509.600,00 €
	Pronto Soccorso	2	861.900,00 €
908 - AOU Bologna	Terapia Intensiva	1	866.929,80 €
	Pronto Soccorso	5	2.109.848,23 €
909 - AOU Ferrara	Terapia Intensiva	4	521.425,84 €
	Pronto Soccorso	1	514.821,00 €
960 - IOR	Terapia Intensiva	-	- €
	Pronto Soccorso	1	146.336,19 €

Tabella 44 - Importi previsti per le TB in aree di intervento TI/PS in RER (Pubblico) tramite D.L. 2020/34

3.5 La sostenibilità degli interventi

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

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

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

3.5.1 La sostenibilità economico-finanziaria

La verifica della sostenibilità economico-finanziaria del Programma si è basata sulla ricerca di relazioni di congruenza tra i bilanci delle Aziende e gli interventi inseriti nel Programma.

La sostenibilità economico-finanziaria del Programma è stata rapportata ai bilanci delle Aziende in termini di copertura finanziaria necessaria alla realizzazione degli interventi e di spese generate dagli interventi stessi in corso di esercizio.

Quando la copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi, oltre alla quota statale e regionale, ha richiesto fondi propri delle Aziende, come nel caso del nuovo ospedale di Carpi, si è deciso di ricorrere allo strumento del PPP.

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico-finanziaria degli interventi del Programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi.

Tra i costi cessanti derivanti dalla realizzazione degli interventi del Programma vi sono:

- razionalizzazione dei servizi attraverso l'integrazione a rete degli stessi;
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico/tecnologico;
- contenimento dei costi energetici (ad esempio nuovo ospedale di Carpi e Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore di Bologna, Nuovo Polo dell'emergenza di Parma).

I costi emergenti si qualificano in:

- aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata soprattutto in relazione all'aumento complessivo della superficie delle strutture sanitarie.

3.5.2 La sostenibilità amministrativa e gestionale

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata in relazione alle procedure tecnico amministrative necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni per la "cantierabilità" degli interventi. La sostenibilità gestionale del Programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono:

- Il rinnovo tecnologico (nuova acquisizione);

- l'implementazione dell'offerta sanitaria.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla da un lato con aspetti economico finanziari legati ai costi di produzione e dall'altro 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. Gli esiti delle verifiche effettuate con le Aziende sanitarie interessate danno conto di interventi che saranno gestiti sostanzialmente ad isorisorse.

3.5.3 La sostenibilità delle risorse umane

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

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio Sanitario Regionale, ha riscontro nella Delibera di Giunta regionale n. 1237/2023^[1] che pone come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a contenere la spesa complessiva per le risorse umane. Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione quali-quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

^[1] "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023"

3.5.4 La 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.

L'Assessorato alle Politiche per la Salute ha fatto proprio il concetto di sviluppo sostenibile, già espresso nel Piano energetico regionale. Il Piano energetico regionale - approvato con Delibera dell'Assemblea legislativa n. 111 del 1° marzo 2017 - fissa la strategia e gli obiettivi della Regione Emilia-Romagna per clima e energia fino al **2030** in materia di rafforzamento dell'economia verde, di risparmio ed efficienza energetica, di sviluppo di energie rinnovabili, di interventi su trasporti, ricerca, innovazione e formazione.

La Giunta regionale ha, inoltre, istituito il programma regionale "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile" e ha stabilito gli indirizzi e gli obiettivi assegnanti alle Aziende sanitarie in materia di sostenibilità ambientale ed uso razionale dell'energia.

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

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

- preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi;
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione, in linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Gestione dei Rifiuti e la strategia regionale di riduzione del monouso;
- 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. L'intervento, qualora si tratti di nuova costruzione, ristrutturazione o manutenzione straordinaria, sarà oggetto di una procedura di certificazione energetica che porterà alla sua classificazione come "Edificio a energia quasi zero" (NZEB). Per gli interventi di ristrutturazione e manutenzione straordinaria, si integreranno le misure incentivate con fondi regionali, statali e comunitari;
- produzione di almeno il 50% del fabbisogno annuo di energia primaria richiesta per la produzione di acqua calda sanitaria con l'utilizzo di fonti di energia rinnovabile, per gli interventi che ricadono nell'ambito di applicazione della Deliberazione di Giunta regionale 156/2008;
- applicazione di misure tecniche e di procedure organizzative per il contenimento dei consumi idrici. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni operative alle Aziende sanitarie;
- monitoraggio dell'efficienza energetica degli interventi realizzati così come previsto dalle Deliberazioni di Giunta regionale di Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale.

4. L'attuazione dell'Accordi di Programma: risultati attesi e valutazione degli impatti

La finalità perseguita è l'individuazione di elementi focalizzanti e caratterizzanti il Programma; elementi che dovranno essere osservati sul lungo periodo per valutare gli effetti, anche indiretti, della realizzazione del Programma.

L'obiettivo, seguendo le indicazioni della Metodologia Ex Ante (MEXA), potrà essere perseguito attraverso un opportuno sistema di indicatori.

4.1 Il sistema degli Indicatori

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

Il sistema prevede una serie di indicatori di contesto attraverso i quali si identificano sia la composizione e la distribuzione geografica della popolazione dell'Emilia– Romagna sia le principali cause di decesso dei suoi cittadini.

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

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

4.1.1 Gli indicatori di contesto

Gli indicatori di contesto forniscono, in forma sintetica, informazioni sulla popolazione dell'Emilia– Romagna in relazione a:

- distribuzione geografica e struttura compositiva della popolazione;
- principali determinati di decesso.

Alcuni indicatori di contesto atti a caratterizzare la popolazione dell'Emilia–Romagna sono rappresentati in Tabella 46.

Tabella 46 – Indicatori di popolazione

Indicatore
Densità di popolazione - 31/12/2018
Percentuale di comuni con più di 10.000 abitanti
Percentuale di comuni con un numero di abitanti compreso tra 3.000 e 10.000
Percentuale di comuni con un numero di abitanti compreso tra 1.000 e 3.000
Percentuale di comuni con un numero di abitanti inferiore a 1.000
Percentuale di stranieri residenti - 31/12/2018
Indice di invecchiamento della popolazione (popolazione ≥ 65 anni) - 31/12/2018
Tasso di natalità - anno 2018

Gli indicatori di contesto relativi ai problemi di salute sono rappresentati in Tabella 41

Tabella 47 – Indicatori di salute (anno 2018)

Indicatore
Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause - Femmine
Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause - Maschi
Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio - Femmine
Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio - Maschi
Tasso standardizzato di mortalità per tumori - Femmine
Tasso standardizzato di mortalità per tumori - Maschi
Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio - Femmine
Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio - Maschi

4.1.2 Gli indicatori di programma

La Regione controlla lo stato di avanzamento degli interventi del Programma attraverso uno strumento gestionale dedicato.

Lo strumento è denominato Profiler (PROgramma Finanziamento Lavori Emilia-Romagna), la cui finalità è la gestione, il monitoraggio e l'elaborazione dei dati relativi agli interventi del Programma tramite piattaforma Web.

Le Aziende per implementare i flussi informativi possono accedere al sito tramite un account (username e password) che viene rilasciato dal competente Settore regionale.

I dati relativi ai tempi di attuazione dei singoli interventi del programma si suddividono in:

dati di programma fase di avanzamento

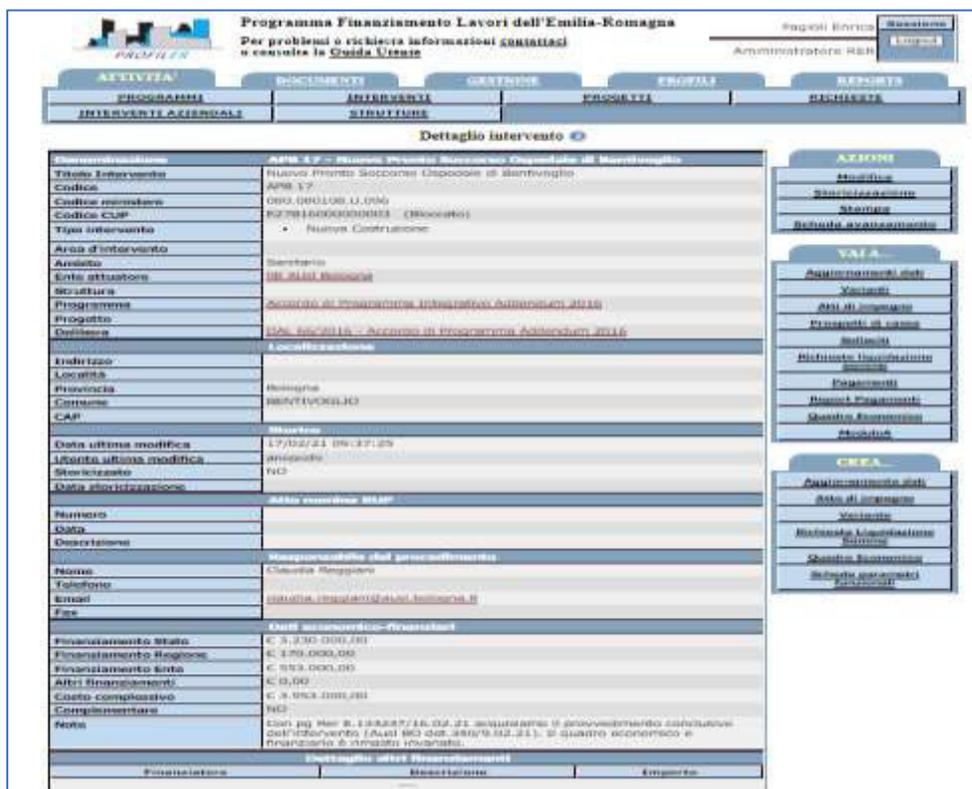
- data protocollo di arrivo del progetto in Regione
- data atto regionale con cui si riscontra il completamento dell'istruttoria del progetto con esito favorevole e contestuale approvazione dello stesso
- data del decreto ministeriale ammissione a finanziamento
- data notifica decreto finanziamento
- data aggiudicazione lavori

dati di programma fase di realizzazione

- data inizio lavori
- data fine lavori
- data attivazione struttura

Nella Figura 35 si riporta, a titolo esemplificativo, alcune schermate dello strumento gestionale Profiler relativa allo stato di avanzamento di un intervento.

Figura 35 – Alcune schermate del sistema informativo gestionale PROFILER



Programma Finanziamento Lavori dell'Emilia-Romagna
 Per problemi o richieste informazioni contattaci o consulta la Guida Utente

Fagioli Enrica
 Amministratore RER

ATTIVITA' **DOCUMENTI** **GESTIONE** **PROFILI** **REPORTS**

DELIBERE **SOLLECITI** **PROSPETTI DI CASSA** **QUADRI ECONOMICI**

SCHEDE PARAMETRI FUNZIONALI **AGGIORNAMENTO DATI** **CAPITOLO DI SPESA** **ATTI D'IMPEGNO**

Dettaglio aggiornamento dati

Aggiornamento dati del 25 gennaio 2022

Programma	Accordo di Programma Integrativo Addendum 2016	
Intervento	APB 17 - Nuovo Pronto Soccorso Ospedale di Bertoviglio	
Codice CUP	E27B16000000003 (Bloccato)	
Richiesta	Monitoraggio al 31/12/2020	
Ricevuta	SI	
Accettata	SI	
Responsabile del procedimento		
Nome	Claudia Reggiani	
Telefono		
Email	claudia.reggiani@ausl.bologna.it	
Fax		
Avanzamento		
	Dati relativi al monitoraggio	Dati ad oggi
Data arrivo progetto in RER	31 marzo 2017 (Reale)	31 marzo 2017 (Reale) (Bloccato)
Data approvazione gruppo tecnico (a cura della regione)	18 aprile 2017	18 aprile 2017
Data atto regionale ammissione al finanziamento	20 aprile 2017 (Reale)	20 aprile 2017 (Reale) (Bloccato)
Data decreto ministeriale ammissione al finanziamento	03 ottobre 2017 (Reale)	03 ottobre 2017 (Reale) (Bloccato)
Data richiesta di finanziamento (a cura della regione)	2 maggio 2017	2 maggio 2017
Data Aggiudicazione lavori	07 marzo 2018 (Reale)	07 marzo 2018 (Reale) (Bloccato)
Data inizio lavori	04 maggio 2018 (Reale)	04 maggio 2018 (Reale) (Bloccato)
Data fine lavori	18 settembre 2019 (Reale)	18 settembre 2019 (Reale) (Bloccato)
Data attivazione struttura	14 dicembre 2019 (Reale)	14 dicembre 2019 (Reale) (Bloccato)
Stato	In esercizio	
Note	Comunicazione chiusura intervento Prot. 95111 del 24/09/2020	
Sospeso	NO	
Note sospensione		
Data ultima modifica	26/01/21 11:08:27	
Utente ultima modifica	clarreggiani	
Messaggio RER		
Codice CUP	E27B16000000003	

AZIONI

VAI A...

4.1.3 Gli indicatori di efficienza ed efficacia

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, quali derivati degli indicatori di contesto e di programma, sono intrinsecamente influenzati da condizioni di fattibilità dovute sostanzialmente alla complessità della pianificazione e programmazione sanitaria rispetto, le quali interferiscono anche fattori politici, economici e sociali.

4.1.3.1 Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza forniscono elementi per una valutazione quali quantitativa di come vengono raggiunti gli obiettivi operativi del Programma. Un problema, evidenziato anche dalla Corte dei Conti, è generalmente il tempo impiegato per la realizzazione degli interventi previsti dai Programmi.

Per questa ragione vengono individuati due specifici indicatori che dovrebbero essere da un lato di stimolo ad una più efficace azione tecnico amministrativa delle stazioni appaltanti e dall'altro consentire il monitoraggio, dalla cui analisi degli esiti possano essere individuate le cause dei ritardi per cercare di mitigare o rimuovere le cause stesse.

Viene proposto per questo Programma un indicatore di efficienza relativo alla progettazione.

L'obiettivo di miglioramento dell'efficienza procedurale, fermo restando il tempo normativamente indicato in 30 mesi entro il quale completare la progettazione, prevede che, per gli interventi di importo inferiore a 10 milioni di euro, la progettazione venga completata entro 18 mesi dalla sottoscrizione dell'Accordo di Programma.

Indicatore progettazione interventi importo < 10 mil. € (I_{progettazione}): questo indicatore può essere espresso sinteticamente dalla seguente formula:

$$I_{progettazione} = \frac{t_{prog. pianificato}}{t_{max progettazione}} < 0,8$$

t_{prog. Pianificato} = tempo di progettazione pianificato

t_{max progettazione} = tempo normativamente previsto pari a 30 mesi

- Indicatore realizzazione intervento (I_{realizzazione}), misura l'efficienza del processo realizzativo degli interventi rispetto quanto stabilito in sede di programmazione.

Questo indicatore può essere espresso sinteticamente dalla seguente formula:

$$I_{realizzazione} = \frac{t_{rilevato}}{t_{pianificato}} \leq 130\%$$

I_{realizzazione} = Indicatore di realizzazione

T_{pianificato} = Tempo di realizzazione del singolo intervento (esecuzione+ collaudo ed attivazione) previsto nel presente documento programmatico

T_{rilevato} = Tempo di realizzazione del singolo intervento (esecuzione+ collaudo ed attivazione) rilevato

- Indicatore di costo (I_{costo unitario}) questo indicatore, in un contesto caratterizzato da un generalizzato aumento dei prezzi assume una particolare rilevanza. L'uso di questo indicatore potrebbe permettere l'enucleazione prospettica di bisogni finanziari del Programma ma anche essere di grande utilità per la costituzione di una banca dati da cui trarre costi di riferimento per la realizzazione di nuovi interventi. Per tale ragione non si ritiene di porsi un obiettivo, non essendo sotto il controllo delle Aziende né della Regione.

L'indicatore I_{costo unitario} fornisce indicazione sull'evoluzione dei prezzi previsti all'inizio dell'opera e quelli effettivamente riscontrabili a fine lavori

$$I_{costo unitario} = \frac{\text{Costo unitario}_{previsto}}{\text{Costo unitario}_{effettivo}}$$

Costo unitario _{previsto}: rapporto tra il costo totale di realizzazione previsto a progetto e superficie lorda complessiva (€/m²).

Costo unitario _{effettivo}: rapporto tra il costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile dalla rendicontazione finale dell'intervento) e la superficie lorda complessiva (€/m²).

4.1.3.2 Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia che si intendono adottare per questo Programma stimano gli effetti ottenuti in relazione agli interventi che saranno realizzati per alcuni degli obiettivi specifici più significativi della proposta di Accordo di Programma.

In particolare, gli indicatori di efficacia sono finalizzati a rappresentare i costi di realizzazione degli interventi e gli outcome di tipo sanitario.

- *indicatore di accreditamento (I_{acc})*, dà conto dell'accreditamento dell'intervento sotto i vari profili (strutturale, impiantistico, tecnologico ed organizzativo). Questo indicatore può essere espresso sinteticamente dalla seguente formula:

$$I_{acc} = \frac{\text{Interventi accreditati (n)}}{\text{Interventi accreditabili (n)}} = 1$$

I _{acc}	=	Indicatore di accreditamento: tutti gli interventi previsti devono essere accreditati
Interventi accreditati (n)	=	Numero degli interventi previsti nel presente programma accreditati secondo quanto previsto dalla LR 6 novembre 2019 n. 2 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie
Interventi accreditabili (n)	=	Numero degli interventi previsti nel presente programma che possono essere accreditati secondo quanto previsto dalla LR 2/2019

Obiettivo specifico: Implementazione/Sostituzione Tecnologie Biomediche

Gli indicatori hanno lo scopo di monitorare l'incremento del numero di prestazioni erogate dopo l'attivazione degli interventi previsti nella presente proposta di accordo di programma

Indicatore Tecnologie Biomediche in Sostituzione (I_{TBS}): Incremento delle prestazioni annue per la tecnologia sostituita, espressa dalla formula:

ITBS	=	Indicatore per le Tecnologie Biomediche (TB) in Sostituzione: dopo l'attivazione della tecnologia in sostituzione, il numero delle prestazioni erogate deve aumentare rispetto alla tecnologia sostituita
Prestazioni new _(n)	=	Numero di prestazioni annue erogate dalla nuova apparecchiatura
Prestazioni old _(n)	=	Numero di prestazioni annue erogate dall'apparecchiatura sostituita

$$I_{tecnologie} = \frac{\text{Prestazioni nuova TB}}{\text{Prestazioni vecchia TB}} > 1$$

Si precisa che, per le tecnologie biomediche inserite negli interventi afferenti al presente Accordo di Programma, l'indicatore è misurabile solamente per quelle apparecchiature per cui è riscontrabile, in maniera oggettiva, il numero di prestazioni tramite rilevazioni da sistemi informativi aziendali (cfr. RIS/PACS).

5. La gestione e il monitoraggio del Programma

5.1 La gestione degli interventi del Programma

Le fasi di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi del Programma, a livello di sistema sanitario regionale, trovano riscontro:

- in un'organizzazione centrale, la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, è articolata in Settori/Aree in linea ed Aree in staff al Direttore Generale;
- nelle Aziende sanitarie con le loro Direzioni Generali e, specificatamente in relazione a questo Programma, i Servizi Tecnici, i Servizi di Ingegneria Clinica e i Servizi Tecnologie informatiche.

A livello regionale il Settore Risorse umane e strumentali e Infrastrutture è deputato alla gestione dei Programmi degli investimenti sanitari e sociosanitari.

Nella elaborazione del documento programmatico hanno dato il loro contributo i seguenti Settori della Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza territoriale
- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Innovazione nei servizi sanitari e sociali.

5.2 I Sistemi di Monitoraggio degli Interventi

Il monitoraggio sullo stato di attuazione degli interventi previsti nel Programma verrà realizzato tramite il sistema informatico denominato Profiler, già richiamato nel precedente paragrafo 4.1.2, in uso già da diversi anni.

Tale sistema permette in modo puntuale di gestire tutti i dati relativi alle singole fasi di attuazione degli interventi e, in particolare:

- lo stato di avanzamento lavori ed il piano finanziario dell'opera;
- l'andamento della spesa per la realizzazione degli interventi;
- le liquidazioni a favore delle Aziende sanitarie per le spese sostenute.

I dati vengono aggiornati, sia dalla Regione che dalle Aziende sanitarie.

Il sistema fornisce tramite specifici report tutti i dati necessari per la redazione della "Relazione sullo stato di attuazione degli investimenti in sanità", trasmessa annualmente ai competenti Ministeri e permette l'elaborazione, per ciascun Programma di investimento, del Modulo C relativo alle previsioni di Cassa (previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002).

6. Schede tecniche interventi

La proposta di Accordo di Programma prevede 22 interventi di 9 strutturali/impiantistici e 13 di fornitura di tecnologie biomediche.

Di seguito si riportano le schede intervento, sottoscritte digitalmente da ciascun RUP dell'intervento, ordinate secondo lo schema in allegato alla Delibera di Assemblea Legislativa n. 127/2023 con cui è stato approvato l'elenco degli interventi da realizzare con la VI fase.

Preme evidenziare che, in allegato a questo Documento Programmatico, è inserita sia la documentazione progettuale (studi fattibilità, progetto di fattibilità tecnico economica, progetto esecutivo) sia la documentazione relativa ai piani di fornitura. La progettazione e piani di fornitura saranno accompagnati dalle Delibere di approvazione della Direzione Generale di ciascuna Azienda.

Tabella 48 – elenco interventi Accordo di Programma Vi fase secondo lo schema in allegato alla Delibera di Assemblea Legislativa n. 127/2023

Int.	Azienda	Titolo intervento – obiettivo operativo
APE 1	AUSL PIACENZA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale
APE 2	AUSL PARMA	Miglioramento sismico Corpo B Ospedale di San Secondo
APE 3		Ospedale Borgo Val di Taro - Miglioramento sismico Corpo 5-6
APE 4		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 5	AOU PARMA	Realizzazione nuovo Polo dell'Emergenza
APE 6		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 7	AUSL REGGIO EMILIA	Nuovo Edificio ospedaliero Maternità Infanzia - MIRE - 2° stralcio - lavori di completamento edile ed impiantistico
APE 8		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale
APE 9	AUSL MODENA	Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi
APE 10		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 11	AOSP MODENA	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena
APE 12		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 13	AUSL BOLOGNA	Realizzazione del Polo Materno-Pediatico presso l'Ospedale Maggiore
APE 14		Ospedale Maggiore - Opere di miglioramento sismico per risoluzione macrovulnerabilità locali
APE 15		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica
APE 16	AOU BOLOGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 17	IOR	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica
APE 18	AUSL IMOLA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica
APE 19	AUSL FERRARA	Ospedale di Cento - Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma
APE 20		Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale
APE 21	AOU FERRARA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica
APE 22	AUSL ROMAGNA	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale

Codice Regionale intervento: APE 01

RUP dell'intervento: Ing. Matteo Franzosi

CUP: B34E23000070003

Georeferenziazione dell'intervento: AUSL di Piacenza, via Antonio Anguissola 15, Piacenza:

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="radio"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100 % <input type="radio"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="radio"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	---

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura:			
CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	COSTO UNITARIO IVA INCLUSA	COSTO TOTALE IVA INCLUSA
COLONNA ENDOSCOPICA	1	97.600 €	97.600 €
VIDEOGASTROSCOPI	4	30.500 €	122.000 €
VIDEOCOLONSCOPI	4	30.500 €	122.000 €
COLPOSCOPIO	1	36.600 €	36.600 €
COLONNA LAPAROSCOPICA	1	143.960 €	143.960 €
ELETTROMIOGRAFO	1	42.700 €	42.700 €
DEFIBRILLATORI	4	18.300 €	73.200 €
ELETTROCARDIOGRAFO	8	2.742,5 €	21.940 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

Gli interventi sopra elencati prevedono la sostituzione di tecnologie sia nell'ambito ambulatoriale sia sul fronte chirurgico al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia di entrambe le specialità tenendo in considerazione le Linee Guida Regionali in merito all'obsolescenza dell'installato.

In particolare per l'area ambulatoriale sono stati individuati i seguenti interventi:

- sostituzione di una colonna endoscopica per attività gastroenterologica completa di video 4K Full HD, processore, fonte luce, insufflatore, irrigatore, videogastroscoopi e videocolonscopi al fine di garantire una migliore qualità della prestazione fornita e una maggior sicurezza per il paziente; la nuova acquisizione permetterebbe infatti di alienare una colonna e degli strumenti con obsolescenza media superiore ai 12 anni;
- sostituzione di un colposcopio utilizzato presso il presidio di Fiorenzuola per attività di screening collaudato nel 2004;
- sostituzione di un elettromiografo collaudato nel 2007 che permetterebbero un miglioramento e un efficientamento delle prestazioni fornite dagli ambulatori presenti presso il presidio ospedaliero di Piacenza;
- sostituzione di elettrocardiografi in uso presso il pre-ricovero chirurgico e gli ambulatori territoriali dell'AUSL con obsolescenza media di circa 15 anni con fuori supporto del fornitore.

Per l'ambito chirurgico si ritiene opportuna l'introduzione di una nuova colonna laparoscopica completa di video 4K Full HD, sistema televisivo con telecamera e fonte luce dotata di imaging con fluorescenza ICG, insufflatore e sistema di registrazione/streaming integrato al fine di migliorare la qualità delle prestazioni in regime sia ordinario che d'urgenza anche a seguito della riorganizzazione delle sale operatorie tra i presidi ospedalieri di Piacenza e Castel San Giovanni. La nuova introduzione sostituirebbe un sistema con obsolescenza di 16 anni.

Le introduzioni previste porterebbero a una maggior efficienza dei servizi richiesti, ad una maggior garanzia di sicurezza per il paziente e si rivelerebbero fondamentali nell'evitare interruzioni delle prestazioni assistenziali erogate a causa di probabili guasti tecnici.

E' stata inoltre presa in considerazione la possibilità di prevedere la sostituzione di alcuni defibrillatori Philips (modelli MRx M3535A e M3536A), ancora in uso, causa fuori supporto segnalato dal fornitore datato 31 dicembre 2022. L'esigenza è trasversale a diversi reparti (ambulatori cardiologici, pronto soccorso, ecc.).

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Il piano presentato non prevede oneri incrementali di tipo manutentivo, legati a materiali di consumo o di personale trattandosi in tutti i casi indicati di interventi sostitutivi di tecnologie oggi presenti ma obsolete.

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	660.000
---------------------------------------	---------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	627.000
Finanziamento 5% Regione	33.000
Cofinanziamenti aziendali	0
Totale	660.000

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	3	mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	9	mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	3	mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	Azienda USL di Parma
Titolo intervento	Miglioramento sismico corpo B Ospedale di San Secondo
Codice Intervento	APE 2
RUP	Ing. jr. Roberto Degiovanni
CUP	D63D23000090003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: 0 Numero posti letto post intervento: 0 <input type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____ <input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica <p>Superficie complessiva struttura: 10.930 m² Provincia: Parma Comune: San secondo P.se Via: Vitali Mazza n. 3</p>
--	--

Tipo Intervento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare): Miglioramento sismico
	<p>Superficie interessata dall'intervento: 6527 mq Posti letto interessati dall'intervento: 0</p>

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>Gli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica, svolte presso la struttura in parola, hanno evidenziato una elevata vulnerabilità sismica allo stato limite di Salvaguardia della Vita Umana, dovuta prevalentemente alla carenza di strutture sismo-resistenti con particolare riferimento al corpo B dell'Ospedale di San Secondo, corpo di fabbrica per che attualmente ospita esclusivamente attività sanitaria territoriale e, pertanto, privo di posti letto. L'intervento si rende necessario per l'adeguamento della struttura alle norme per la riduzione del rischio sismico di cui alla Legge Regionale E.R. n. 19/2008 e alla Delibera di Giunta Regionale del 26/09/2011 n. 1373;</p>

Descrizione sintetica dell'intervento.

L'intervento sul corpo B dell'Ospedale di San Secondo riguarda tutte le opere necessarie per il miglioramento sismico al 60% del fabbricato in oggetto.

Gli interventi previsti in progetto riguardano principalmente i seguenti aspetti:

- 1) Chiusura con muratura portante, con caratteristiche costruttive simili all'esistente, di alcune aperture (finestre e porte) sia per migliorare la continuità "terra-tetto", sia per aumentare le dimensioni geometriche dei maschi murari, incrementandone le prestazioni;
- 2) Creazione di nuovi maschi murari trasversali;
- 3) Rinforzi dei maschi murari mediante l'aumento di spessore (inserimento di una terza testa per passare da 25 a 38cm);
- 4) Rinforzi dei maschi murari mediante l'applicazione di fibrorinforzati (rete in fibre di basalto e acciaio ad alta resistenza con matrice minerale);
- 5) Rinforzi di pilastri e travi in c.a. dell'esoscheletro mediante l'applicazione di fibrorinforzati (tipo fibre in acciaio ad alta resistenza con matrice minerale);
- 6) Rifacimento completo delle coperture;
- 7) Realizzazione di cordoli in muratura armata;
- 8) Realizzazione di soletta di rinforzo solaio di sottotetto;
- 9) Interventi volti alla risarcitura di fessurazioni con il metodo cuci-scuci;
- 10) Interventi volti alla mitigazione dei meccanismi locali.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche

Lavori ed oneri sicurezza	€ 1.151.283,63
Opere di demolizione	€
Spese tecniche	€ 109.133,10
Altri oneri (specificare) IVA	€ 39.583,27
Importo intervento	€ 1.300.000,00

Quadro Finanziario (QF)

Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	€ 1.235.000,00
Finanziamento 5% Regionale	€ 65.000,00
Quadro finanziario complessivo (QF)	€ 1.300.000,00

Costi parametrici €/m²

Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹ (senza IVA)	176,39 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie ¹	199,17 €/ m ²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	2 Mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	8 Mesi
Stima tempo esecuzione lavori	36 Mesi
Stima tempo collaudo ed attivazione	2 Mesi

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input checked="" type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	Azienda USL di Parma
Titolo intervento	Ospedale di Borgo val di Taro - Miglioramento sismico corpo 5 - 6
Codice Intervento	APE 3
RUP	Ing. Renato Maria Saviano
CUP	D63D23000100003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: 28 Numero posti letto post intervento: 28 <input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica <p>Superficie complessiva struttura: 18.250 m² Provincia: Parma Comune: Borgo Val di Taro Via: Benefattori n. 12</p>
--	---

Tipo Intervento	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare): Miglioramento sismico <p>Superficie interessata dall'intervento: 5.114 mq Posti letto interessati dall'intervento: 28</p>
------------------------	---

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.	
<p>Gli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica, svolte presso la struttura in parola, hanno evidenziato una elevata vulnerabilità sismica allo stato limite di Salvaguardia della Vita Umana, dovuta prevalentemente alla carenza di strutture sismo-resistenti. L'intervento si rende necessario per l'adeguamento della struttura alle norme per la riduzione del rischio sismico di cui alla Legge Regionale E.R. n. 19/2008 e alla Delibera di Giunta Regionale del 26/09/2011 n. 1373.</p>	

Descrizione sintetica dell'intervento.

Al fine di garantire la necessaria celerità e tempestività nella redazione degli studi di fattibilità, l'Azienda USL di Parma ha provveduto ad affidare lo sviluppo degli studi medesimi sul corpo 5 e sul corpo 6 in modo contemporaneo a due distinti professionisti.

Gli studi di fattibilità così prodotti, concorrono a formare il progetto complessivo ed unitario dell'intervento di miglioramento sismico dei corpi 5 e 6 della struttura ospedaliera di Borgo Val di Taro.

Il progetto si traduce infatti in un unico quadro economico, che esprime il costo complessivo dell'intervento nella sua interezza.

CORPO 5

Gli interventi che si prevedono di realizzare per il corpo 5 al fine di raggiungere il 60% (minimo) di Ag/g sono di seguito elencate:

- rivalutazione del livello di conoscenza di conglomerati cementizi e armature in opera, con passaggio da LC2 a LC3,
- costruzione di un nuovo insieme di setti sismo-resistenti, sottofondati con micropali, sul lato Est dell'edificio, saldamente fissato ai diaframmi rigidi di orizzontamento esistenti.
- demolizione dell'intorno di quota parte dei pilastri esistenti, esterni ed interni all'edificio (lato Est), con spostamento di eventuali sottoservizi e realizzazione di confinamenti; getto di confinamento anulare eseguito su tali pilastri con conglomerati cementizi ad alta resistenza, previa posa di nuove armature; in ragione dell'incremento delle sollecitazioni trasmesse in fondazione dovranno essere corrispondentemente posate sottofondazioni in micropali nell'intorno di ogni singolo pilastro rinforzato;
- Sistemático confinamento dei nodi perimetrali e d'angolo
- Rispristino delle murature esterne e opere di finiture
- Mitigazione dei martellamenti sul giunto strutturale con l'edificio 6 mediante inserimento di dissipatori elastoplastici.
- Sistemático alleggerimento delle coperture mediante demolizione dell'attuale sovrastruttura in muri e tavelloni e sostituzione con sottostrutture in carpenteria metallica e completamento con pannelli leggeri.
- Demolizione e ricostruzione di scala di sicurezza esterna.

CORPO 6

L'intervento viene inquadrato nel miglioramento sismico con aliquote di incremento della capacità in grado di posizionarsi a valori prossimi all'80% di quella di progetto, ed utilizza il metodo innovativo delle torri dissipative poste all'esterno del perimetro del fabbricato e collegate a quest'ultimo, ai vari livelli, con un sistema di tiranti e puntoni.

Il sistema prevede la realizzazione di torri dedicate alla protezione sismica, equipaggiate con dispositivi di dissipazione di energia, disposte all'esterno dell'edificio. Le torri sono vincolate alla base su un appoggio centrale a cerniera sferica e su dispositivi di dissipazione dell'energia perimetrali e collegate alla struttura del fabbricato in corrispondenza di un piano rigido, che sarà realizzato in corrispondenza del secondo e terzo solaio.

Per la realizzazione del piano rigido è necessario procedere con:

- Demolizione pavimento, massetto e sottofondo esistente del solaio del comparto operatorio;
- Realizzazione nuova caldana collaborante con il solaio esistente;
- Realizzazione nuovo massetto e nuovo pavimento;
- Rifacimento completo copertura (sostituzione copertura pesante con copertura leggera);
- Intercettazione e deviazioni impianti;
- Sistemazione esterna e realizzazione opere di sostegno.

Durante queste lavorazioni non sarà a disposizione dell'attività sanitaria il comparto operatorio della struttura ospedaliera.

Si precisa che i successivi livelli di progettazione dell'intervento saranno sviluppati in modo organico ed unitario con riferimento ad entrambi i corpi di fabbrica.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	3.349.500,00€
Opere di demolizione	0,00€
Spese tecniche	451.400,00€
Altri oneri (specificare) IVA	199.100,00€
Importo intervento	4.000.000,00€

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	3.800.000,00€
Finanziamento 5% Regionale	200.000,00€
Quadro finanziario complessivo (QF)	4.000.000,00€

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹ (senza IVA)	654,97€/m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹	782,17€/m²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	24 Mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	6 Mesi
Stima tempo esecuzione lavori	36 Mesi
Stima tempo collaudo ed attivazione	4 Mesi

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input checked="" type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda USL di Parma

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica

Codice Regionale intervento: APE 04

RUP dell'intervento: Ing. Matteo Berghenti

CUP: D24E23000040003

Georeferenziazione dell'intervento:

Presidio Ospedaliero di Vaio - Via Don Tincati n°5 – 43036 Fidenza (PR), Distretto Sud-Est dell'Azienda USL di Parma, Distretto di Parma dell'Azienda USL di Parma

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
--	--

Piano di fornitura

CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	COSTO UNITARIO IVA ESCLUSA	COSTO TOTALE IVA INCLUSA
PORTATILE PER SCOPIA	1	95.500 €	116.510 €
PORTATILE PER GRAFIA DR	1	59.836 €	73.000,00 €
ORTOPANTOMOGRFO	2	31.000 €	75.640,00 €
RIUNITO DENTISTICO	5	20.000 €	122.000 €
COLONNA LAPAROSCOPICA	1	92.500 €	112.850 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

Secondo le linee guida Regionali definite dal G.R.T.B., occorrerebbe programmare la sostituzione delle apparecchiature con più di 10 anni di esercizio richiamando l' "Age profile medical device" del COCIR (European Coordination Committee of Radiological, Electromedical and Medical IT Industries) che definisce gli indicatori per valutare l'obsolescenza delle apparecchiature in ambito sanitario. Il programma di sostituzione è pertanto volto a riportare tali categorie di apparecchiature entro i limiti individuati.

In specifico si dettaglia inoltre quanto segue.

Per l'ammodernamento complessivo delle tecnologie in uso in ambito radiologico, escluse le grandi apparecchiature specificatamente previste nei progetti PNRR, occorre considerare alcune specifiche classi tecnologiche specificate nella tabella seguente

Il portatile per scopia, in uso presso il centro di elettrofisiologia dell'Ospedale di Fidenza, con oltre 8 anni di utilizzo per circa 150 interventi / anno, necessita di sostituzione al fine di rendere maggiormente efficiente l'attività svolta e di minimizzare i fermi macchina spesso bloccanti e con ripercussioni negative sui tempi di attesa dei pazienti per l'erogazione delle prestazioni previste.

Il portatile per grafia è invece in uso presso la Radiologia dell'Ospedale di Fidenza con oltre 12 anni di obsolescenza. La sostituzione di tale tecnologia, ancora di tipo analogico, consentirebbe di passare alla tecnologia digitale diretta con una più rapida ed efficiente operatività oltre alla possibilità di migliorare la qualità delle immagini abbandonando gradualmente l'uso delle cassette e dei lettori CR per l'esecuzione di indagini radiologiche dei pazienti degenti.

Per i due ortopantomografi in uso con tecnologia analogica, è auspicabile una sostituzione al fine di digitalizzare anche i due centri presso cui sono attualmente in uso le apparecchiature in questione (Ospedale di Fidenza e Casa Della Salute Pintor a Parma) entrambe con oltre 12 anni di obsolescenza consentendo non solo un miglioramento qualitativo ma anche una maggiore efficienza e produttività oltre che la possibilità di integrare a PACS le immagini delle prestazioni erogate.

In base al programma regionale per le cure odontoiatriche e protesiche garantite dal Servizio sanitario regionale, nelle strutture di Azienda USL di Parma vengono offerte cure dentistiche e protesi gratuite alle persone con particolari problemi di salute o con i redditi più bassi secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento: Delibera Giunta regionale n 2678 del 20 dicembre 2004; circolare regionale n. 11 del 26 maggio 2005; circolari regionali n. 12 e n.13 del 3 giugno 2005 DGR 374 del 27/03/2008. Il grado di obsolescenza dei riuniti dentistici in uso (obsolescenza media di oltre 12 anni) e l'elevata incidenza di guasto, tuttavia, limitano la potenzialità dell'erogazione di tali prestazioni. Si prevede la sostituzione dei 5 sistemi maggiormente critici presso il Distretto di Parma e il Distretto Sud Est.

Negli ultimi anni l'evoluzione tecnologica ha consentito di portare anche in ambito chirurgico lo sviluppo di sistemi sempre più performanti in grado consentire l'esecuzione di interventi chirurgici specialistici con tecniche mininvasive. Presso l'urologia dell'Ospedale di Fidenza, a tal proposito, è auspicabile provvedere alla sostituzione dell'attuale colonna laparoscopica in uso, ormai obsoleta (oltre 12 anni) e con frequenti malfunzionamenti, con un sistema tecnologicamente all'avanguardia per l'esecuzione di oltre 100 interventi / anno.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che

l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Per tutte le tecnologie riportate, trattandosi di sostituzioni, non si prevedono costi di esercizio aggiuntivi legati a consumabili dedicati o aspetti manutentivi, né alla necessità di personale aggiuntivo essendo attività già consolidate. È ragionevole prevedere, eventualmente, una contrazione dei costi manutentivi per i primi 12/24 mesi in virtù della garanzia post vendita dei sistemi in questione.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
PORTATILE PER SCOPIA	116.510 €	1	15.000 €
PORTATILE PER GRAFIA DR	73.000 €	1	5.000 €
ORTOPANTOMOGRFO	37.820 €	2	7.000 €
RIUNITO DENTISTICO	24.400 €	5	5.000 €
COLONNA LAPAROSCOPICA	112.850 €	1	8.000 €

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	500.000 €
---------------------------------------	-----------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	475.000 €
Finanziamento 5% Regione	25.000 €
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	500.000 €

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	6 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	12 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	6 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
Titolo intervento	Realizzazione nuovo polo dell'emergenza
Codice Intervento	APE 5
RUP	Ing. Renato Maria Saviano
CUP	F95F23000080003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: 1067 Numero posti letto post intervento: 1083</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 228.044 ,00m² Provincia: Parma Comune: Parma Via: Gramsci n°14</p>
--	---

Tipo Intervento	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nuova costruzione</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliamento</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____</p>
	<p>Superficie interessata dall'intervento: 7.771 mq Posti letto interessati dall'intervento: 36 (si fa presente che 20 PL derivano da trasferimento di funzioni già presente in area ospedaliera)</p>

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>Nell'ambito dell'attuale articolazione delle strutture sanitarie afferenti all'area ospedaliera di più recente insediamento, cosiddetta "Poliblocco", la cui edificazione si è sviluppata a partire dagli anni 1970, l'Azienda si pone l'obiettivo di conseguire la riorganizzazione ed il miglioramento funzionale delle procedure inerenti alla gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria mediante la costituzione di un nuovo Polo Chirurgico-Diagnostico, al fine di fornire un modello sanitario più adeguato alla caratterizzazione degli accessi, implementando i percorsi dell'emergenza legati alle terapie tempo-dipendenti, e separandoli dai flussi e percorsi dell'urgenza, destinati agli attuali percorsi di cura.</p>

L'attuazione del nuovo modello di polarizzazione dei percorsi dell'emergenza induce, necessariamente, ad una rivalutazione dei percorsi nell'attuale assetto distributivo del complesso ospedaliero, nell'ottica di mitigare, se non risolvere, la frammentazione dei percorsi di collegamento tra le funzioni di accesso, diagnostica, trattamento e degenza.

Ne consegue la necessità di ridefinire le connessioni tra elisuperficie, PS e unità operative di trattamento delle patologie tempo-dipendenti (trauma, stroke, STEMI e sindrome coronarica acuta, sindrome aortica acuta, gravi ustioni, ecc.).

Per attuare il nuovo modello di polarizzazione dei percorsi di emergenza per un più efficiente raccordo con i percorsi di urgenza già affermati nel contesto ospedaliero, si rende opportuna la realizzazione di un nuovo edificio, non essendo disponibile nel contesto ospedaliero una struttura sanitaria adattabile o rinnovabile in funzione dei collegamenti da realizzare, della razionalizzazione dei percorsi da perseguire, ecc.

Lo stabile si candida ad essere il fulcro per l'accesso, la diagnostica, il trattamento e l'indirizzo dei pazienti che giungono con patologie tempo dipendenti, riducendo la frammentazione dei percorsi. Tramite l'elisuperficie collocata sulla sommità saranno ridotti i tempi di accesso alle strutture di accettazione ed agli altri percorsi ove clinicamente indicato.

Il nuovo polo consentirà logisticamente la separazione dei percorsi dell'emergenza che qui saranno sviluppati, da quelli dell'urgenza che proseguiranno dell'attuale setting, secondo gli attuali indirizzi regionali in sviluppo.

Descrizione sintetica dell'intervento.

Il nuovo edificio, denominato "Nuovo Polo dell'emergenza", ospiterà le funzioni di accoglienza e dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di, hub per patologie tempo-dipendenti quali trauma, stroke, STEMI e sindrome coronarica acuta, sindrome aortica acuta, oltre che gravi ustioni. La palazzina sarà comunicante con il poliblocco attraverso un collegamento al primo piano verso il Centro del Cuore garantendo accesso diretto all'emodinamica e alla cardiocirurgia nonché al resto dell'ospedale garantendo quindi anche la continuità tra piastre operatorie e terapie intensive, collocate al terzo piano dei Padiglioni Ala Sud, Ala Est, Ala Ovest e Centrale.

Il nuovo fabbricato, oggetto della presente scheda, sorgerà in corrispondenza della attuale eliporto (che dovrà essere ricollocato in altra sede all'esterno dell'area ospedaliera) e si svilupperà su 5 piani, di cui uno interrato e 4 fuori terra, per una superficie complessiva di circa 7.771,00 mq.

Oltre all'elisuperficie, posta in sommità e costituita da piattaforma metallica ancorata alla struttura portante, le altre destinazioni d'uso previste all'interno del nuovo edificio sono pertanto le seguenti:

Piano interrato: spogliatoi, magazzini, depositi e centrale tecnologica;

Piano Terra: Hall, accoglienza, camera calda e accettazione per le patologie tempo dipendenti ad esclusivo accesso 118, sala codici rossi da 6 postazioni (di cui 2 shock room) e un'Osservazione Breve Intensiva con n° 8 posti letto;

Piano Primo: piattaforma della Diagnostica, che comprenderà n°1 TAC, n°1 RMN, n° 2 sale angiografiche con annessa recovery room da 4 posti letto. A questo livello sarà realizzato il collegamento con il poli blocco esistente verso il Centro del Cuore e la Piastra Tecnica;

Piano Secondo: Piastra Operatoria e PACU con n°4 sale operatorie di cui una ibrida e n°8 letti di post anesthesia care unit (PACU);

Piano Terzo: Stroke unit da n.8 PL e centro ustioni da n.8 PL con ambulatorio chirurgico.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	19.550.000,00€
Opere di demolizione	0,00€
Spese tecniche	2.088.969,52€
Altri oneri (specificare) IVA	2.298.030,48€
Importo intervento	23.937.000,00€

Quadro economico comprensivo IVA arredi tecnologie biomediche/ICT	
Arredi	150.000,00€
Tecnologie biomediche	3.800.000,00€
Tecnologie ICT	200.000,00€
Altri oneri (specificare) IVA	913.000,00€
Importo	5.063.000,00€

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	27.550.000,00 €
Finanziamento 5% Regionale	1.450.000,00 €
	€
Quadro finanziario complessivo (QF)	29.000.000,00 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹ (senza IVA)	2.516 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo* / superficie ¹	3.080 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE comprensivo di lavori e tecnologie** / superficie ¹	3.732 €/ m ²

*: Q.E. complessivo delle opere strutturali ed impiantistiche

** : Q.E. comprensivo delle opere strutturali ed impiantistiche oltre arredi e tecnologie biomediche/ICT

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	Mesi 24
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 8

Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 48
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 6

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input checked="" type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica

Codice Regionale intervento: APE 06

RUP dell'intervento: Ing. Matteo Berghenti

CUP: F94E23000070003

Georeferenziazione dell'intervento: Via Gramsci, 14 43126 Parma

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="radio"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="radio"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="radio"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	COSTO UNITARIO IVA ESCLUSA	COSTO TOTALE IVA INCLUSA
PORTATILE PER SCOPIA	3	128.415 €	470.000 €
APPARECCHIATURE PER OCULISTICA	1	98.361 €	120.000 €
COLONNA LAPAROSCOPICA	1	90.164 €	110.000 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

Secondo le linee guida Regionali definite dal G.R.T.B., occorrerebbe programmare la sostituzione delle apparecchiature con più di 10 anni di esercizio richiamando l' "Age profile medical device" del COCIR (European Coordination Committee of Radiological, Electromedical and Medical IT Industries) che definisce gli indicatori per valutare l'obsolescenza delle apparecchiature in ambito sanitario. Il programma di sostituzione è pertanto volto a riportare tali categorie di apparecchiature entro i limiti individuati.

In specifico si dettaglia inoltre quanto segue.

Nell'ambito della diagnostica radiologica, l'utilizzo di portatili per scopia è sempre più importante e diffuso durante le procedure chirurgiche sia per il controllo intraoperatorio del posizionamento di protesi che per consentire l'esecuzione di procedure specialistiche sia esplorative con ruolo diagnostico che operative/terapeutiche. È pertanto necessario considerare tra le proposte di ammodernamento la sostituzione di alcuni dei portatili più obsoleti e maggiormente utilizzati.

I portatili per scopia per i quali si propone la sostituzione hanno elevata obsolescenza e frequenza di guasto che ne compromettono l'affidabilità nella pratica clinica quotidiana con disagi e ritardi nell'erogazione delle prestazioni connesse.

In specifico si vorrebbero sostituire i seguenti sistemi:

- OEC Medical System mod. 9800 Plus in uso presso Urologia C.O. per circa 400 procedure / anno installato nel 2002
- Philips mod. Endura BV 12 in uso presso l'U.O. Neuroradiologia per circa 200 procedure / anno installato nel 2005
- Philips mod. Endura BV 9 in uso presso l'U.O. Ortopedia per circa 200 procedure / anno installato nel 2007

L'elevata obsolescenza tecnologica delle apparecchiature ambulatoriali in uso presso l'U.O. Oculistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, rappresenta un limite all'efficienza e alla produttività del centro con ripercussioni anche sulla qualità e sui tempi di attesa delle prestazioni erogate.

In specifico occorre prevedere un consistente rinnovo di alcune delle apparecchiature più diffuse in tale ambito come tonometri, auto refrattometri, microscopio endoteliale, lampade a fessura, frontofocometri, ottotipi digitali, topografo corneale.

Negli ultimi anni l'evoluzione tecnologica ha consentito di portare anche in ambito chirurgico lo sviluppo di sistemi sempre più performanti in grado consentire l'esecuzione di interventi chirurgici specialistici con tecniche mininvasive.

Presso l'urologia dell'Azienda Ospedaliera di Parma, a tal proposito, è auspicabile provvedere alla sostituzione della colonna in uso più obsoleta (oltre 15 anni) e con frequenti malfunzionamenti, con un sistema tecnologicamente all'avanguardia per l'esecuzione di tutte le principali procedure endourologiche (TURP, TURV, trattamento delle calcolosi renali e vescicali, ecc...ecc...). Il centro effettua complessivamente oltre 800 interventi urologici all'anno.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Per tutte le tecnologie riportate, trattandosi di sostituzioni, non si prevedono costi di esercizio aggiuntivi legati a consumabili dedicati o aspetti manutentivi, né alla necessità di personale aggiuntivo essendo attività già consolidate.

È ragionevole prevedere, eventualmente, una contrazione dei costi manutentivi per i primi 12/24 mesi in virtù della garanzia post vendita dei sistemi in questione.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
PORTATILE PER SCOPIA	156.666 €	3	50.000 €
APPARECCHIATURE PER OCULISTICA	120.000 €	1	10.000 €
COLONNA LAPAROSCOPICA	110.000 €	1	8.000 €

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	700.000 €
--	------------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	665.000 €
Finanziamento 5% Regione	35.000 €
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	700.000 €

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	6 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	12 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	6 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	Azienda USL di Reggio Emilia
Titolo intervento	Nuovo edificio ospedaliero Maternità Infanzia – MIRE 2° stralcio lavori di completamento edile ed impiantistico
Codice Intervento	APE 7
RUP	Ing. Paolo Canepari
CUP	G85F23000090003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	Tipologia struttura: ✓ Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: <u>869</u> Numero posti letto post intervento: <u>887</u> Superficie complessiva struttura: <u>196.400 m²</u> Provincia: Reggio Emilia Comune: Reggio Emilia Via: Risorgimento, 80, 42123 (accesso principale Arcispedale Santa Maria Nuova)
--	---

Tipo Intervento	✓ Completamento di aree edificate allo stato "grezzo" Superficie interessata dall'intervento: <u>12.050 m²</u> (Area 2° Stralcio) Posti letto interessati dall'intervento: <u>100</u> (di cui 18 nuovi PL e 82 PL da trasferire nella nuova struttura)
------------------------	---

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.

L'intervento consiste nel completamento dell'edificio MIRE, denominato 2° Stralcio, già oggetto di separato finanziamento ai sensi dell'Art.20 L.67/88, ad oggi in corso di realizzazione per il 1° Stralcio. Questo 2° Stralcio in oggetto comprende il completamento di tutte le aree previste ad oggi allo stato "grezzo" nel 1° Stralcio, e pari a circa 12.050 mq di superficie lorda interna sul totale di 23.705 mq dell'edificio MIRE completo.

I principali obiettivi che l'edificio MIRE completo consente di raggiungere, in coerenza con la programmazione aziendale, sono:

- Aggregare attività che attualmente sono separate, favorendo l'integrazione dei professionisti nel percorso di diagnosi e cura e la realizzazione di economie di scala;
- Assicurare un'assistenza per intensità di cura e complessità assistenziale centrata sul paziente;
- Fornire comfort, privacy, sicurezza, assenza di barriere, umanizzazione dell'assistenza, superando le attuali collocazioni nella parte storica dell'ospedale, datate e condizionate dai vincoli strutturali;
- Realizzare un centro nascita che preveda percorsi differenziati in funzione del rischio, in un ambiente in cui è immediatamente disponibile l'assistenza medica intensiva per mamma e bambino.

Il completamento del 2° Stralcio del MIRE consente quindi di trasferire le attività a maggiore intensità di cura (Ostetricia, Ginecologia, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Blocco parto) dall'attuale area materno-infantile, collocata nei corpi storici dell'Ospedale, che presentano carenze logistiche, strutturali e ambientali, legate al modello architettonico datato. In questo modo l'edificio MIRE verrà completato nella sua interezza e risulterà funzionale e funzionante a tutti i livelli.

Illustrazione del procedimento tecnico amministrativo per la realizzazione dell'intervento

Al fine di procedere con l'approvazione e l'affidamento dei lavori relativi al 2° stralcio si premette che con Delibera n. 163 del 26/04/2023 si è provveduto ad approvare la proposta di variante in diminuzione delle opere previste inizialmente con la conseguente definizione di due nuovi stralci realizzativi richiamati al punto precedente (Stralcio 1 relativo ai lavori in corso di esecuzione che consentiranno la piena funzionalità delle degenze pediatriche del piano primo e Stralcio 2 relativo ai lavori oggetto della presente scheda che consentiranno di completare quanto previsto nella programmazione sanitaria).

Lo stesso Collegio consultivo tecnico ha espresso parere positivo in data 21/06/2023 a tale proposta di variante stralcio in diminuzione propedeutica alla definizione delle opere oggetto dello stralcio 2 relative al presente completamento; l'azienda USL quindi, ottenuto tale positivo parere, sta perfezionando con l'impresa affidataria l'atto di sottomissione per questa variante.

Ciò premesso, considerato che gli elaborati progettuali relativi all'intero intervento del MIRE come previsto nella programmazione sanitaria approvata, sono stati validati con verbale prot. AUSL n. 26727 del 01/03/2019 e successivamente integrato con verbale prot. AUSL n. 69429 del 11/06/2020, con verbale prot. AUSL n. 51062 del 23/04/2020 e successivamente integrato con verbale prot. AUSL n. 69436 del 11/06/2020, si specifica che il progetto esecutivo del presente Stralcio 2 è in corso di aggiornamento per quanto dovuto alla novellazione normativa.

Nel dettaglio il percorso tecnico finalizzato all'aggiornamento progettuale è il seguente:

- sono stati aggiornati gli elaborati grafici principali del progetto esecutivo per il presente 2° stralcio;
- i suddetti elaborati sono suddivisi secondo le principali tipologie di lavorazioni: architettonici, finiture edili, impianti elettrici e speciali (equipotenziati, impianti TD, illuminazione, rilevazione fumi, chiamata infermieri, classificazione locali ad uso medico) ed impianti meccanici (aeraulico, idronico, riscaldamento, idrico sanitario, gas medicali, reti di scarico e antincendio);
- tali elaborati grafici rappresentano il conseguente aggiornamento degli elaborati esecutivi già validati, al fine di individuare la corretta divisione delle opere secondo i due differenti stralci come descritto in precedenza;
- si procederà quindi al completamento dell'aggiornamento dei restanti elaborati, in particolare dei computi metrici estimativi redatti avendo a riferimento i prezziari di cui all'art. 41, comma 13, del D.Lgs. 36/2023.

Descrizione sintetica dell'intervento.

L'intervento di completamento del 2° Stralcio comporterà quindi la realizzazione di opere edili ed impiantistiche ai piani ad oggi lasciati per il 1° Stralcio allo stato "grezzo", più in dettaglio:

- Piano interrato: realizzazione di parti comuni, locali di servizio e di supporto, oltre a locali ad uso deposito, il tutto per un miglioramento del comfort per i lavoratori e della gestione dei servizi di supporto;
- Piano terra: ingresso e accettazione, realizzazione Blocco Parto con sale travaglio e sale operatorie, direttamente collegate al reparto di Neonatologia/TIN, pronto soccorso ostetrico-ginecologico;
- Piano primo: completamento del piano con la realizzazione degli ambulatori di Pediatria;
- Piano secondo -> realizzazione del reparto degenza e ambulatori di Ostetricia incluso area destinata al parto fisiologico;
- Piano terzo: realizzazione del reparto degenza Ginecologia, oltre a Day Service ambulatoriale/Day Surgery con la realizzazione di un ambulatorio chirurgico dedicato e vari locali di servizio, studi medici.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	23.600.000 €
Opere di demolizione	0 €
Spese tecniche (incluso IVA)	1.700.000 €
Altri oneri (imprevisti/incentivi/IVA)	3.700.000 €
Importo intervento	29.000.000 €

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	27.550.000 €
Finanziamento 5% Regionale	1.450.000 €
Quadro finanziario complessivo (QF)	29.000.000 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹	1.958,50 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹	2.406,64 €/ m²

1: Superficie oggetto dell'intervento (considerati 12.050 mq di completamento del 2° Stralcio riferiti ad aree già realizzate ed allo stato "grezzo")

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	Mesi 3
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 9
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 30
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 6

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione
	<input type="checkbox"/> Studio di fattibilità
	<input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica
	<input type="checkbox"/> Progetto definitivo
	<input checked="" type="checkbox"/> Progetto esecutivo

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: AUSL di Reggio Emilia IRCCS

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale

Codice Regionale intervento: APE 8

RUP dell'intervento: Paolo Bottazzi

CUP: G89I23000410001

Georeferenziazione dell'intervento: Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS, via Amendola 2, 42122 Reggio Emilia (RE)

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100 % <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura			
CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	COSTO UNITARIO IVA INCLUSA	COSTO TOTALE IVA INCLUSA
Fluorangiografo	2	158.600 €	317.200 €
Ecografo	1	52.500 €	52.500 €
Densitometro osseo	1	48.800 €	48.800 €
Cabina per fototerapia	1	39.040 €	39.040 €
Sistema Holter ECG	1	146.400 €	146.400 €
Portatile di radioscopia	1	207.400 €	207.400 €
Elettrobisturi per Chirurgia	1	24.460 €	24.460 €
Laser per Chirurgia	1	30.500 €	30.500 €
Colonna per videolaparoscopia	1	102.700 €	102.700 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

L'intervento è coerente con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

Nell'elenco presente nella sezione precedente sono presenti apparecchiature, il cui livello di prestazioni e continuità di servizio non è più garantibile a causa dell'età e della manutenibilità, con alcune apparecchiature end of service, con possibili impatti negativi sulla erogazione delle prestazioni, in particolare ambulatoriali e chirurgiche. Fra le tecnologie più rilevanti si segnalano: un portatile di radioscopia utilizzato per interventi di Endoscopia Digestiva del 2003; due fluorangiografi per attività ambulatoriale di oculistica, in sostituzione di strumenti dichiarati end of service; sistemi di monitoraggio cardiologico per l'attività holter non supportati, che porterà anche alla creazione di un unico sistema a livello provinciale; ecografo per attività ambulatoriali, con difficoltà di manutenibilità; una colonna da videolaparoscopia per le specialità chirurgiche, con prestazioni non più adeguate all'uso per la qualità del segnale e anche a causa dell'elevata frequenza di manutenzioni; un elettrobisturi ed un laser chirurgico dichiarati end of service; una cabina UV per fototerapia dichiarata end of service.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Per le apparecchiature previste in sostituzione di analoga apparecchiatura e per quelle oggetto di aggiornamento tecnologico si può ipotizzare che i costi emergenti a partire dalla scadenza della garanzia saranno in linea con quelli attuali, pari a circa il 7% del valore di acquisto, in quanto presenti tecnologie per cui si può prevedere la stipula di contratti di manutenzione, quali i radiologici e i fluorangiografi.

Gli interventi oggetto della presente relazione non comporteranno incrementi di personale sanitario, rispetto agli organici attuali.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
Apparecchiature per specialistica ambulatoriale	45.000	1	45.000
Apparecchiature per area chirurgica	4.000	1	25.000

Quadro economico – finanziario

Considerati 1.000 € di oneri per la sicurezza.

Costo complessivo dell'intervento (€)	970.000
---------------------------------------	---------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	921.500
Finanziamento 5% Regione	48.500
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	970.000

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	6 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	12 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	6 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	AUSL di Modena
Titolo intervento	Nuovo Ospedale di Carpi
Codice Intervento	APE 09
RUP	Ing. Pasquale G.F. Romio
CUP	J91B20000980006

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera (Ospedale di sostituzione) Numero posti letto attuali: 259 Numero posti letto post intervento: 259</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 47.050,00 m² Provincia: Modena Comune: Carpi Via: Lotto da espropriare e urbanizzare</p>
--	--

Tipo Intervento	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____</p> <p>Superficie interessata dall'intervento: 47.050 m² Posti letto interessati dall'intervento: 259</p>
------------------------	---

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>L'attuale struttura, per dimensioni, spazi e vetustà, è insufficiente a coprire le necessità del territorio; ospita 259 PL più la sede del Poliambulatorio distrettuale. Risulta spesso inadeguato il funzionamento degli impianti di riscaldamento/raffrescamento, l'offerta del comfort alberghiero, gli spazi dedicati agli ambulatori medici, al personale sanitario, di assistenza, ai pazienti e ai familiari, mancano sale riunioni e gli spazi dedicati alla formazione del personale.</p>

Costantemente sono necessarie costose e ripetute riparazioni degli impianti e opere di manutenzione straordinaria che con grandi sforzi organizzativi si devono rendere compatibili con le quotidiane attività sanitarie. Considerati i volumi in crescita delle attività cliniche e chirurgiche, si rende necessario un nuovo ospedale in grado di rispondere a tale esigenza, in quanto la struttura esistente presenta le seguenti criticità:

- presenza di limiti strutturali, distributivi e logistici della struttura che si manifestano:
 - con percorsi promiscui e collegamenti difficoltosi tra le diverse aree-operative/logistiche;
 - con una bassa flessibilità degli spazi a discapito degli standard funzionali, assistenziali e sanitari;
- impossibilità, nonostante gli interventi di ristrutturazione e manutenzione, di ottenere edifici prestazionalmente efficienti dal punto di vista energetico e tecnologico;
- necessità di grandi investimenti per far fronte ad adeguamenti normativi vigenti (antincendio, sismica etc.): interventi da realizzare per stralci;
- modalità di intervento limitate a porzioni delle aree sanitarie interne con gravi ripercussioni sulle attività, e con elevato e prolungato grado di disturbo sia nei confronti del personale sanitario che dell'utenza;
- ridotta vita utile dei fabbricati e vulnerabilità residue non eliminabili;
- scarsa o nulla flessibilità degli spazi e delle funzioni rispetto alla necessità di fronteggiare situazioni di elevata affluenza e/o morbosità quale quella verificatasi con l'emergenza sanitaria;
- permanenza di elevata promiscuità negli spostamenti all'interno dei vari corpi edilizi anche in riferimento alle modalità di accesso dall'esterno per le differenti tipologie di utenza;
- mancanza di adeguati rapporti tra organismi edilizi e spazi aperti di relazione: la conformazione attuale si trova infatti compressa nel tessuto urbano consolidato.
- Limitata possibilità di adeguamenti futuri a standard sanitari e prestazionali di livello sempre maggiore e sempre più condizionanti, che la struttura attuale, anche se opportunamente implementata, non riuscirebbe a soddisfare pienamente;
- ridotta accessibilità legata alla scarsità dell'offerta di sosta, sia nei confronti del personale sanitario che per l'utenza;
- nell'ambito urbano, in cui si inserisce il plesso ospedaliero, risulta impossibile trovare nuovi spazi che possano in modo adeguato rapportarsi con l'esistente

Descrizione sintetica dell'intervento.

La progettazione del sistema ospedaliero è finalizzata a garantire l'integrazione dello stesso con la città e le sue funzioni. In particolare l'obiettivo che si persegue è permettere alla città di "entrare" nel nuovo ospedale consentendo a quest'ultimo di prendere così parte alla vita urbana. Il complesso ospedaliero così pensato rappresenta, pertanto, un elemento urbano autonomo che non impone la necessità di realizzare nelle aree limitrofe servizi e attività a esso connesse, ma che rappresenta una realtà sociale in cui soddisfare tutti i principali servizi connessi con le prestazioni che vi si svolgeranno.

Dal punto di vista urbanistico e ambientale il nuovo stabilimento è pensato come una struttura aperta al territorio, in grado di valorizzare il suo intorno come elemento primario nell'ambito cittadino e delle sue aree, anche periferiche.

Le aree esterne giocano un ruolo importante: il nuovo ospedale nasce, infatti, inserito in un contesto in cui le aree a verde, attrezzate e non, sono concepite come zone di sosta ma anche come aree destinate allo svago dei pazienti e dei loro accompagnatori.

Il modello strutturale del nuovo ospedale si basa principalmente sul concetto di fruibilità, sia per gli operatori che per i pazienti, in rete con il territorio. Infatti, un ospedale di moderna concezione deve garantire ai professionisti la possibilità di lavorare routinariamente in team interdisciplinari, privilegiando il percorso clinico alla settorializzazione specialistica, facilitando la crescita professionale e l'acquisizione di competenze cliniche articolate, nonché la capacità ordinaria di trattare casi complessi. La rapidità di spostamento dei professionisti all'interno dell'ospedale, soprattutto quelli coinvolti nell'emergenza, e la possibilità di trasferimento dei pazienti tra i diversi setting assistenziali garantiscono tempestività di adeguato trattamento e, in ultima analisi, sicurezza. In questo senso, è stato fondamentale organizzare distinti percorsi per pazienti interni e pazienti esterni. Per quanto riguarda i pazienti, sia interni che esterni, il nuovo ospedale semplificherà la fruizione di tutti i servizi sanitari offerti: percorsi lineari e ben riconoscibili, accoglienza e percorsi differenziati in base alla tipologia di servizio, distanze brevi e facilmente percorribili, accompagnati da comodità di raggiungimento della struttura da ogni parte della provincia e ampia disponibilità di parcheggio.

Le principali specialità medico-chirurgiche presenti nell'ospedale attuale* e riconfermate nell'ospedale di sostituzione sono:

- CARDIOLOGIA
- CHIRURGIA GENERALE
- MEDICINA GENERALE
- NEFROLOGIA
- NEUROLOGIA
- OCULISTICA
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- PEDIATRIA
- PSICHIATRIA (R.T.I.)**
- UROLOGIA
- ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

NOTE: *. Presenti Zone di Area Diurna comprendenti attività Oncologica, Dialitica, ecc..

** . 9 PL SPDC In corso di Autorizzazione ad RTI

Il sistema progettato per il nuovo ospedale è costituito da diversi corpi di fabbrica, strettamente interconnessi a livello funzionale ma dotati di una propria autonomia formale e compositiva, la scelta di realizzare diversi blocchi funzionali risponde ai seguenti criteri ordinatori:

- L'assetto planivolumetrico è pensato per ridurre **l'impatto sull'ambiente** realizzando un compromesso fra altezza degli edifici e consumo di suolo, pervenendo a un'altezza generale di tre livelli fuori terra e progettando solo il corpo delle degenze con quattro livelli. Il complesso si struttura tramite blocchi funzionali in stretta connessione fra loro in modo da consentire una specializzazione a ciascun blocco e al tempo stesso promuovere la massima integrazione delle loro funzioni.

- La realizzazione di diversi blocchi aumenta la superficie di facciata e risponde all'esigenza di dotare il maggior numero di aree possibili di **luce naturale**.
- La dislocazione dei vari corpi di fabbrica risponde al criterio di **complessità crescente**, sia da un punto di vista sanitario che tecnologico e permette la razionalizzazione del sistema impiantistico e dello schema dei percorsi interni.
- I corpi di fabbrica sono disposti seguendo una **permeabilità decrescente** delle varie aree. Infatti, il complesso si compone ponendo in successione aree sempre meno accessibili al pubblico e sempre destinate prevalentemente a un'utenza sanitaria.

Il complesso ospedaliero in progetto è così conformato e suddiviso:

- L'attuale struttura, per dimensioni, spazi e vetustà, è insufficiente a coprire le necessità del territorio; ospita 259 PL più la sede del Poliambulatorio distrettuale. Risulta spesso inadeguato il fu nella parte anteriore del complesso, a formare una piazza d'ingresso, sono situati due blocchi paralleli di tre piani, che ospitano il sistema dipartimentale e della formazione, nonché a piano terra alcune funzioni che richiedono l'accesso diretto dall'esterno;
- trasversalmente ai precedenti è realizzato il blocco centrale, composto da quattro piani, che ospita le funzioni sanitarie correlate all'accesso e alla fruizione da parte del pubblico, compresa la hall d'ingresso.
- alle spalle è realizzato l'edificio ad alta specializzazione sanitaria, composto da tre piani, che ospita le funzioni ad alta tecnologia destinate prevalentemente a una fruizione del paziente interno. Sono qui collocati i comparti operatori, intensivi e il pronto soccorso;
- in fine, sul retro del complesso, in prossimità della bretella carrabile principale è realizzato in blocco mono-piano delle centrali tecnologiche, distante dalle degenze e dalle funzioni al pubblico e contiguo alle zone ad alto contenuto tecnologico.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	109.000.000,00 €
Opere di demolizione	0,00 €
Spese tecniche	11.991.000,00 €
Espropri/Acquisizioni	2.684.000,00 €
Altri oneri (specificare) Indagini, Allacciamenti a pubblici servizi, lavori in economia, attività amministrative, commissioni aggiudicatrici e verifiche progettuali, commissioni aggiudicatrici e pubblicità.	2.325.000,00 €
Importo intervento	126.000.000,00 €

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase – Quota Stato 95%	54.150.000,00 €
Finanziamento 5% regionale	2.850.000,00 €
Partenariato Pubblico Privato (quota investimento privato)	69.000.000,00 €
Quadro finanziario complessivo (QF)	126.000.000,00 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹	2.316,68 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie ¹	2.678,00 €/ m ²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione (Piano particolareggiato, Espropri*, Progettazione definitiva da porre a base di gara e approvazione del Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici**)	Mesi 28
Stima tempo gara per aggiudicazione Appalto Integrato e redazione del Progetto Esecutivo	Mesi 18
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 52
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 12
<p>Nota:</p> <p>*si prevedono ragionevolmente circa 10 mesi per l'espletamento di tutte le procedure urbanistiche ed amministrative legate agli espropri.</p> <p>** nel periodo temporale è ricompreso un tempo pari a 180 gg per approvazione enti e parere del Consiglio Superiore dei Lavori Pubblici.</p>	

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input checked="" type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
---------------------	---

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda USL di Modena, Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica

Codice Regionale intervento: APE 10

RUP dell'intervento: Ing. Sonia Cecoli

CUP: J44E23000030001

Georeferenziazione dell'intervento: nome struttura sanitaria, provincia, comune, via:

Ospedale S. Maria Bianca - via Antonio Fogazzaro, 6 - 41037 - Mirandola

Ospedale Ramazzini - via Guido Molinari, 2 - 41012 - Carpi

Ospedale di Vignola - via Papa Giovanni Paolo II - 41058 - Vignola

Ospedale di Pavullo nel Frignano - via Suore di San Giuseppe Benedetto Cottolengo, 5 - 41026 - Pavullo nel Frignano

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="radio"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100 % <input type="radio"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte 0,0 % <input type="radio"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte 0,0 %
---	---

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura

Si tratta di un intervento mirato al rinnovo tecnologico di alcune tecnologie di sala operatoria. Di seguito la descrizione delle tecnologie con i costi IVA esclusa.

In particolare:

- Ventilatori polmonari per anestesia per Ospedali di Pavullo, Vignola, Carpi e Mirandola (n°4). Sostituzione ventilatori antecedenti al 2010. Totale € 125.000
- Tavoli Operatori per Ospedali Pavullo, Mirandola e Vignola (n°3). Sostituzione tavoli antecedenti al 2010. Totale € 300.000
- Portatile di radioscopia. Sostituzione ventilatori antecedenti al 2010. Totale € 107.787

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

L'obiettivo dell'intervento è mirato al mantenimento in efficienza e sicurezza delle tecnologie biomediche esistenti nei comparti operatori della AUSL di Modena. Il piano quindi prevede la riqualificazione di parte del parco-attrezzature aziendale con la sostituzione delle apparecchiature con elevati indici di invecchiamento adeguandole anche alle nuove norme o standard di sicurezza. Con l'intervento vengono garantite e qualificate le attuali attività chirurgiche nei Presidi Ospedalieri Aziendali. In particolare gli interventi proposti nelle aree chirurgiche sono volti a consentire un naturale rinnovo di tecnologie obsolete e con difficoltà di mantenimento con più alti standard di prestazioni e sicurezza. Le tecnologie che saranno sostituite hanno tutte una vita di oltre 10 anni con evidenti problemi di obsolescenza e difficoltà di mantenimento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Il piano di fornitura prevede la sostituzione di tecnologie datate e non rispondenti allo stato dell'arte attuale e con problematiche di mantenimento in termini di difficoltà di reperimenti ricambi e di interventi di manutenzione

Trattandosi di sostituzioni, gli obiettivi sono quelli di mantenere il livello di attività esistente aumentando la qualità delle stesse. L'impatto dei nuovi acquisti è molto relativo in quanto saranno inserite nell'attuale organizzazione e in termini di personale saranno utilizzate risorse esistenti.

I costi gestionali saranno definiti al momento dell'acquisto delle stesse tecnologie e in ogni caso si prevede non siano in aumento. Le nuove tecnologie in aggiunta migliorano il livello di affidabilità delle esistenti garantendo miglior sicurezza ai cittadini ed una migliore percezione di qualità del servizio.

Il personale sanitario è già formato sulle metodiche attuali. Saranno previsti corsi di formazione specifici sul modello tecnologico che si andrà ad acquistare. Tale servizio di formazione sarà previsto nelle forniture.

Anche per i costi sulla spesa corrente relativamente al materiale consumabile, ai costi di manutenzione e sicurezza ci si mantiene sugli stessi livelli di spesa. Per i costi di manutenzione ci si attende un loro contenimento.

Dal punto di vista del cittadino esso potrà usufruire di prestazioni con tecnologie allo stato dell'arte in una cornice di maggiore qualità complessiva.

In merito alla sostenibilità ambientale trattandosi di sostituzioni di apparecchiature esistenti con analoghe si rimane nella stessa situazione di consumi energetici.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Ventilatori per anestesia (Pavullo Mirandola, Vignola, Carpi) n.4</i>	38.150,00	4	3.000
<i>Tavoli operatori (Pavullo Mirandola e Vignola) n.3</i>	122.000,00	3	-
<i>Portate per radioscopia (Mirandola)</i>	131.500,00	1	10.000

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	532.787,00
IVA 22 %	117.213,00
Costo complessivo dell'intervento (€)	650.000,00

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	617.500,00
Finanziamento 5% Regione	32.500,00
Cofinanziamenti aziendali	-
Totale	650.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione = 2 mesi

Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura= 4 mesi

Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione = 2 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Titolo intervento	Interventi di miglioramento sismico presso il Policlinico di Modena
Codice Intervento	APE 11
RUP	Ing. Pasquale G.F. Romio
CUP	F94E22000660003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera: POLICLINICO DI MODENA Numero posti letto attuali: 691 Numero posti letto post intervento: 691</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 180.697 m² Provincia: MODENA Comune: MODENA Via: DEL POZZO N. 71</p>
--	---

Tipo Intervento	<p><input type="checkbox"/> Nuova costruzione</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare): RISTRUTTURAZIONE CON MIGLIORAMENTO SISMICO E ADEGUAMENTO PREVENZIONE INCENDI</p>
	<p>Superficie interessata dall'intervento: 3.911 m² Posti letto interessati dall'intervento: 37</p>

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>Il progetto proposto si inserisce in una più complessa attività di progettazione e di realizzazione di opere sulla totalità dei corpi di fabbrica costituenti il cosiddetto "monoblocco" del policlinico Universitario di Modena. Tali interventi sono finalizzati al completamento delle opere strutturali, alcune delle quali già realizzate negli anni scorsi su diversi piani dei corpi di fabbrica costituenti il monoblocco storico, che consentiranno il raggiungimento di una sicurezza, nei confronti dell'azione sismica, pari al 60% di quella di un edificio di nuova realizzazione nel medesimo sito. Al fine, quindi, di perseguire l'obiettivo finale fissato,</p>

ed in considerazione che l'attività sanitaria in corso non può subire rallentamenti né significative riduzioni delle prestazioni offerte è necessario poter rendere disponibili, preventivamente, delle aree "polmone" capaci di ospitare in modo flessibile e quindi adattabili sia dal punto di vista strutturale che impiantistico singole attività sanitarie o interi reparti, soprattutto di degenza ordinaria, che sarà necessario man mano spostare, secondo una programmazione condivisa, al fine di permettere la prosecuzione del programma di messa in sicurezza dell'intera parte storica del nosocomio modenese.

I corpi di fabbrica interessati dal processo progressivo di miglioramento sismico sono individuati, nel complesso del monoblocco storico, con le lettere C,D,E,G,H. Proprio su quest'ultimo corpo di fabbrica, Corpo H, si prevede di intervenire con la progettazione proposta. La peculiarità di tale Corpo risiede nel presentare, ad oggi, il piano seminterrato completamente libero, il piano rialzato occupato parzialmente da un magazzino e dal Bar, riallocabili, mentre il piano secondo, attualmente ospitato da una degenza comune, può essere, secondo i programmi della Direzione Sanitaria Aziendale, trasferita o temporaneamente sospesa.

Ciò stante si rendono disponibili tre livelli di intervento che, attraverso il completamento di porzione dell'orizzontamento oggi mancante al piano rialzato (il piano oggi presenta un'area a doppia altezza), permetterà la realizzazione di una ulteriore area di degenza ordinaria flessibile. Pertanto, con l'intervento proposto verranno ad essere realizzati: (i) al piano seminterrato servizi; (ii) al piano rialzato un'area destinata a degenza; (iii) il piano secondo sarà interamente ristrutturato al fine di poter essere nuovamente destinato anch'esso ad area di degenza. Informazioni maggiormente esplicative possono essere desunte dallo studio di fattibilità.

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.

L'intervento di miglioramento sismico e la realizzazione delle opere dei piani seminterrato, rialzato e secondo del corpo H, come sinteticamente descritto nella scheda precedente, prevede in generale:

- Demolizione complessiva dei locali e degli impianti nell'area di intervento;
- Cerchiatura dei pilastri in c.a.a. con elementi di carpenteria metallica e rinforzo delle travi;
- Inserimento di elementi di irrigidimento in carpenteria metallica;
- Completamento della porzione dell'orizzontamento (strutturalmente separato) al piano rialzato
- Protezione al fuoco delle strutture.

Si prevedono inoltre i ripristini edili ed impiantistici (comprensivi anche dell'adeguamento alle norme di prevenzione incendi) delle aree oggetto di intervento. Maggiori dettagli sono riscontrabili nella relazione generale dello studio di fattibilità.

Le destinazioni d'uso attuali dei locali sono le seguenti:

- Al piano seminterrato: locali attualmente vuoti;
- Al piano rialzato: gran parte dell'area non è occupata in quanto costituisce un doppio volume rispetto al piano seminterrato; nella parte residuale sono presenti il bar, magazzino del Centro Trasfusionale e un ufficio;
- Al piano secondo: degenza.

Le destinazioni d'uso previste sono:

- Piano Seminterrato: spogliatoi, depositi e vani tecnici;
- Piano Rialzato:

- area degenza, previa realizzazione del citato completamento dell'orizzontamento intermedio. Tale orizzontamento risulta utile a creare spazi "polmone" per poter liberare altre aree oggetto di intervento ai fini del miglioramento sismico;
- area da lasciare al grezzo per gara nuovo fornitore servizi ristorazione;
- Piano Secondo: degenza.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	6.109.290,00 €
Opere di demolizione	0,00 €
Spese tecniche	634.400,00 €
Altri oneri (specificare)	756.310,00 €
Importo intervento	7.500.000,00 €

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase – Quota Stato	7.125.000,00 €
Finanziamento Quota Regione 5%	375.000,00 €
Quadro finanziario complessivo (QF)	7.500.000,00 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹	1.562,08 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo* / superficie ¹	1.917,67 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo di lavori e tecnologie/superficie ¹	0 €/ m ²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	Mesi 6
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 6
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 18
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 2

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input checked="" type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica

Codice Regionale intervento: APE 12

RUP dell'intervento: Ing. Sonia Cecoli

CUP: F94E23000060001

Georeferenziazione dell'intervento: nome struttura sanitaria, provincia, comune, via:

Ospedale Policlinico di Modena, Via Del Pozzo, 71 41124 Modena

Ospedale Civile di Baggiovara, Viale Giardini, 1355 41126 Baggiovara (Modena)

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100 % <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte 0,0 % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte 0,0 %
---	--

Piano di fornitura

<p>Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura Si tratta di un intervento mirato al rinnovo tecnologico di alcune tecnologie di sala operatoria e terapie intensive neonatali. Di seguito la descrizione delle tecnologie con i costi IVA esclusa. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonne Videochirurgia per comparto operatorio Ospedale OCB e Ospedale Policlinico (n°2). Sostituzione colonne antecedenti al 2013. Totale € 157.200• Colonna Endoscopia con strumenti (n°3) per endoscopia Ospedale OCB. Sostituzione tecnologie antecedenti al 2013. Totale € 204.000• Centrali monitoraggio Neonatologia e Ostetricia ginecologia Ospedale Policlinico. Sostituzione tecnologie antecedenti al 2013. Totale € 177.800• Tavoli operatori Ostetricia ginecologia Ospedale Policlinico (2). Sostituzione tecnologie antecedenti al 2013. Totale € 184.672• Elettrobisturi per comparto operatorio Ospedale OCB e Ospedale Policlinico (n°4). Sostituzione colonne antecedenti al 2013. Totale € 96.000

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

L'obiettivo dell'intervento è mirato al mantenimento in efficienza e sicurezza delle tecnologie biomediche esistenti. Il piano quindi prevede la riqualificazione del parco-attrezzature aziendale con la sostituzione delle apparecchiature con elevati indici di invecchiamento oppure adeguamenti a nuove norme o standard di sicurezza. Con l'intervento vengono garantite e qualificate le attuali attività diagnostiche e terapeutiche realizzate negli Ospedali Policlinico e Baggiovara anche in funzione di migliorare le attività attribuite alla Azienda Ospedaliera Universitaria dalle DGR regionali sulle reti cliniche.

Le tecnologie che saranno sostituite con questo intervento hanno un tempo di vita medio dal collaudo di oltre 10 anni e per alcune anche oltre come ad esempio la radiologia interventistica del Policlinico.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Il piano di fornitura prevede la sostituzione di tecnologie datate e non rispondenti allo stato dell'arte attuale e con problematiche di mantenimento in termini di difficoltà di reperimenti ricambi e di interventi di manutenzione

Trattandosi di sostituzioni, gli obiettivi sono quelli di mantenere il livello di attività esistente aumentando la qualità delle stesse. L'impatto dei nuovi acquisti è molto relativo in quanto saranno inserite nell'attuale organizzazione e in termini di personale saranno utilizzate risorse esistenti.

I costi gestionali saranno definiti al momento dell'acquisto delle stesse tecnologie e in ogni caso si prevede non siano in aumento. Le nuove tecnologie in aggiunta migliorano il livello di affidabilità delle esistenti garantendo miglior sicurezza ai cittadini ed una migliore percezione di qualità del servizio.

Il personale sanitario è già formato sulle metodiche attuali. Saranno previsti corsi di formazione specifici sul modello tecnologico che si andrà ad acquistare. Tale servizio di formazione sarà previsto nelle forniture. Anche per i costi sulla spesa corrente relativamente al materiale consumabile, ai costi di manutenzione e sicurezza ci si mantiene sugli stessi livelli di spesa. Per i costi di manutenzione ci si attende un loro contenimento.

Dal punto di vista del cittadino esso potrà usufruire di prestazioni con tecnologie allo stato dell'arte in una cornice di maggiore qualità complessiva.

In merito alla sostenibilità ambientale trattandosi di sostituzioni di apparecchiature esistenti con analoghe si rimane nella stessa situazione di consumi energetici.

In merito alla sostenibilità ambientale trattandosi di sostituzioni di apparecchiature esistenti con analoghe si rimane nella stessa situazione di consumi energetici.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Colonne videochirurgia</i>	95.862	2	3.000
<i>Colonne endoscopia Baggiovara con strumenti</i>	82.960	3	3.000
<i>Centrale di monitoraggio (SO ginecologia e Ostetricia - Policlinico)</i>	216.916	1	8.000
<i>Tavoli Operatori per Ostetricia-Ginecologia</i>	112.650	2	-
<i>Elettrobisturi (Sale Operatorie)</i>	29.280	4	-

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	819.672
IVA 22 %	180.328
Costo complessivo dell'intervento (€)	1.000.000

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	950.000
Finanziamento 5% Regione	50.000
Cofinanziamenti aziendali	-
Totale	1.000.000

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	4 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	8 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	4 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	AZIENDA USL DI BOLOGNA
Titolo intervento	Realizzazione del Polo Materno-Pediatrico presso l'Ospedale Maggiore
Codice Intervento	APE 13
RUP	Ing. Claudia Reggiani
CUP	E35F19003810003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post-intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: 545 pl Numero posti letto post-intervento: 557 pl (+ 12 pl)</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 161.732 m² Provincia: Bologna Comune: Bologna Via: Largo Nigrisoli 2</p>
--	---

Tipo Intervento	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____</p> <p>Superficie interessata dall'intervento: 15.500 m² Posti letto interessati dall'intervento: 90 pl (+ 9 pl di OBI)</p>
------------------------	---

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p><i>Premessa</i></p> <p>L'esigenza di realizzare una nuova struttura per ospitare la Maternità, la Pediatria nonché il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico scaturisce dalla necessità di adeguare le attività ai mutati bisogni dell'organizzazione, al previsto incremento del numero di prestazioni da erogare e ad una migliore distribuzione funzionale degli spazi e dei collegamenti con le altre parti dell'Ospedale. Con il nuovo intervento</p>

si è anche colta l'occasione per garantire a queste attività, particolarmente "sensibili", una struttura pienamente rispondente alle norme sismiche attualmente vigenti.

Il quadro esigenziale legato alla costruzione presso l'Ospedale Maggiore di un nuovo corpo di fabbrica, che potesse sostituire l'attuale padiglione obsoleto ospitante la maternità e la neonatologia, era già stato presentato nel 2019, in occasione della pianificazione degli interventi da inserire nell'accordo di programma degli investimenti sanitari ex art. 20 L. 67/88 V fase:

APC 25 – Nuova Maternità e Pediatria con ampliamento pronto soccorso per area ortopedica e pediatrica (Ospedale Maggiore).

Purtroppo, come noto, dalla fine del 2021 nel mercato delle costruzioni si è registrato un progressivo incremento dei costi.

Il progetto presentato nel 2019 e inserito dell'accordo di programma V fase (per un importo complessivo di € 35.000.000) - a seguito della sottoscrizione nel luglio del 2021 e stante l'incremento dei prezzi - è stato oggetto di un affinamento dello studio di fattibilità (propedeutico all'avvio del progetto di fattibilità tecnico economica). Si è provveduto ad un aggiornamento dei costi di costruzione, prevedendo anche uno stralcio di una porzione di intervento (come meglio di seguito descritto), che ha portato a determinare il nuovo quadro economico significativamente superiore al valore inizialmente stimato (52.500.000€).

Contemporaneamente alle suddette attività di affinamento dello studio di fattibilità, l'Azienda Usl ha intrapreso lo sviluppo di un nuovo piano direttore dell'Ospedale Maggiore. Questa sinergica attività di programmazione del complesso ospedaliero ha portato ad introdurre una variazione nell'originario progetto APC 25, perseguendo due obiettivi:

- contenere i costi incrementali dell'intervento APC 25 causati dai rincari prezzi,
- rendere il suddetto intervento pienamente compatibile con le linee di sviluppo individuate nel piano direttore per il polo sanitario.

In sintesi, la nuova ipotesi sviluppata conferma in toto gli obiettivi sanitari già delineati nel progetto originario per la parte materna-pediatrica e prevede lo stralcio del PS ortopedico, con una contrazione dimensionale dell'intervento di circa 2.500 mq. Il PS ortopedico nel piano direttore sviluppato trova una diversa collocazione nell'ambito della realizzazione del nuovo Polo dell'Emergenza e della Diagnostica, che andrà a sostituire completamente l'attuale PS generale dell'Ospedale Maggiore.

Considerata l'impossibilità di ridurre il progetto (a parte lo stralcio del PS ortopedico) per rientrare nel quadro finanziario originario, garantendo la funzionalità dello stesso, si è reso necessario revocare l'intervento dal suddetto accordo sottoscritto (V fase) per riproporlo nel successivo AdP (VI fase).

Si segnala che per l'attuazione dell'intervento originario APC 25, oggetto di revoca, l'Azienda Usl di Bologna ha già affidato e contrattualizzato i servizi di ingegneria/architettura per la progettazione, la direzione lavori e la verifica preventiva. Tali affidamenti saranno quindi riorientati al nuovo intervento proposto.

Motivazioni e finalità dell'intervento

Lo Studio del nuovo polo materno pediatrico, scaturisce, fondamentalmente, dalla necessità di:

- adeguare la dotazione degli spazi esistenti ai mutati fabbisogni quantitativi e qualitativi degli utenti che si rivolgono al presidio ospedaliero;
- trasferire il PS pediatrico, oggi collocato al 6° piano del Monoblocco, vicino e complanare al pronto soccorso generale;
- superare le criticità dimensionali e funzionali legate all'attuale dislocazione delle attività (Maternità, PS pediatrico) progettando una nuova struttura che si integri pienamente nel sistema dei percorsi dell'Ospedale Maggiore e che possa essere realizzata mantenendo in funzione le varie attività sanitarie;
- concentrare in un unico edificio le funzioni della pediatria, maternità e neonatologia;
- adeguare le strutture citate, particolarmente sensibili, ai requisiti richiesti dalla vigente norma sismica;

- sostituire l'attuale edificio (corpo F) obsoleto con un nuovo fabbricato a elevata sostenibilità ambientale.

Il progetto proposto persegue i seguenti obiettivi di organizzazione sanitaria:

- realizzazione di una nuova struttura (polo materno pediatrico) che consenta di superare le criticità relative all'assenza di collegamenti tra il pronto soccorso generale, l'ambulatorio urgenze ostetrico ginecologiche e il PS pediatrico;
- dimensionamento della degenza ostetrica coerente con il significativo incremento dei parti del punto nascita (più di 3.000 parti/anno);
- revisione in una logica di "family centred care" dell'area dedicata all'assistenza neonatale;
- complanarità e vicinanza spaziale dei principali team specialistici dedicati all'urgenza (ostetrico ginecologico, pediatrico) rispetto all'area triage del pronto soccorso generale con superamento delle attuali frammentarietà;
- presa in carico dei 16.375 accessi pediatrici (di cui 15.159 auto-presentati e 1.216 tramite centrale operativa 118) e dei 9279 accessi dell'ambulatorio urgenze ostetrico ginecologiche (di cui 8.642 auto-presentati e 637 tramite centrale operativa 118) nelle nuove aree di pronto soccorso con particolare attenzione alle dinamiche di flusso dei pazienti.

Il progetto prevede i seguenti dimensionamenti in termini di posti letto, sale operatorie, ambulatori e spazi comuni.

Posti letto e sale operatorie

Ostetricia	40 ordinari+8 DH
Neonatologia	14
UTIN	10
Pediatria	14 ordinari + 4 DH
Ostetricia	7 sale travaglio/parto 2 sale operatorie

Ambulatori e PS

Pediatria	6 ambulatori 1 locale accoglienza
PS Pediatrico	4: amb triage, amb shock room, amb visite, amb sedoanalgesia, 6 PL OBI attesa
PS Ostetricia e Ginecologia	4: amb triage, amb visite, amb violenze, amb cardiotoraco - obi (2-3 PL) - attesa

Il progetto consente inoltre:

- la riconfigurazione dell'area di emergenza con realizzazione in posizione complanare e attigua dei PS generale, pediatrico e ambulatorio urgenze ostetrico-ginecologico prevedendo specifici collegamenti strutturali fra le varie aree;
- la realizzazione di una nuova palazzina dell'area materno pediatrica comprendente le degenze pediatrica, neonatologica ed ostetrica e le sale travaglio-parto, mentre l'area ginecologica con relative sale operatorie è prevista presso il monoblocco.

Costituiscono punti di forza della soluzione progettuale i seguenti elementi:

- complanarità e vicinanza spaziale tra i pronti soccorsi generale e specialistici;

- possibilità di intervento *bed side* dei vari specialisti (modello *patient-centered*) con miglioramento delle sinergie (ad esempio per il controllo degli aspetti clinici e del dolore da parte del pediatra sul bambino fratturato);
- flussi dei pazienti gestiti attraverso la realizzazione di percorsi dedicati per i pazienti che accedono con mezzi propri pediatrici (15.159);
- percorsi interni dedicati per il personale e il trasporto di materiali.

Descrizione sintetica dell'intervento.

Il Polo Materno-Pediatrico è collocato nell'area nord del complesso, affacciato direttamente sulla via dell'Ospedale e compreso tra l'attuale corpo F (ospitante i reparti di ostetricia-ginecologia e neonatologia) e la palazzina E (ospitante l'anatomia patologica). Per la sua realizzazione sarà necessario demolire l'attuale rampa di accesso al PS generale che sarà sostituita con una nuova più ampia (tre corsie) nonché la cappella del servizio mortuario che sarà ricostruita in posizione più vicina all'attuale morgue.

Il nuovo fabbricato è costituito da 7 piani di cui 1 interrato e 6 fuori terra e consiste in una piastra a sagoma rettangolare interrotta al centro da 3 piccole corti vetrate che consentono l'ingresso alla luce naturale. Il piano base, l'unico interrato, è connesso a tutto il sistema logistico e impiantistico dell'Ospedale Maggiore tramite i cunicoli che già veicolano impianti e merci ed è dedicato alle sotto-centrali impiantistiche.

Il rialzato è il piano dedicato alla hall di ingresso, dove trovano spazio i principali servizi di accoglienza quali: l'info point, l'area ristoro, il lounge e il baby park. Una chiostrina consente la discesa della luce naturale e, nella bella stagione, un'area di sosta esterna particolarmente piacevole. Sono poi presenti al piano gli ingressi alle due autorimesse: una a disposizione degli utenti in carico ai servizi di emergenza, l'altro dedicato al personale.

Al piano atrio è collocato il blocco travaglio parto, il blocco operatorio, l'accettazione per le emergenze ostetrico-ginecologiche e il Pronto Soccorso pediatrico, in complanarità e in stretto collegamento spaziale e funzionale tra loro e con tutte le funzioni ospedaliere dedicate alla gestione dell'emergenza-urgenza. Con ingresso diretto dalla camera calda anche per le pazienti auto presentate, il servizio delle emergenze ostetrico-ginecologiche si sviluppa ad ovest del blocco travaglio-parto e il collegamento con esso risulta immediato e diretto. Il Pronto Soccorso pediatrico è dotato di un ingresso privilegiato dalla camera calda. Si prevede infine anche l'ampliamento della camera calda esistente e la sostituzione dell'attuale rampa di accesso con una nuova rampa a tre corsie, delle quali due in ingresso (una per le autoambulanze e una per i pazienti auto presentati) e una in uscita.

Il primo piano ospita i volumi tecnici e in particolare le macchine UTA (Unità di Trattamento Aria).

Il piano secondo è dedicato ad ospitare la degenza di ostetricia, le stanze sono state tutte predisposte per attuare e incentivare la pratica del rooming in e per accogliere un eventuale parente. Particolare cura è stata posta nell'individuare almeno una stanza singola e una doppia da assegnare alle partorienti con disabilità.

Il piano terzo ospita la degenza, il day hospital e gli ambulatori di Pediatria, oltre agli studi medici. La ludoteca e il soggiorno sono comunicanti e hanno la possibilità di godere di un ulteriore spazio, a patio verde, dove i bambini nella bella stagione possono giocare all'esterno. Gli ambulatori e il day-hospital sono stati collocati in area separata per mantenere distinti i flussi tra in e out patient.

Il piano quarto ospita la Terapia Intensiva Neonatale, il cui layout è stato studiato con grande attenzione per poter sempre garantire la presenza di un genitore accanto alla culla, prevedendo la possibilità di inserire schermature di separazione tra le culle per favorire la riservatezza. La soluzione distributiva proposta consente di coniugare un'elevata efficienza operativa e un'ampia flessibilità d'uso, potendo organizzare le degenze nei vari settori in funzione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei neonati o di situazioni di contesto che richiedono l'isolamento di singoli o più neonati, ad esempio in presenza di cluster epidemici e/o rischi di contagio intraospedaliero. Il resto del piano è occupato dagli alloggi per i genitori dei bimbi.

Per quanto riguarda i flussi e l'accessibilità al Polo Materno-Pediatrico, tre vani scala posti a nord-ovest, nord-est e sud-centrale servono tutti e 7 i piani. I principali sistemi di collegamento verticale sono ubicati a sud del Polo dove si trovano n.1 montacarichi per lo sporco, n.1 montacarichi per il pulito, n.3 montalettighe ad uso

del personale e pazienti interni, un vano scala centrale e n.2 ascensori destinati ai visitatori. Tutti questi connettivi verticali servono tutti e 7 i piani, ad eccezione dei due ascensori destinati ai visitatori che partono dal piano rialzato, dato che il piano base non è accessibile agli esterni.

Il nuovo fabbricato risponderà a tutte le più recenti normative tecniche; particolare attenzione sarà posta agli aspetti della sostenibilità ambientale ed energetica.

Complessivamente il nuovo edificio presenterà una superficie lorda di circa 15.500 mq.

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	40.555.000 €
Opere di demolizione	€
Spese tecniche	3.626.400 €
Altri oneri (IVA e arrotondamenti)	4.818.600 €
Importo intervento	49.000.000 €

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	49.875.000 €
Finanziamento 5% Regionale	2.625.000 €
Quadro finanziario complessivo (QF)	52.500.000 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹	2.616,45 €/m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo*/superficie ¹	3.161,29 €/m ²
Importo complessivo dell'intervento QE comprensivo di lavori e tecnologie** / superficie ¹	3.387,10 €/m ²

*: Q.E. complessivo delle opere strutturali ed impiantistiche

** : Q.E. comprensivo delle opere strutturali ed impiantistiche oltre arredi e tecnologie biomediche/ICT

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	Mesi 15
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 8
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 48
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 6

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input checked="" type="checkbox"/> Studio di fattibilità (Documento di fattibilità delle alternative progettuali (DOCFAP)) <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	AUSL DI BOLOGNA
Titolo intervento	OSPEDALE MAGGIORE - OPERE DI MIGLIORAMENTO SISMICO PER RISOLUZIONE MACROVULNERABILITA' LOCALI
Codice Intervento	APE 14
RUP	ING. FRANCO EMILIANI
CUP	E36G22000470003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: 545 PL Numero posti letto post intervento: 545 PL</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 161.732 m² Provincia: BOLOGNA Comune: BOLOGNA Via: LARGO NIGRISOLI 2</p>
--	---

Tipo Intervento	<p><input type="checkbox"/> Nuova costruzione</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare): Opere di Miglioramento Sismico</p>
	<p>Superficie interessata dall'intervento: 6.525 m² Posti letto interessati dall'intervento: 0 PL</p>

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>Nella programmazione aziendale è stato previsto il macro-intervento S16 - <i>Opere di miglioramento sismico per risoluzione macro-vulnerabilità locali</i>, finanziato con risorse regionali (Programma regionale allegato S; Delibera A.L. 42 del 27/10/2015), che contiene molteplici progetti di miglioramento sismico (n.18) la cui finalità è risolvere le criticità puntuali di alcuni edifici dei complessi ospedalieri dell'Azienda USL di Bologna, che nelle cosiddette verifiche di vulnerabilità sismica erano risultati particolarmente critici (indice di vulnerabilità $\alpha_{PDA} < 0,26$).</p>

Tra i suddetti interventi è previsto il miglioramento sismico sull'Edificio H-AMB Palazzina Ambulatori e Atrio dell'Ospedale Maggiore, la cui realizzazione è stata articolata in una sequenza di stralci successivi (come meglio descritto nel successivo paragrafo) in cui ciascuno stralcio si conclude portando, comunque, a un miglioramento incrementale delle risorse sismo-resistenti dei corpi di fabbrica, senza causare peggioramenti delle porzioni in cui si interverrà solo successivamente.

Secondo il programma previsto per stralci, con le risorse del finanziamento regionale sopra richiamato è stato avviato l'intervento asservito al corpo dell'Atrio di ingresso, che riguarda aree di maggiore affollamento e dunque di maggiore rischio in presenza di azioni sismiche.

A causa dell'incremento dei prezzi delle costruzioni registrato a partire dal 2021, particolarmente impattante sugli interventi strutturali (acciai e calcestruzzi) che sono necessari per il miglioramento del comportamento sismico della costruzione, le risorse originariamente previste risultano completamente esaurite con gli stralci A e B.

Per la realizzazione dello stralcio C conclusivo – CONTROVENTAMENTI PALAZZINA H-AMB, è pertanto necessario un nuovo finanziamento.

Descrizione sintetica dell'intervento.

Il programma di risoluzione delle macrovulnerabilità strutturali rilevate dalle verifiche dell'Ospedale Maggiore riguarda, tra gli altri, l'edificio che racchiude l'Atrio principale di ingresso e l'adiacente Palazzina destinata integralmente ad uso ambulatoriale. Detto edificio è estremamente irregolare nella forma geometrica e nella distribuzione delle masse e delle strutture irrigidenti.

E' prevista pertanto la disarticolazione del fabbricato in più corpi strutturali indipendenti, mediante la creazione di nuovi giunti strutturali terra-cielo con il taglio delle strutture intelaiate esistenti e la conseguente realizzazione di nuovi controventamenti interni ed esterni distribuiti nei nuovi corpi separati, come da Autorizzazione sismica del Comune di Bologna PG113655/2017 del 29/03/2017, rinnovata con PG 330160/2022.

Vengono rese dunque temporaneamente non fruibili intere porzioni di fabbricato con conseguente impatto estremamente rilevante sulle funzioni sanitarie e sui flussi di accesso e di circolazione interni ed esterni dell'ospedale.

Si è, pertanto, studiata l'articolazione del programma in una sequenza in cui ciascuna fase possa concludersi portando comunque a un miglioramento incrementale delle risorse sismo-resistenti, senza causare peggioramenti delle porzioni in cui si interverrà solo successivamente.

In questo modo è stato possibile avviare l'esecuzione secondo diversi "step" di impegno economico limitato alla cifra già finanziata, nell'ottica di una "riabilitazione" sismica incrementale dell'Edificio H-AMB Palazzina Ambulatori e Atrio. Per primi sono stati pianificate le opere strutturali direttamente asservite al corpo dell'Atrio di ingresso, che riguardano aree di maggiore affollamento e dunque di maggiore rischio in presenza di azioni sismiche.

Il pieno superamento delle criticità evidenziate dalle analisi di vulnerabilità sarà poi raggiunto con il completamento del programma, dando corso all'intervento della presente scheda, specificamente finalizzato alla realizzazione dei CONTROVENTAMENTI PALAZZINA H-AMB A DESTINAZIONE AMBULATORIALE, a sua volta suddiviso in sottofasi successive per ridurre l'impatto delle opere sulla disponibilità di ambulatori e, quindi, sulla erogazione dei servizi.

La fondazione dei nuovi controventi è su micropali; i nuovi controventi sono collegati alle strutture esistenti al livello delle travi di bordo dei solai di piano.

Le risultanze dell'intervento in termini di sicurezza strutturale post operam per le unità costituenti la Palazzina Ambulatori H-AMB, classificabile come costruzioni di classe III "Costruzioni il cui uso preveda affollamenti significativi", sono le seguenti:

- Allo stato di fatto, assumendo come indice di prestazione sismica il minore tra la verifica per meccanismi locali e meccanismi globali, risulta:

$$IR_PGA = a_{SLV}/a_{g,SLV} = 0,12/0,15 \text{ nei confronti di crisi locali,}$$

- Allo stato post operam risulta un indice di prestazione minimo:

$$IR_PGA = a_{SLV}/a_{g,SLV} = 0,33$$

- Risulta quindi un miglioramento minimo pari a:

$$\text{Incremento } IR_PGA = 0,33 - 0,12 = 0,21$$

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche

Lavori ed oneri sicurezza	744.240 €
Opere di demolizione	€
Spese tecniche	36.600 €
Altri oneri (rilievi, accertamenti, indagini, superamento interferenze, incentivi)	19.160 €
Importo intervento	800.000 €

Quadro Finanziario (QF)

Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	760.000 €
Finanziamento 5% Regionale	40.000 €
_____	€
Quadro finanziario complessivo (QF)	800.000 €

Costi parametrici €/m²

Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie ¹	114,00 €/m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie ¹	123,00 €/m ²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento

Stima tempo progettazione	Mesi 4
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 6
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 6
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 3

Stato Progettazione

- Documentazione tecnica preliminare alla progettazione
- Studio di fattibilità
- Progetto Fattibilità tecnica ed economica**
- Progetto definitivo
- Progetto esecutivo

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Azienda USL di Bologna

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica

Codice Regionale intervento: APE 15

RUP dell'intervento: ing. Elisabetta Sanvito – Direttore SC Ingegneria Clinica Azienda USL di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli

CUP: E34E23000050001

Georeferenziazione dell'intervento: Vari presidi

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="radio"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="radio"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="radio"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura			
CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	IMPORTO UNITARIO IVA INCLUSA	IMPORTO TOTALE IVA INCLUSA
VENTILATORI	4	30.000 €	120.000 €
APPARECCHI PER ANESTESIA	4	35.500 €	142.000 €
TAVOLI OPERATORI	5	120.000 €	600.000 €
MONITORAGGIO	12	11.500 €	138.000 €
TOTALE		197.000 €	1.000.000 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

- Assicurare la continuità nell'erogazione dell'attività chirurgica e post chirurgica, con conseguente contributo alla riduzione delle liste di attesa
- Garantire la massima sicurezza per i pazienti durante interventi chirurgici e le fasi successive agli stessi
- Garantire la sostituzione di sistemi per cui si è rappresentata difficoltà al reperimento dei ricambi
- Permettere l'introduzione di elementi innovativi nell'assistenza di pazienti critici

Il piano di rinnovo delle tecnologie proposte non prevede variazioni di rilievo nell'offerta sanitaria, bensì consentirà di ottenere maggior sicurezza nelle attività e miglioramento di efficienza sui tempi di erogazione delle prestazioni e conseguente riduzione delle liste di attesa.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Trattandosi di piano di rinnovi non sono previsti costi incrementali né legati alla manutenzione né al materiale di consumo.

Il piano di fornitura è orientato ad un miglioramento della qualità e sicurezza delle cure e non presuppone né incrementi di risorse umane né particolari requisiti di addestramento o acquisizione di competenze se non quelle previste nell'ambito dell'addestramento in carico al fornitore delle tecnologie.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Tecnologie per area critica</i> <i>(stima costo manutenzione 7%</i> <i>valore di acquisto)</i>	€ 1.000.000	--	€ 70.000

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	€ 1.000.000
---------------------------------------	-------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	950.000,00
Finanziamento 5% Regione	50.000,00
Cofinanziamenti aziendali	0,00
Totale	1.000.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	4 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	9 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	4 mesi

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

Titolo Intervento: RINNOVO TECNOLOGIE BIOMEDICHE PER AREA CHIRURGICA E DIAGNOSTICA PER BIOIMMAGINI IN AREA CRITICA

Codice Regionale intervento: APE 16

RUP dell'intervento: Paride Lambertini

CUP: F34E23000020001

Georeferenziazione dell'intervento: nome struttura sanitaria, provincia, comune, via: IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, BOLOGNA, BOLOGNA, VIA MASSARENTI N. 9

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	---

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura

- Colonna per videolaparoscopia 4K con funzione di visualizzazione ICG anche per interventi open.
- Portatile di radioscopia con pannello 30x30 per supporto attività chirurgica

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

L'intervento in oggetto permette il rinnovo tecnologico di attrezzature che rientrano pienamente nei percorsi assistenziali definiti nell'ambito del DM 70/2015 in merito agli standard tecnologici di un presidio ospedaliero del livello dell'IRCCS AOU Bologna e quindi l'intervento è in coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

Il piano di rinnovo prevede l'acquisizione di tecnologie che rappresentano, ad oggi, lo stato dell'arte negli specifici campi di applicazione. In particolare nell'ambito della chirurgia mini-invasiva è ormai consolidata la necessità di operare con il supporto di immagini ad alta risoluzione (almeno 4k) e con tecniche che permettono una maggiore sicurezza nella gestione dell'atto chirurgico e nella verifica dei risultati post-intervento, come l'utilizzo di tecniche di visualizzazione della vascolarizzazione mediate mezzi di contrasto (ICG). Questa ultima tecnica sta trovando un ampio impiego anche in chirurgia open per cui è necessario anche l'acquisizione di dispositivi che possano garantire tale approccio. L'attività chirurgica trova un importante sostegno con l'utilizzo di tecniche di imaging che garantiscono un controllo diretto dell'atto chirurgico, una valutazione post-intervento oppure intra-intervento. Tale necessità è ancora più sentita in un ambito applicativo che è l'attività chirurgica mini-invasiva. In questo senso l'utilizzo di sistemi portatili di radioscopia è ormai diventato fondamentale per molte specialità chirurgiche, in particolare per interventi oncologici o trapianti, la qualità dei sistemi in uso deve essere alta, deve permettere ampi campi di vista, la possibilità di applicazione di tecniche di elaborazione dell'immagine e la riduzione della dose a pazienti ed operatori applicando tecniche di ottimizzazione dell'acquisizione delle immagini.

Le sostituzioni incluse in questo piano di rinnovo permettono quindi di garantire un adeguamento tecnologico e di conseguenza un potenziale miglioramento delle prestazioni sanitarie, un adeguamento ai principi del DL 81/08 in merito alla riduzione della dose agli operatori.

Con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie riconducibili alla dismissione di tecnologie obsolete che introducono costi di gestione elevati in termini manutentivi e di garanzia della sicurezza elettrica e funzionale.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

Le tecnologie incluse nell'intervento sono fondamentali per la garanzia di una elevata qualità dell'attività chirurgica, attività di primaria importanza per l'IRCCS AOU Bologna. Il rinnovo tecnologico trova motivazione nella necessità di garantire un supporto avanzato nell'applicazione delle tecniche chirurgiche sia in termini di operatività che valutazione dei risultati. L'IRCCS AOU Bologna gestisce una complessità chirurgica elevata (prioritariamente oncologia, trapianti di organi (fegato, reni, cuore, cornee, polmoni) per cui le tecnologie devono essere allo stato dell'arte e avanzate in modo da poter supportare adeguatamente tale attività. Non per ultimo il rinnovo tecnologico garantisce anche economie gestionali con riferimento ai costi di gestione delle tecnologie.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

L'intervento non ha impatto sulla dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento in quanto si tratta di sostituzione di tecnologie analoghe. In termini economici i vantaggi sono dati dal fatto che i primi due anni si annullano i costi di gestione dei beni, in quanto l'assistenza tecnica è garantita nell'ambito del periodo di garanzia, per gli anni successivi si considera una riduzione dei costi di gestione che sono generalmente più elevati per apparecchiature vetuste.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
Colonna per videolaparoscopia	180.000,00 €	1	10.00,00 €
Portatile di radioscopia	123.333,34 €	3	36.000,00 €

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	550.000,00 €
--	---------------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	522.500,00 €
Finanziamento 5% Regione	27.500,00 €
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	550.000,00 €

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	3 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	4 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	2 mesi

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Istituto Ortopedico Rizzoli

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica

Codice Regionale intervento: APE 17

RUP dell'intervento: ing. Elisabetta Sanvito – Direttore SC Ingegneria Clinica Azienda USL di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli

CUP: D34E23000040001

Georeferenziazione dell'intervento: Istituto Ortopedico Rizzoli, via G.C.Pupilli, 1 - 40136 Bologna

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="radio"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="radio"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="radio"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura			
CLASSE TECNOLOGICA	Q.TA'	IMPORTO UNITARIO IVA INCLUSA	IMPORTO TOTALE IVA INCLUSA
TAVOLI OPERATORI	4	125.000 €	500.000 €
ELETTROBISTURI	4	17.500 €	70.000 €
TOTALE		142.500 €	570.000 €

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

L'intervento proposto ha la finalità di garantire il rinnovo di tecnologie utilizzate nel Blocco Operatorio, con impiego intensivo ed elevato grado di vetustà (> 10 anni).

Le 2 classi di tecnologie sono state individuate valutando le priorità di rinnovo, considerato soprattutto la necessità di:

- Assicurare la continuità nell'erogazione dell'attività chirurgica, con conseguente contributo alla riduzione delle liste di attesa
- Garantire la massima sicurezza per i pazienti durante interventi ortopedici.
- Permettere l'introduzione di elementi innovativi

Il piano di rinnovo delle tecnologie proposte non prevede variazioni di rilievo nell'offerta sanitaria, bensì consentirà di ottenere maggior sicurezza nelle attività e miglioramento di efficienza sui tempi di erogazione delle prestazioni e conseguente riduzione delle liste di attesa.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Trattandosi di piano di rinnovi non sono previsti costi incrementali né legati alla manutenzione né al materiale di consumo.

Il piano di fornitura è orientato ad un miglioramento della qualità e sicurezza delle cure e non presuppone né incrementi di risorse umane né particolari requisiti di addestramento o acquisizione di competenze se non quelle previste nell'ambito dell'addestramento in carico al fornitore delle tecnologie.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Tavoli operatori/Elettrobisturi</i>	€ 570.000	--	€ 40.000
<i>(stima costo manutenzione 7% valore di acquisto)</i>			

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	€ 570.000
---------------------------------------	-----------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	541.500,00
Finanziamento 5% Regione	28.500,00
Cofinanziamenti aziendali	0,00
Totale	570.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	3 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	9 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	3 mesi

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: AUSL DI IMOLA

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica

Codice Regionale intervento: APE 18

RUP dell'intervento: Cristian Chiarini

CUP: H24E23000020003

Georeferenziazione dell'intervento: Ospedale "Santa Maria della Scaletta" di Imola, provincia di Bologna, comune di Imola, via Montericco, 4.

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100 % <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte 0 % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte 0 %
---	--

Piano di fornitura

Il piano di fornitura prevede il rinnovo per "end of service" dei SISTEMI DI MONITORAGGIO e Centrali dell' "AREA CRITICA" (RIANIMAZIONE, SEMINTENSIVA, UTIC E TIN), del BLOCCO OPERATORIO e delle SALA PARTO, NIDO ed ENDOSCOPIA dell'Ospedale "Santa Maria della Scaletta" di Imola.

Si prevede in particolare la acquisizione di:

- N. 21 MONITOR MULTIPARAMETRICO DA TERAPIA INTENSIVA da almeno 19" comprensivi di tutti gli accessori e moduli Hw e Sw necessari
- N.8 MONITOR MULTIPARAMETRICO DA SALA OPERATORIA - da almeno 15" comprensivi di tutti gli accessori e moduli Hw e Sw necessari
- N. 8 MONITOR MULTIPARAMETRICO DA SALA INDUZIONE - da almeno 12" comprensivi di tutti gli accessori e moduli Hw e Sw necessari
- N. 3 MONITOR MULTIPARAMETRICO DA REPARTO/SUBINTENSIVA da almeno 12" comprensivi di tutti gli accessori e moduli Hw e Sw necessari
- N. 2 MONITOR MULTIPARAMETRICO DA REPARTO 12" da almeno 12" comprensivi di tutti gli accessori e moduli Hw e Sw necessari
- N.3 CENTRALE DI MONITORAGGIO, ognuna idonea per visualizzare 24 pazienti. Con possibilità di gestione centralizzata tra le 3 centrali e anche dei monitor di sala Operatoria

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

L'intervento in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015), risulta indispensabile e prioritario in quanto i sistemi di monitoraggio (comprensivi di Monitor Multiparametrici, Centrale di Monitoraggio) in uso particolare presso l'area Critica del Blocco DEA e il Blocco Operatorio dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola hanno una obsolescenza di oltre 10 anni e come già comunicato dai fornitori dei prodotti in uso, dopo il 31/12/2023, non potrà più essere garantito il supporto manutentivo per mancanza di parti ricambi ormai non più prodotte da anni e quindi è necessaria una loro sostituzione.

L'intervento comprenderà quindi la sostituzione in particolare di:

- tutti i 21 sistemi di monitoraggio dell'area Critica (comprensiva di 8 posti letto da Rianimazione e 12 da terapia sub-intensiva e UTIC e un posto di preparazione paziente) e delle tre centrali di monitoraggio a corredo;
- Tutti i sistemi di monitoraggio induzione e Anestesia operatoria delle 8 sale operatorie;
- Altri monitor di altre aree ospedaliere, tra cui 3 sale endoscopiche e 2 tra sala parto e sala NIDO;

La sostituzione di queste apparecchiature, grazie all'acquisizione di sistemi di ultima generazione, permetterà una migliore quanti-qualità nella misura dei parametri vitali anche complessi, che permetterà al personale medico un miglior approccio terapeutico e una migliore sorveglianza e gestione da parte del personale infermieristico.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Essendo una sostituzione paritaria di sistemi in uso nelle stesse configurazione e destinazioni d'uso, la sostenibilità gestionale tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento viene garantita in quanto, oltre ad iniziale impegno per l'installazione, formazione e il collaudo da parte dei professionisti interni, la gestione sarà equivalente a quella in uso.

Grazie al rinnovo i costi di manutenzione per almeno i primi due anni di garanzia full-risk saranno a costo 0 e successivamente saranno in linea a quanto oggi speso.

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
MONITOR MULTIPARAMETRICO DA TERAPIA INTENSIVA	18.900 €	21	1.098 €
MONITOR MULTIPARAMETRICO DA SALA OPERATORIA	13.650 €	8	793 €
MONITOR MULTIPARAMETRICO DA SALA INDUZIONE	9.450 €	8	549 €
MONITOR MULTIPARAMETRICO DA REPARTO/SUBINTENSIVA	12.600 €	3	732 €
MONITOR MULTIPARAMETRICO DA REPARTO	8.750 €	2	488 €
CENTRALE DI MONITORAGGIO	21.000	3	1.097 €

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	€ 700.000
---------------------------------------	-----------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	€ 665.000
Finanziamento 5% Regione	€ 35.000
Cofinanziamenti aziendali	€ 0
Totale	€ 700.000

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione = 1 mesi

Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura= 4 mesi

Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione = 3 mesi

Scheda illustrativa intervento strutturale impiantistico

Azienda	USL di FERRARA
Titolo intervento	Ospedale di Cento – Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma
Codice Intervento	APE19
RUP	GIOVANNI PERESSOTTI
CUP	E39J23002340003

Tipizzazione e georeferenziazione struttura	<p>Tipologia struttura:</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitaria Territoriale Numero posti letto attuali: _____ Numero posti letto post intervento: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sanitaria Ospedaliera Numero posti letto attuali: 156 Numero posti letto post intervento: 156</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrativa, logistica</p> <p>Superficie complessiva struttura: 26.264,00 m² Provincia: Ferrara Comune: Cento Via: Giovanni Vicini, 2</p>
--	--

Tipo Intervento	<p><input type="checkbox"/> Nuova costruzione</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare): Manutenzione straordinaria</p>
	<p>Superficie interessata dall'intervento: 15.330,00 m² Posti letto interessati dall'intervento: /</p>

Illustrazione delle motivazioni sanitarie, organizzative, tecniche e normative che rendono necessario l'intervento.
<p>Si tratta di un complesso di interventi di messa a norma e di riqualificazione funzionale articolato come segue:</p> <p>Adeguamento alle norme di prevenzione incendi.</p> <p>Gli interventi di adeguamento che nel tempo sono stati realizzati hanno consentito di adeguare completamente alle norme di prevenzione incendi le aree oggetto dei lavori (circa il 48% dell'intera</p>

consistenza), mentre altre parti dell'ospedale sono state parzialmente adeguate installando i sistemi di rilevazione incendi.

Per poter completare l'adeguamento previsto per l'ospedale (Attività principale soggetta: n. 68) sono necessari degli ulteriori lavori comprendenti: l'estensione sull'intera struttura dell'impianto di rilevazione incendi e dell'impianto di diffusione sonora degli allarmi, la realizzazione delle compartimentazioni orizzontali e verticali e l'adeguamento degli impianti meccanici (rete impianto antincendio).

Ripristino della facciata principale dell'ospedale.

La facciata principale su Via Vicini, presenta una situazione diffusa di degrado del rivestimento - con fenomeni di distacco e caduta sul marciapiedi sottostante - ed alcune lesioni alla struttura in C.A. del cornicione dovute al distacco dei copriferrì ed alla presenza di una forte ossidazione dell'armatura. La facciata è stata messa in sicurezza, tramite la realizzazione di impalcati provvisori in legno ma, per evitare l'aggravarsi di tali fenomeni, necessita di un adeguato intervento di consolidamento strutturale del cornicione e di rifacimento del rivestimento.

La realizzazione degli interventi di recupero della facciata sarà accompagnata dalla messa in opera di un rivestimento "a cappotto" e dalla sostituzione dei serramenti, che contribuiranno anche al miglioramento dell'efficienza energetica dell'intero fabbricato.

Completamento riqualificazione del Corpo F.

L'intervento di riparazione dei danni strutturali, finanziato dalla L.R. 21 dicembre 2012, n. 16 e con fondi aziendali (Assicurazione sisma), comprende gli interventi di consolidamento delle strutture (copertura, solai e strutture in elevazione) ed anche il rifacimento della distribuzione impiantistica principale del Corpo F, mentre sono escluse le parti terminali degli impianti ed alcune finiture.

Al fine di garantirne la completa riqualificazione funzionale del padiglione, è necessario prevedere il completamento di tutti i lavori non coperti dai finanziamenti derivanti dalla LR 16/12 e da fondi aziendali.

Descrizione sintetica dell'intervento.

Adeguamento alle norme di prevenzione incendi.

L'intervento consentirà di completare l'adeguamento dell'ospedale alla prevenzione incendi, estendendo a tutta la struttura gli impianti di rilevazione incendi e diffusione sonora degli allarmi, realizzando le compartimentazioni orizzontali e verticali e adeguando l'impiantistica meccanica antincendio. I lavori verranno realizzati per fasi, al fine di gestire le interferenze con le attività sanitarie.

Il progetto prevede tutti gli interventi edilizi ed impiantistici necessari per ottenere, alla fine dei lavori, il Certificato Prevenzione Incendi per l'intera struttura.

Sup. intervento: 12.418,00 mq circa

Ripristino della facciata principale dell'ospedale.

L'intervento interessa la facciata principale su Via Vicini, già messa in sicurezza con impalcati provvisori a causa del degrado degli elementi in calcestruzzo dei cornicioni e delle armature. Il recupero della facciata sarà l'occasione per la messa in opera di un rivestimento "a cappotto" e per la sostituzione dei serramenti, contribuendo così al miglioramento dell'efficienza energetica del fabbricato.

Sup. intervento: 2.085,00 mq circa

Completamento riqualificazione del Corpo F.

L'intervento consentirà di completare la ristrutturazione del padiglione con le relative finiture edilizie ed impiantistiche nelle aree oggetto di intervento che sono attualmente occupate dal laboratorio analisi al piano terra e da degenze al piano primo.

A seguito dell'intervento, il numero di posti letto complessivo resterà invariato.

Sup. intervento: 827,00 mq circa

Quadro Economico (QE) comprensivo IVA opere strutturali ed impiantistiche	
Lavori ed oneri sicurezza	€ 4.900.000,00
Opere di demolizione	€ 0,00
Spese tecniche	€ 980.000,00
Altri oneri (specificare)	€ 1.620.000,00
Importo intervento	€ 7.500.000,00

Quadro Finanziario (QF)	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex Art. 20 L.67/88 - VI fase	7.125.000,00 €
Finanziamento 5% Regionale	375.000,00 €
_____	_____ €
Quadro finanziario complessivo (QF)	7.500.000,00 €

Costi parametrici €/m ²	
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie¹ Complessivo	319,63 €/m ²
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie¹ Adeguamento alle norme di prevenzione incendi	261,00 €/m ²
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie¹ Ripristino della facciata principale dell'ospedale	392,00 €/m ²
Importo Lavori ed oneri sicurezza/superficie¹ Completamento riqualificazione del Corpo F	1.012,49 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹ Complessivo	489,23 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹ Adeguamento alle norme di prevenzione incendi	400,00 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹ Ripristino della facciata principale dell'ospedale	600,00 €/ m ²
Importo complessivo dell'intervento QE complessivo / superficie¹ Completamento riqualificazione del Corpo F	1.549,72 €/ m ²

1: Superficie oggetto dell'intervento

Stima dei tempi di realizzazione dell'intervento	
Stima tempo progettazione	Mesi 6
Stima tempo gara per aggiudicazione lavori	Mesi 8
Stima tempo esecuzione lavori	Mesi 24
Stima tempo collaudo ed attivazione	Mesi 3

Stato Progettazione	<input type="checkbox"/> Documentazione tecnica preliminare alla progettazione <input checked="" type="checkbox"/> Studio di fattibilità <input type="checkbox"/> Progetto Fattibilità tecnica ed economica <input type="checkbox"/> Progetto definitivo <input type="checkbox"/> Progetto esecutivo
----------------------------	---

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: USL di Ferrara

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale

Codice Regionale intervento: APE 20

RUP dell'intervento: Ing. Giampiero PIRINI

CUP: E79I23000250002

Georeferenziazione dell'intervento: Azienda USL di Ferrara, via A.Cassoli, 30 Ferrara (Fe), vari stabilimenti ospedalieri e strutture sanitarie aziendali

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<ul style="list-style-type: none">○ Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 74%⁵○ Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte 26%○ Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura
L'intervento prevede l'acquisizione di n.1 colonna laparoscopica, n.1 ecotomografo, di n. 1 autoclave a vapore > 1 U.S., di n. 1 lavaferri, di n. 1 fluorangiografo con OCT e di n. 52 sollevamalati.

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:
Secondo le linee guida Regionali definite dal G.R.T.B., occorrerebbe programmare la sostituzione delle apparecchiature con più di 10 anni di esercizio richiamando l' "Age profile medical device" del COCIR (European Coordination Committee of Radiological, Electromedical

⁵ La percentuale è stata calcolata sull'importo economico stimato

and Medical IT Industries) che definisce gli indicatori per valutare l'obsolescenza delle apparecchiature in ambito sanitario. Il programma di sostituzione è pertanto volto a riportare tali categorie di apparecchiature entro i limiti individuati.

La richiesta di finanziamento in essere si inserisce in un piano dell'Azienda USL di Ferrara per il rinnovo di tecnologie biomediche installate che saranno messe in fuori uso a causa dell'obsolescenza. L'intervento riguarda infatti la sostituzione per obsolescenza funzionale di altrettante tecnologie dello stesso tipo di quelle richieste oltre che l'acquisizione di solleva malati a completamento della dotazione aziendale per prescrizioni dal Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale. Non è previsto alcun impatto di carattere organizzativo, se non quello dovuto alla curva di apprendimento nell'utilizzo da parte del personale in relazione all'eventuale aggiudicazione di una tecnologia diversa da una di quelle presenti.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

L'intervento consiste nell'acquisto di apparecchiature elettromedicali atte a mantenere un parco tecnologico adeguato e funzionale per supportare l'attività sanitaria (quali ad esempio il progetto oculistica territoriale), tali apparecchiature ne sostituiranno altrettante obsolete in uso presso l'Azienda USL di Ferrara e per questo motivo non ci sono costi sorgenti attribuibili né alla manutenzione né in termini di risorse umane.

Per quanto riguarda i sollevamalati si ritiene che l'impatto gestionale in termini di costo manutentivo sia assorbibile nell'ambito dell'attuale budget dedicato alle tecnologie.

I benefici attesi dall'ammodernamento tecnologico richiesto riguardano, un miglioramento dell'outcome clinico complessivo dovuto all'utilizzo di una tecnologia allo stato dell'arte.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Colonna Laparoscopica</i>	€ 120.000,00	1	€ 4.800,00
<i>Ecotomografo</i>	€ 50.000,00	1	€ 2.000,00
<i>Autoclave a vapore > 1 U.S</i>	€ 70.000,00	1	€ 2.800,00
<i>Lavaferri</i>	€ 30.000,00	1	€ 1.200,00

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Fluorangiografo con OCT</i>	€ 100.000,00	1	€ 4.000,00
<i>Sollevamalati</i>	€ 2.500,00	52	€ 5.200,00

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	500.000,00
--	-------------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	€ 475.000,00
Finanziamento 5% Regione	€ 25.000,00
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	500.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	6 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	12 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	6 mesi

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Titolo Intervento: Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica

Codice Regionale intervento: APE 21

RUP dell'intervento: Ing. Giampiero PIRINI

CUP: E79I23000260002

Georeferenziazione dell'intervento: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, via Aldo Moro, 8 Ferrara (Fe)

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<ul style="list-style-type: none">○ Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100%○ Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ %○ Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	--

Piano di fornitura

Descrizione delle principali tecnologie previste nel piano di fornitura

L'intervento prevede l'acquisizione di n. 4 sistemi di anestesia completi di monitoraggio, n. 80 letti elettrici da degenza e n.3 ecotomografi.

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

Attestare, in primo luogo, la coerenza dell'intervento con la programmazione sanitaria regionale, in particolare con la rete dei servizi ospedalieri (DM 70/2015) o con la rete dei servizi territoriali.

Descrizione dell'obiettivo/degli obiettivi che l'acquisizione delle tecnologie permette di raggiungere attraverso il soddisfacimento o il miglioramento dei bisogni assistenziali ovvero descrizione dell'offerta sanitaria post operam.

Evidenziare se con la realizzazione dell'intervento si razionalizza il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie prevedendo la generazione di economie.

Motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento:

La richiesta di finanziamento in essere si inserisce in un piano dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per il rinnovo di tecnologie biomediche installate che saranno messe in fuori uso a causa dell'obsolescenza. L'intervento riguarda infatti la sostituzione per obsolescenza funzionale di altrettante tecnologie dello stesso tipo di quelle richieste.

Non è previsto alcun impatto di carattere organizzativo, se non quello dovuto alla curva di apprendimento nell'utilizzo da parte del personale in relazione all'eventuale aggiudicazione di una tecnologia diversa da una di quelle presenti.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Si deve dare conto della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria dell'intervento. In particolare, attenzione deve essere posta alle spese che saranno generate dall'intervento in corso di esercizio ed alla compatibilità di queste spese rispetto alle politiche aziendali di contenimento dei costi. È necessario che l'Azienda valuti dimensione, composizione e specifiche competenze delle risorse umane necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

L'intervento consiste nell'acquisto di apparecchiature elettromedicali atte a mantenere un parco tecnologico adeguato e funzionale per supportare l'attività sanitaria, tali apparecchiature ne sostituiranno altrettante obsolete in uso presso l' Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Per questo motivo non ci sono costi sorgenti attribuibili alla manutenzione.

In particolare il piano di fornitura prevede di rinnovare le tecnologie di reparti ordinari oltre che di reparti critici quali l'Anestesia e Rianimazione Universitaria ed Ospedaliera .

I benefici attesi dall'ammodernamento tecnologico richiesto riguardano, un miglioramento dell'outcome clinico complessivo dovuto all'utilizzo di una tecnologia allo stato dell'arte.

Per le singole tecnologie GrAp o funzioni tecnologiche indicare i costi manutentivi annuali al termine del periodo di garanzia, secondo il seguente schema:

Costi previsti

	Costo unitario ofc	Quantità	Costi manutentivi annuali ofc
<i>Sistemi di anestesia completi di monitoraggio</i>	€ 40.000,00	4	€ 12.800,00
<i>Letti elettrici da degenza</i>	€ 2.450,00	80	€ 20.000
<i>Ecotomografo</i>	€ 48.000,00	3	€ 3.000,00

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	500.000,00
--	-------------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	€ 475.000,00
Finanziamento 5% Regione	€ 25.000,00

Cofinanziamenti aziendali	
Totale	500.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione =	6 mesi
Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura=	12 mesi
Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione =	6 mesi

Scheda illustrativa intervento tecnologico

Azienda: AUSL Romagna

Titolo Intervento: Rinnovo Tecnologie Biomediche per area chirurgica e specialistica ambulatoriale

Codice Regionale intervento: APE 22

RUP dell'intervento: Sacchetti Roberta

CUP: G64E23000030001

Georeferenziazione dell'intervento: nome struttura sanitaria, provincia, comune, via:

Tipo Intervento (indicare quote parte)	<input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo tecnologico (sostituzioni). Quota parte 100% <input type="checkbox"/> Potenziamento tecnologico (a supporto di attività sanitaria già presente). Quota parte ____ % <input type="checkbox"/> Innovazione (nuova attività sanitaria nel presidio). Quota parte ____ %
---	---

Piano di fornitura

Le apparecchiature del parco tecnologico biomedicale previste negli interventi finanziati con le risorse di cui all'art. 20 L.67/88, sono tutte apparecchiature obsolete e per le quali in linea di massima non sono più reperibili sul mercato pezzi di ricambio per la loro manutenzione; tali apparecchiature sono tutte tecnologie importanti per lo svolgimento delle attività chirurgiche ed ambulatoriali.

Nello specifico:

1. L'età media dei Tavoli operatori dell'Ausl della Romagna è di circa 18 anni e 31 di questi sono stati collaudati precedentemente all'anno 2000. L'intervento n. 1 (€ 700.000,00) prevede la sostituzione di almeno 5 tavoli operatori.
2. Negli ultimi anni lo sviluppo tecnologico dell'imaging ecografico ha fatto notevoli passi in avanti e nonostante che nell'ultimo periodo siano stati acquisiti numerosi ecografi, l'età media del parco tecnologico della Romagna è di 9 anni con ben 73 apparecchiature di età superiore ai 15 anni. L'intervento n.2 (€ 500.000,00) si prefigge l'obiettivo di sostituire alcuni ecografi, oramai obsoleti, utilizzati in ambulatori le cui attività concorrono certamente al contenimento delle liste d'attesa ambulatoriali.
3. L'intervento n.3 (€ 500.000,00) ha l'obiettivo di rinnovare parte del parco tecnologico dei sistemi motorizzati delle Sale Operatorie di Ortopedia e di sostituire almeno tre colonne di endoscopia. Per queste apparecchiature, che hanno un processo di usura piuttosto veloce, non sono più disponibili diversi accessori e/o pezzi di ricambio.

Illustrazione delle motivazioni sanitarie/organizzative/normative/economiche che rendono prioritaria la realizzazione dell'intervento

L'obiettivo della fornitura è quello di garantire la continuità di servizio di attività dell'area chirurgica e di specialistica ambulatoriale, anche al fine di contenere le liste d'attesa, con la sostituzione di apparecchiature

obsolete per le quali non si trovano più in commercio parti di ricambio e/o che hanno performance limitate rispetto alle tecnologie attuali.

Sostenibilità gestionale dell'intervento

Le tecnologie oggetto della fornitura sono inquadrare nell'ambito del rinnovo tecnologico e non rappresentano una nuova introduzione in ambito aziendale e regionale. Si specifica inoltre che tali acquisizioni, essendo delle sostituzioni, non comporteranno costi incrementali per gli aspetti manutentivi, costo per materiali di consumo di natura tecnica e di personale alle tecnologie biomediche. Per ulteriore chiarimento, la tabella sotto riportata, rappresenta un costo medio storico di manutenzione delle tecnologie citate.

Costi previsti

	Costo unitario di acquisto	Quantità	Costi manutentivi medi annuali per singola apparecchiatura
Tavolo Operatorio	140.000,00	5	5.600,00
<i>Ecografi per specialistica ambulatoriale</i>	62.500,00	8	3.000,00
<i>Sistemi motorizzati per ortopedia</i>	14.000,00	10	600,00
Colonne endoscopiche	120.000,00	3	4.000,00

Quadro economico – finanziario

Costo complessivo dell'intervento (€)	1.700.000,00
--	---------------------

Piano Finanziario

Fonte	Importo €
Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	1.615.000,00
Finanziamento 5% Regione	85.000,00
Cofinanziamenti aziendali	
Totale	1.700.000,00

Stima tempo realizzazione intervento

Stima tempo progettazione = 5 mesi
 Stima tempo gara per aggiudicazione piano fornitura = 9 mesi
 Stima tempo fornitura, collaudo ed attivazione = 3 mesi