

VII LEGISLATURA

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA N. **34**

30 Ottobre 2000 – ore 9,30

Presidenza del Vice Presidente **Lido RIBA**

Nel giorno 30 ottobre 2000 alle ore 9,30 in Torino - nel Palazzo Lascaris, Via Alfieri n. 15 - sotto la Presidenza del Vice Presidente Lido RIBA, con l'assistenza dei Consiglieri Segretari Alessandro DI BENEDETTO, Gianni MANCUSO e Giuseppe POZZO, si è adunato il Consiglio regionale come dall'avviso inviato nel termine legale ai singoli Consiglieri.

Sono presenti i Consiglieri:

ALBANO – ANGELERI - BOLLA – BOTTA Franco Maria – BOTTA Marco – BRINGANDÌ - BURZI – BUSSOLA – CANTORE – CARACCILOLO - CASONI - CATTANEO - CHIEZZI – CONTU – COSTA Enrico – COSTA Rosa Anna – COTTO - D'AMBROSIO - DEORSOLA – DI BENEDETTO - DUTTO - FERRERO - GALLARINI - GALLI - GHIGLIA – GHIGO - GIORDANO – LEO – MANCUSO - MANICA – MANOLINO – MARCENARO – MARENGO – MELLANO - MERCURIO – MORICONI – MULIERE – PALMA - PAPANDREA – PEDRALE – PICHETTO FRATIN - PLACIDO – POZZO - RACCHELLI - RIBA - RIGGIO – RONZANI – ROSSI Giacomo - ROSSI Oreste - SAITTA - SALERNO - SCANDEREBECH - SUINO – TAPPARO - TOMATIS - VAGLIO - VALVO.

E' presente l'Assessore esterno:

LARATORE.

Sono in congedo i Consiglieri:

CAVALLERA – COTA – TOSELLI.

Non sono presenti i Consiglieri:

BRIGANDÌ – MARCENARO.

(o m i s s i s)

D.C.R. 86 – 30585

"Ratifica, ai sensi dell'art. 40, comma 3, dello Statuto, della D.G.R. 31 agosto 2000, n. 22-756 nella parte relativa all'approvazione del nuovo programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria 2^a fase".

(Proposta di deliberazione n. 32).

Dopo un breve intervento del Presidente RIBA sull'ordine dei lavori si passa all'esame della **Proposta di deliberazione n. 32: "Ratifica, ai sensi dell'art. 40, comma 3, dello Statuto, della D.G.R. 31 agosto 2000, n. 22-756 nella parte relativa all'approvazione del nuovo programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria 2^ fase"**.

(o m i s s i s)

Tale deliberazione, così **emendata**, nel testo che segue, é posta ai voti per alzata di mano ed **approvata** con il seguente esito: presenti n. 45 Consiglieri, votanti n. 44 Consiglieri, voti favorevoli n. 36, voti contrari n. 4, astenuti n. 4 (n. 1 Consigliere non partecipa alla votazione).

Il Consiglio regionale

visto l'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1988);

visto l'art. 5 bis del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419);

vista la D.G.R. 17 luglio 2000, n. 24-474, recante "Proposta al Consiglio regionale di ulteriore modifica del programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria ex art. 20 l. 67/1988";

preso atto che per motivi di urgenza la Giunta regionale, con D.G.R. 31 agosto 2000, n. 22-756 recante "Approvazione dello schema di Accordo di Programma in materia di sanità ed autorizzazione alla sottoscrizione. Approvazione, ai sensi dell'art. 40 dello Statuto, del nuovo programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria 2^ fase", ha revocato la citata D.G.R. 17 luglio 2000, n. 24-474, adottandone i contenuti mediante l'assunzione dei poteri del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 40, comma 1, dello Statuto della Regione Piemonte;

vista la D.G.R. 31 agosto 2000, n. 22-756 e preso atto delle motivazioni ivi addotte;

dato atto che compete al Consiglio regionale unicamente l'approvazione del nuovo programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria;

sentito il parere favorevole della IV Commissione consiliare competente espresso a maggioranza in data 25 ottobre 2000

d e l i b e r a

di ratificare, ai sensi dell'art. 40 dello Statuto, la D.G.R. 31 agosto 2000, n. 22-756, allegata al presente provvedimento per farne parte integrante, in riferimento al nuovo programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria 2^ fase;

di dare atto che, alla copertura dell'importo di lire 60.998.000.000, pari alla quota regionale di partecipazione alla realizzazione degli interventi, si farà fronte in sede di predisposizione dei relativi bilanci di competenza;

di dare mandato alla Giunta regionale, di assumere appositi atti deliberativi finalizzati alla nomina di Commissari ad acta con poteri sostitutivi in caso di ritardi nell'attuazione degli interventi a causa di inadempienza da parte del soggetto responsabile dei singoli interventi in ciascuna Azienda sanitaria.

Allegato 1

Schema

“Accordo di programma in materia di Sanità”

Visto l'art. 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni che detta la disciplina della programmazione negoziata;

Vista, in particolare, la lettera c) dello stesso comma 203 che definisce e delinea i punti cardine dell'accordo di programma quadro, quale strumento della programmazione negoziata, dedicato all'attuazione di una intesa istituzionale di programma per la definizione di un programma esecutivo di interventi di interesse comune o funzionalmente collegati e che fissa le indicazioni che l'accordo di programma quadro deve contenere;

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 30.000 miliardi di lire;

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, 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 1998 n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144 che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

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 sopracitata legge n. 67 del 1988 - la somma di lire 2.500 miliardi di cui 670 miliardi per l'anno 1998 e 1830 miliardi di lire per l'anno 1999, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449 in lire 1830 miliardi, di cui 630 miliardi di lire per l'anno 1999 e 1.200 miliardi di lire per l'anno 2000, come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n.39;

Vista la legge 15 maggio 1997, n. 127;

Vista la legge 15 marzo 1997, n. 59 e successive modificazioni;

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

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

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

Vista la legge 8 giugno 1990; n. 142;

Vista la legge 3 febbraio 1993, n. 29;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000;

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

Vista la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della sanità, le autorizzazioni in materia di programma di investimenti ai sensi del citato articolo 20 della legge n. 67/88;

Vista la delibera CIPE del 21 marzo 1997 n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124, concernente la disciplina della programmazione negoziata ed, in particolare, il punto 1 sull'Intesa Istituzionale di programma nel quale, alla lettera b), è previsto che gli accordi di programma quadro da stipulare dovranno coinvolgere nel processo di negoziazione gli organi periferici dello Stato, gli enti locali, gli enti subregionali, gli enti pubblici ed ogni altro soggetto pubblico e privato interessato al processo e contenere tutti gli elementi di cui alla lettera c) del comma 203 dell'art. 2 della legge n. 662/96;

Vista l'Intesa Istituzionale di programma tra il Governo e la Regione Piemonte, siglata in data 22 marzo 2000 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, da attuarsi anche attraverso la stipula dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari;

Vista la delibera del Consiglio regionale del 16.09.1997, n. 440-CR-13430 di approvazione del "Piano straordinario degli investimenti ex articolo 20 L.67/88.Programma decennale e triennale". 2^ fase;

Vista la delibera della Giunta Regionale n.24-474 del 17/07/2000 con la quale viene proposta al Consiglio Regionale la modifica del programma di cui alla delibera n. 440-CR-13430;

Vista la delibera di Giunta della Regione di approvazione dell'accordo di programma n. del

Visto lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/88 - prima fase, caratterizzato da totale impegno delle risorse finanziarie previste, nonché dal completamento di oltre il 75% degli interventi programmati e il notevole avanzamento dei lavori dei rimanenti interventi, come indicato nell'allegato C della circolare 10 febbraio del 1994 del Ministero del Tesoro, pubblicata in G.U. 4 marzo 1994, n. 52, presente agli atti dei Ministeri competenti;

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";

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

Vista la proposta di accordo di programma presentata dalla Regione Piemonte;

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 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in data 22/03/2000;

Il Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica e la Regione Piemonte

STIPULANO IL SEGUENTE

ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente accordo di programma, tenuto conto della circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691 è finalizzato in particolare a:

- a) completare la razionalizzazione della rete ospedaliera, con particolare riguardo alla rianimazione e alle terapie intensive anche nel rispetto degli standard previsti dall'art. 1 della Legge 18 luglio 1996 n. 382 e successive modificazioni e dall'art. 1 della legge 23 dicembre 1996 n. 662;
- b) completare e potenziare la rete delle strutture territoriali, garantendo anche l'integrazione dei servizi territoriali con i programmi di cura per i malati in fase terminale, con particolare riferimento ai malati oncologici;
- c) innovare e potenziare la dotazione tecnologica esistente, con particolare riferimento al settore della radioterapia;
- d) adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997;
- e) adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- f) prevedere la sistemazione di spazi per l'esercizio della libera professione.

2. L'accordo è costituito da n. 68 interventi, dettagliatamente illustrati nelle schede di monitoraggio allegate, che costituiscono parte integrante del presente accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:

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

Il programma regionale prevede, inoltre, n. 4 interventi per il settore degli investimenti da realizzare con risorse proprie.

Articolo 2 (Impegno dei soggetti sottoscrittori)

1. I soggetti sottoscrittori del presente accordo sono:

- a) per il Ministero della Sanità:
- b) per il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica:.....
- c) per la Regione Piemonte: Arch. Luigi Robino, Direttore programmazione sanitaria.

2. Ciascun soggetto sottoscrittore del presente accordo di programma, nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegna a:

- a) rispettare i termini concordati, indicati nelle schede di intervento allegate al presente accordo;
- b) attuare forme di immediata collaborazione e di stretto coordinamento anche avvalendosi del soggetto di cui all'art. 12;
- c) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- d) procedere periodicamente alla verifica dell'accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'art. 12, gli eventuali aggiornamenti al Comitato paritetico di attuazione di cui all'Intesa istituzionale di programma, con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- e) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- f) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'accordo; nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria;
- g) individuare un responsabile per i procedimenti di competenza;

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. Il costo complessivo del presente accordo ammonta a L. 1.907,049 milioni e concerne la realizzazione di nuove opere e ristrutturazioni analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2 di cui: 1.158,966 milioni a carico dello Stato, L. 748.083 milioni a carico della Regione Piemonte e degli Enti attuatori, tramite l'alienazione del patrimonio e l'accensione di mutui a carico degli stessi. Il piano finanziario, per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

FONTI FINANZIARIE IN MILIONI DI LIRE

ESERCIZIO	STATO	ALTRE RISORSE		TOTALE
		FINANZIARIO	ART. 20	
2000	416,470	368,491		784,961
2001	505,812	177,896		683,708
2002	202,184	153,160		355,344
2003	34,500	48,536		83,036
TOTALE	1.158,966	748,083		1.907,049

2. L'importo a carico dello Stato e già attribuito alla Regione Piemonte con deliberazione CIPE 6 maggio 1998 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità. Art. 20 della legge 11 marzo 1998, n. 67 secondo e terzo triennio" nella misura di L.1.158.966 milioni, oltre a L. 154.348 milioni, di cui alla legge 27 dicembre 1997, n. 450 già assegnati.

3. In attuazione degli interventi suddetti la Regione Piemonte potrà iscrivere a bilancio, negli esercizi di competenza, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente accordo.

4. Il piano finanziario prevede:

- un impegno programmatico finalizzato al completamento del programma regionale di investimenti, pari a L. 1.158,966 milioni, in coerenza con la quota regionale approvata con delibera CIPE n. 52 del 6 maggio 1998,
- l'individuazione delle necessità finanziarie per il triennio 2000-2002 pari al volume finanziario complessivo degli interventi per i quali la regione inoltrerà istanza di finanziamento, nei limiti degli stanziamenti complessivi previsti annualmente e nel triennio di riferimento alla legge finanziaria.

5. Per l'ammissione a finanziamento dei progetti esecutivi, nei limiti delle risorse disponibili nell'anno, si seguirà il criterio cronologico di acquisizione, presso il Ministero della sanità della richiesta di finanziamento presentata dalla Regione nelle modalità stabilite dal successivo art. 6.
6. Qualora le richieste complessive di finanziamento presentate dalle Regioni superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione potrà finanziare l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.
7. La Regione Piemonte può procedere alla predisposizione della progettazione esecutiva necessaria allo sviluppo temporale del programma per garantire che, in presenza di copertura finanziaria, la stessa possa procedere alla richiesta di finanziamento secondo le annualità di impegno previste al comma 1.
8. La Regione Piemonte potrà procedere alla stipula dei contratti previsti per gli interventi, con riferimento agli stanziamenti iscritti nei singoli bilanci di previsione, anche in anticipazione rispetto al provvedimento di ammissione a finanziamento.
9. In virtù dell'iscrizione a bilancio di cui all'art. 3 comma 3, la Regione può anticipare agli Enti attuatori somme a valere sulla quota di finanziamento assicurata dallo Stato per singolo intervento, nelle more della liquidazione da parte dello Stato anche anticipando o posticipando interventi rispetto ad altri, purchè il totale della programmazione di spesa resti all'interno del piano finanziario per esercizio di cui al comma 1. Tali somme sono recuperate direttamente dalla Regione Piemonte al momento dell'assegnazione finanziaria definitiva da parte dello Stato ovvero attraverso apposita richiesta di liquidazione all'amministrazione statale competente.

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)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento del programma oggetto del presente accordo, l'approvazione dei singoli progetti nonché l'attuazione degli interventi di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura contenuta nella circolare 10 febbraio 1994, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 52 del 4 marzo 1994, o in sue successive modificazioni ed integrazioni.
2. Per gli interventi oggetto del presente accordo la Regione Piemonte inoltra al Ministero della sanità l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni di cui al comma 1, previa approvazione del progetto esecutivo dell'intervento medesimo.
3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma in sede di attuazione del medesimo, sono adottate dalla Regione Piemonte con proprio atto da comunicare al Ministero della Sanità, per la verifica di competenza circa la conformità delle modifiche agli obiettivi generali del presente accordo. Le variazioni al programma possono riguardare la modifica anche sostitutiva di taluni interventi, purchè rientrino nell'ambito del finanziamento attribuito alla Regione Piemonte con deliberazione CIPE 6 maggio 1998 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità. Art. 20 della legge 11 marzo 1998, n. 67, secondo e terzo triennio", al netto delle somme già erogate e la variazione conseguente delle schede allegate al presente accordo.

Articolo 6
(Semplificazione dell'istruttoria)

1. Per tutti gli interventi oggetto del presente accordo, elencati nelle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione, all'atto della valutazione dei progetti esecutivi per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:

- il rispetto della normativa vigente in materia appalti pubblici di cui alla legge 109/1994 e successive modificazioni e alla normativa europea in materia;
- il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14.1.1997 con specifico riguardo alla sicurezza, alla congruità del costo, alla qualità dell'opera percepita dagli operatori e dagli utenti, ed alle caratteristiche che assicurino accessibilità, manutenibilità, comfort alberghiero, nonché la qualità dell'opera..

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

Articolo 7
(Accordi speciali)

1. Tenuto conto del programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani risorse ex art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 sarà sottoscritto un accordo per la Città di Torino entro 60 giorni dall'approvazione dei progetti ex art. 71.

Articolo 8
(Ricognizione del patrimonio immobiliare)

1. La Regione Piemonte certifica che, al fine della valutazione del patrimonio immobiliare, le Aziende hanno proceduto alla ricognizione del patrimonio medesimo ed agli adempimenti di cui all'art. 5 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, individuandone forme di valorizzazione come risorsa aggiuntiva al programma di investimenti.

Articolo 9
(Indicatori)

1. La Regione Piemonte, entro 180 giorni dalla firma del presente accordo, per la valutazione in itinere ed ex post del programma, anche avvalendosi del nucleo di valutazione degli investimenti da istituire a norma dell'articolo 1 della legge 17 aprile 1999, n. 144 si impegna a specificare le previsioni dell'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero in termini di dotazione di posti letto e di tasso di utilizzo della capacità ricettiva, della riduzione dei ricoveri impropri, delle liste di attesa al fine di garantire la coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

2. La Regione Piemonte individua gli strumenti di valutazione, rispetto agli specifici obiettivi dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 10
(Rinnovo delle tecnologie)

1. La Regione Piemonte garantisce che gli interventi proposti rispondono agli obiettivi generali del Piano sanitario nazionale 1998/2000 e del Piano sanitario regionale volti all'innovazione tecnologica e presuppongono l'adozione di azioni di inventariazione e di valutazione delle tecnologie esistenti.
2. La Regione si impegna a garantire una razionale distribuzione sul territorio delle tecnologie ed a valutarne l'appropriatezza ai fini del raggiungimento di adeguati standard tecnico-qualitativi delle prestazioni e del miglioramento della qualità assistenziale, anche in termini di riduzione delle liste di attesa.

Articolo 11
(Opere da completare)

1. La Regione Piemonte ha adottato l'analisi costi/benefici per assumere decisioni in merito agli ospedali da completare.
2. La Regione Piemonte garantisce che nel caso di nuove edificazioni, ci si riferisce sempre all'opera completa; nel caso di interventi di ristrutturazione il finanziamento si riferisce a parti funzionali e funzionanti di un progetto complessivo e organico.

Articolo 12
(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

2. Al fine di adottare iniziative e provvedimento idonei a garantire la celere e completa realizzazione degli interventi nonché la riprogrammazione e la 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 Piemonte.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Sanità o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno due volte l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui al successivo art.13. 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 Sanità, la Regione Piemonte trasmette al Ministero della Sanità, con cadenza semestrale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi contenute nelle schede allegate al presente accordo.
5. In caso di sostanziali ritardi nell'attuazione degli interventi previsti nel presente accordo rispetto ai termini previsti, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della Sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto delle capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

Articolo 13
(Soggetto responsabile dell'accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'accordo il Dirigente del Settore Edilizia Sanitaria della

Regione Piemonte ing. Gianpiero Cerutti (scelto su indicazione dei soggetti firmatari dell'Intesa istituzionale di programma).

2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

- a) garantire il monitoraggio sullo stato dell'attuazione dell'accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente accordo, eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzioni previste;
- b) promuovere con i responsabili dei singoli interventi individuate nelle schede allegate al presente accordo, le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
- c) il monitoraggio sarà accompagnato da una relazione semestrale che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione degli interventi con la proposta di iniziative correttive da assumere,
- 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.

Il responsabile dell'accordo predisponde semestralmente una relazione da presentare al comitato istituzionale sullo stato di attuazione dell'accordo medesimo evidenziando i risultati e le azioni di verifica svolte. La relazione semestrale indica, inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede conseguentemente modificate ai sensi dell'art. 5, comma 3.

Articolo 14

(Soggetto responsabile del singolo intervento)

1. Per le finalità di cui al presente accordo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile del singolo intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore dell'intervento, ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza semestrale, 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 15

(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'art. 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 sanità

Il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, Dipartimento per le politiche di sviluppo e di coesione

La Regione Piemonte

Arch. Luigi Robino, Direttore Programmazione Sanitaria

Allegato 2

Accordo di Programma
in materia di Edilizia Sanitaria
Documento Programmatico

1.1. Il Piano Sanitario Regionale 1997/99

Il Piano Sanitario regionale 1997/99 è il primo documento di programmazione sanitaria di cui si è dotato il Piemonte in attuazione della riforma di cui al decreto leg.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni.

Con lo stesso provvedimento la Regione ha anche perfezionato le norme per la programmazione in ambito sanitario, rendendole coerenti con il processo di aziendalizzazione delle A.S.L. e di alcuni ospedali regionali che si configurano come: "Aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica".

L'assetto aziendale sanitario piemontese risulta conseguenza della L.R. 64/95 che individua n.22 Aziende territoriali e n.7 ospedaliere a carattere nazionale, in sintesi la dislocazione delle A.S.R. sul territorio è la seguente:

- le prime quattro A.S.L. compongono il territorio della città di Torino, mentre il resto del territorio della Provincia di Torino è suddiviso in altre sei aziende (dalla A.S.L. 5 alla A.S.L. 10);
- di massima coincidenti con il territorio delle Provincie di: Vercelli (A.S.L. 11), Biella (A.S.L. 12), Novara (A.S.L. 13), e V.C.O. (A.S.L. 14), risultano altrettante quattro aziende;
- la Provincia di Cuneo è suddivisa in quattro aziende (dalla A.S.L. 15 alla A.S.L. 18);
- una azienda per la Provincia di Asti (A.S.L. 19) e altre tre aziende compongono la provincia di Alessandria (dalla A.S.L. 20 alla A.S.L. 22);
- tre aziende ospedaliere sono ubicate nella città di Torino: l'A.O. S.Giovanni Battista, l'A.O. C.T.O. e l'O.I.R.M. S. Anna in contigua zona urbana di facile accessibilità dalla rete viaria a veloce scorrimento; queste aziende creano la "cittadella sanitaria d'eccellenza" per la loro vocazione alle attività di alta specializzazione; altre quattro aziende ospedaliere sono dislocate in provincia di Torino (S. Luigi di Orbassano), a Novara (A.O. Maggiore), ad Alessandria (SS. Antonio e Biagio) e a Cuneo (S. Croce e Carle);

In attuazione del P.S.R. 1997/99 la Giunta Regionale ha individuato i "Quadranti" quali bacino di utenza sovraziendale, nell'ambito dei quali le Aziende territoriali accordano con l'Azienda ospedaliera di riferimento i volumi e le caratteristiche delle attività ospedaliere di alta specialità; in sede di conferenza di quadrante i Direttori Generali delle aziende interessate svolgono la funzione di tutela della salute dei propri cittadini con appositi accordi che garantiscano agli utenti percorsi clinici efficaci ed efficienti, coinvolgendo la risposta ospedaliera e quella territoriale in percorsi integrati di qualità.

Le azioni prioritarie svolte dall'Assessorato per dare attuazione al P.S.R. 1997/99 si possono rappresentare come articolate in tre fasi successive, caratterizzate dai seguenti provvedimenti amministrativi:

- 1) D.G.R. del 5/8/1998 – analisi delle pianificazioni aziendali e proposta regionale di indirizzo per la sottoscrizione delle Intese di programma;
- 2) D.G.R. del 21/12/1998 – recepimento regionale delle controproposte aziendali, successiva sottoscrizione delle Intese di programma (Gennaio 1999);
- 3) D.G.R. del 14/10/1999 – Patto di buon governo: riconoscimento alle A.S.R. dei costi sostenuti in base ai consuntivi 1997 e 1998, manovra di contenimento dei costi per gli anni 1999 e 2000

impostata nell'obiettivo del -1% dei consuntivi aziendali del 1998, previsione di ampliamento del periodo temporale necessario al completamento delle azioni previste dalle Intese di programma (dal 2000 al 2003).

L'accordo di buon governo del 14/10/99 individua inoltre, sulla base delle indicazioni del DPEF 2000/2003, le risorse globali a disposizione per la spesa **di gestione** sanitaria regionale nel 2003, prevedendo un incremento di circa il 9,3% rispetto ai **finanziamenti** 1998, inflazione inclusa. Una ulteriore premessa per lo sviluppo della sanità piemontese è costituita dall'accordo raggiunto nel mese di dicembre 1999 tra l'Amministrazione regionale, le case di cura private e le strutture facenti parte della rete pubblica ex. art. 41,42 e 43 della L. 833/78 sul contenimento della produzione di ricoveri (obiettivo finanziario atteso: valore 2003 = valore 1998).

I maggiori volumi di risorse, indicati dal DPEF 2000/2003 per la Sanità e messi a disposizione dalla Regione attraverso l'accordo di buon governo, sono distribuiti ad ogni azienda sanitaria regionale con l'obiettivo, già posto nelle Intese di programma e recepito negli Accordi di quadrante, di ottenere una distribuzione equilibrata delle quote di finanziamento in riferimento ai contesti aziendali, territoriali, demografici, e di indirizzare gli aumenti verso i settori della prevenzione e dell'assistenza territoriale.

L'assistenza ospedaliera piemontese dimostra di essere ad un buon livello in riferimento ai risultati che ordinariamente raggiunge, per cui può considerarsi obiettivamente soddisfacente la sua efficacia di sistema.

Diverso è invece l'approccio con cui si devono considerare e affrontare i livelli di efficienza. Per allocare con obiettivi di crescita le risorse disponibili e per mantenere lo sviluppo dei costi entro categorie di compatibilità tra finanziamenti possibili e spese necessarie, risulta indispensabile richiedere alle aziende una maggiore razionalizzazione dei fattori produttivi impiegati. Gli erogatori devono orientarsi a fornire le prestazioni con modalità permanentemente finalizzate ad ottenere il massimo dell'assistenza sanitaria con la migliore ottimizzazione dei costi, tenuto anche conto che tale risultato (esprimibile in appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni) risulta dimostrato essere coerente con le esigenze cliniche e sociali dei pazienti e con la qualità percepita dei servizi ricevuti.

Si richiede pertanto di agire sulle diseconomie aziendali in riferimento ai tipi di prestazioni, alla loro modalità di erogazione, alla organizzazione delle risorse umane. Attraverso questa via, considerati gli andamenti della spesa pubblica ed il suo presumibile finanziamento sia a livello nazionale che regionale, è ancora possibile indirizzare il sistema sanitario del Piemonte verso traguardi di crescita delle sue attività. Diversamente occorrerebbe adottare scelte di stretto rigore economico, e quindi di stallo, nell'improbabile tentativo di mantenere i livelli di assistenza raggiunti a fronte di costi crescenti non per sviluppo ma per diseconomie nell'impiego dei fattori produttivi, e di risorse finanziarie disponibili a tassi tendenzialmente troppo modesti di crescita. In tale situazione rischierebbero di aumentare anche le logiche conflittuali tra le aziende, nonché tra la Regione e le aziende, e quindi tra i cittadini e l'ente pubblico, causate dagli effetti di una redistribuzione delle risorse non in grado di coprire i costi delle richieste di sviluppo del sistema.

La complessità del mutamento che si sta sviluppando in questo periodo, unita ad alcuni fattori di indeterminatezza del nuovo assetto normativo della Sanità Pubblica, rendono necessarie alcune scelte di fondo da rispettare per mantenere l'attuale livello di risultati raggiunti.

Costituiscono scelte politiche generali:

- il mantenimento dei livelli assistenziali attualmente raggiunti dai servizi sanitari delle varie aree della Regione, con particolare riguardo alle zone montane o disagiate, assicurando al sistema le disponibilità finanziarie necessarie sia di parte corrente sia di investimento, per operare in un quadro di utilizzo ottimale di tutti i fattori produttivi;
- la razionalizzazione della Sanità Pubblica, quale condizione fondamentale per garantire al cittadino i livelli essenziali di assistenza, attraverso un processo di riordino dei centri decisionali di spesa, con la qualificazione e la piena responsabilizzazione dei centri di erogazione delle prestazioni, tramite la definizione di un processo di verifica continua sulla qualità e sulla economicità dei servizi offerti.

1.2 La rete ospedaliera

La revisione della rete ospedaliera, secondo le indicazioni del P.S.R. 1997/99, definisce gli obiettivi del processo di pianificazione ospedaliera, i criteri organizzativi gli standard dei servizi che devono essere attuati dalle Aziende Sanitarie Regionali, ed è preordinata ad assicurare livelli essenziali di assistenza ; la revisione intende raggiungere le seguenti attività:

- ricondurre l'ospedale alla sua funzione di trattamento esclusivo delle patologie in fase acuta;
- qualificare gli ospedali per ottenere un miglioramento nell'efficacia dei trattamenti;
- migliorare l'efficienza complessiva nell'uso delle risorse;
- inquadrarsi nella riorganizzazione complessiva del Servizio Sanitario Regionale che tende a fornire risposte adeguate alla domanda non acuta in sede di distretto o nelle strutture sanitarie extraospedaliere in regime domiciliare, ambulatoriale semiresidenziale e residenziale;
- migliorare il livello delle prestazioni di assistenza sanitaria;
- superare l'attuale modalità organizzativa divisionale, realizzando l'organizzazione delle funzioni ospedaliere per aree omogenee e per dipartimenti;
- potenziare le attività di prevenzione, le strutture territoriali e residenziali nonché le attività di cura e riabilitazione non fornite nelle strutture ospedaliere.

La situazione regionale, così come evidenziata nel P.S.R. 1997/99, in termini di rapporto tra posti letto per acuzie e per post-acuzie era caratterizzata da due dati anomali (tab. 8 – P.S.R.):

1. il numero complessivo inferiore allo standard (-942 posti letto);
2. l'esubero di posti letto per acuzie (+1.205) rispetto alla carenza di quelli post-acuzie (- 2.417).

Tab. 8 a) – P.S.R. 1997/99 – La Rete Ospedaliera –
Posti Letto complessivi per degenze ordinarie

Posti letto	Acuti	Lungodegenze	Non acuti R.R.F.	Totale	Complessivi
Rete Pubblica	18.435	223	577	800	19.235
Case di cura convenzionate	2.134	834	519	1.353	3.487
TOTALE	20.569	1.057	1.096	2.153	22.722

Tab. 8 b) – P.S.R. 1997/99 – La Rete Ospedaliera –
P.L. (degenze ordinarie) per abitanti

Posti letto	Complessivi	x 1.000 abit.	Acuti	x 1.000 abit.	Non acuti	x 1.000 abit.
Presenti	22.722	5,28	20.569	4,78	2.153	0,50
Standard	23.664	5,50	19.364	4,50	4.300	1,00
Differenza	-942	-0,22	+1.205	+0,28	-2.147	-0,50

Alla dotazione complessiva evidenziata nell'analisi di contesto antecedente all'approvazione del P.S.R. 1997/99 sono da aggiungere n. 370 posti letto di day hospital nell'area delle acuzie. Tale dotazione risultava decisamente insufficiente rispetto allo standard auspicato (10% dei P.L. complessivi). La corretta dotazione di posti letto a ciclo diurno doveva prevedere anche un'ulteriore conversione di posti letto a degenza ordinaria. In particolare, nell'ottica già evidenziata di ottenere l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, risulta necessario prevedere una conversione "a cascata" dai ricoveri ordinari, ai ricoveri a ciclo diurno e alle prestazioni ambulatoriali nonché ai ricoveri extraospedalieri in residenzialità sanitaria e/o in assistenza domiciliare.

Dai dati risultanti dall'analisi dei Piani di Attività aziendali per l'anno 1999 risulta che, nel periodo centrale di attuazione del P.S.R. 1997/99, la situazione regionale dei fattori produttivi ospedalieri è la seguente:

1. il numero complessivo di posti letto ha raggiunto lo standard;
2. è in fase di completamento la conversione dei posti letto dall'area di acuzie alla post-acuzie;
3. la percentuale di posti letto in Day Hospital è prossima al 10% della capacità complessiva.

Piani di Attività 1999 – La Rete Ospedaliera – Posti Letto per aree nosologiche

Posti Letto	Medico	Chirur	Infantil	Urgenz	Psichiat	Suppor Acuzie	Totale Acuzie	Non Acuzie	Totale
Ordinar	6.642	6.978	2.275	572	316	197	16.980	4.418	21.398
Day H.	991	536	267	27	0 (terr.)	43	1.864	100	1.964
Totale	7.633	7.514	2.542	599	316	240	18.844	4.518	23.362

Dall'analisi dei dati riferiti alla situazione attuale e dei conseguenti obiettivi del Piano Sanitario Regionale, sopra illustrati a grandi linee, si è giunti alla riprogrammazione degli investimenti in campo sanitario, con particolare riferimento al 2° e al 3° triennio del programma di investimenti ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88.

1.2.1 Come rilevabile dal Piano Sanitario Regionale 97/99 tutte le Aziende Ospedaliere o i PP.OO. di riferimento delle Aziende Territoriali dispongono del Servizio di Terapia Intensiva e Rianimazione ad esclusione dell'A.S.L. 15 che non dispone di PP.OO., e dell'ASL n. 20.

In dettaglio esse sono localizzate in:

ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	T.I. e Rianim. P.L. + D.H.	T.I. e sub int. cardiol. P.L.	T.I. e sub. I e neonatale P.L.	TOTALE
1	P.O. Giovanni Vecchio	9	0	0	9
2	P.O. Martini	7	3	0	10
3	P.O. Maria Vittoria	8+1	8	4	21
4	P.O. Giovanni Bosco	5+1	6	0	12
5	P.O. di Rivoli	8	10	0	18
6	P.O. di Ciriè	7	6	0	13
7	P.O. di Chivasso	3	0	0	3
8	P.O. Maggiore di Chieri	2+1	0	0	3
	P.O. S.Croce di Moncalieri	2+1	5	5	13
9	P.O. di Ivrea	9	11	0	20
10	P.O. Civile E.Agnelli di Pinerolo	4	8	0	12
11	P.O. S.Andrea di Vercelli	5	6	0	11
	P.O. S.G.Battista di Gattinara	0	3	0	3
12	P.O. di Biella	9+1	0	0	10
13	P.O. SS.Trinità di Borgomanero	6+1	9	4	20
14	P.O. S.Biagio di Domodossola	4	4	0	8
	P.O. di Verbania	4	4	0	8
16	P.O. Riuniti Mondovì-Ceva	6+2	5	0	13
17	P.O. Riuniti Savigliano	8	7	0	15
18	P.O. S.Lazzaro di Alba	4+4	0	0	8
19	P.O. Civile di Asti	7+1	0	0	8

21	P.O. S.Spirito di Casale Monf.to	9	6	0	15
22	P.O. Civile di Acqui Terme	4	6	0	10
22	P.O. S.Giacomo di Novi Ligure	7	6	0	13
ASO	P.O. S.Giov.Battista-Molinette	57+4	16	0	77
ASO	P.O. CTO e R.M.Adelaide	18+8	0	0	26
ASO	P.O. Infantile R.M. e O.G. S.Anna	28	0	20	48
ASO	P.O. S.Luigi Gonzaga -Orbassano	4+1	4	0	9
ASO	P.O. Maggiore della Carità-Novara	12	16	12	40
ASO	P.O. S.Croce e Carle di Cuneo	21+1	13	8	43
ASO	P.O. SS.Antonio e Biagio e C.Arrigo	16+2	8	6	32
Ordine					
Mauriziano	P.O. Umberto I°	6	9	2	17

Il Piano Pluriennale di interventi in edilizia sanitaria art. 20 L.67/88 II^ fase prevede interventi specifici di ristrutturazione, messa a norma e rilocalizzazione di servizi di Terapia Intensiva e Rianimazione nei seguenti P.O.:

- A.S.L. 8 - P.O. Santa Croce di Moncalieri (TO)
- A.S.L. 11 - Nuovo P.O. di Borgosesia (VC)
- A.S.L. 12 - Nuovo P.O. di Biella
- A.S.L. 16 - Nuovo P.O. di Mondovì (CN)
- A.S.L. 17 - P.O. SS. Annunziata di Savigliano (CN)
- A.S.L. 17 - P.O. Civile di Saluzzo (CN)
- A.S.L. 18 - Nuovo P.O. di Alba-Bra (CN)
- A.S.L. 19 - Nuovo P.O. di Asti
- A.S.L. 22 - P.O. S.Giacomo di Novi Ligure (AL)
- A.S.O. SS. Antonio e Biagio di Alessandria

- A.S.O. S.Luigi di Orbassano (TO)
- A.S.O. S.Giovanni Battista di Torino
- Ordine Mauriziano Umberto I di Torino

Da quanto su esposto ne consegue che gli interventi programmati ammodernano, portando agli standard di legge previsti, circa il 40% della rete regionale dei Servizi per Terapia Intensiva e Rianimazione.

1.2.2 UNITA' SPINALE

Per quanto riguarda l'unità spinale il PSR individua come ottimale la disponibilità di:

- 60 posti letto per i soggetti in fase di recupero funzionale e riabilitazione globale;
- 20 posti letto per soggetti con lesione midollare che necessitano di ricovero per diagnosi e cura di complicanze tardive della lesione midollare.

Tale dotazione di posti letto è prevista presso:

- l'unità spinale unipolare attiva presso ASO C.T.O. di Torino;
- il centro per la riabilitazione dei medullolesi dell'ASO Maggiore della Carità di Novara;
- il centro per la riabilitazione dei medullolesi dell'ASO SS.Antonio e Biagio di Alessandria;

il P.S.R. individua quale obiettivo nel triennio di validità dello stesso l'attivazione di 45 p.l. di ricovero ordinario e 18 di day hospital così individuati:

ASO CTO di Torino	ricovero ordinario	n. 25
	day hospital	n. 8
ASO Maggiore di Novara	ricovero ordinario	n. 10
	day hospital	n. 5
ASO di Alessandria	ricovero ordinario	n. 10
	day hospital	n. 5
	Totale	n. 63

1.3 Diversi interventi fra quelli previsti nell'elenco relativo alla II^a fase dell'art. 20 prevedono la modernizzazione e l'adeguamento alla normativa sulla sicurezza delle dotazioni tecnologiche delle Aziende.

Inoltre la Regione Piemonte, negli scorsi anni ha stanziato dei fondi dedicati espressamente all'acquisto di grandi attrezzature da parte di ASL e A.O.; alcuni di tali acquisti si stanno perfezionando soltanto in questi mesi, e le attrezzature che vengono acquistate risultano essere le migliori fra quelle presenti sul mercato sia per l'efficacia e la sicurezza.

Infine, con i finanziamenti di cui alla L.448/98, art. 71, la Regione Piemonte ha predisposto alcuni progetti e relativi sottoprogetti: sei di questi ultimi riguardano nello specifico interventi presso 6 diversi D.E.A., che interessano anche le dotazioni tecnologiche dei dipartimenti interessati; inoltre un sottoprogetto riguarda l'informatizzazione dell'Azienda.

1.4 La rete delle strutture territoriali

L'assistenza sanitaria residenziale extra-ospedaliera è da sempre sul territorio della Regione una funzione gestita da una molteplicità di enti pubblici e privati, che hanno, nel corso degli anni, visto il riconoscimento della pubblica utilità con il crescere della domanda di servizi residenziali destinati a soggetti anziani, disabili o affetti da patologie croniche e di lunga durata.

I dati demografici ed epidemiologici evidenziano non solo la crescita numerica del rapporto tra anziani ultrasessantacinquenni e popolazione attiva, ma soprattutto la crescita relativa dell'incidenza delle patologie con esito involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, malattia di Alzheimer e patologie congenite a base genetica), che necessitano di servizi riabilitativi di tipo intensivo ed estensivo, di servizi di sostegno alla famiglia (centri diurni) o sostitutivi del nucleo familiare (es. RSA, Hospice, Centri per soggetti in stato vegetativo permanente), qualora la famiglia non sia in grado di garantire al paziente la necessaria assistenza.

Sono infatti crescenti situazioni multiproblematiche ove si intrecciano stati di salute complessi, caratterizzati da un insieme di patologie e da una tendenza progressiva alla perdita dell'autonomia. L'età avanzata del soggetto e della sua famiglia, le carenze della rete relazionale di riferimento (famiglia, reti amicali e di sostegno), spesso non consentono l'attivazione di interventi domiciliari, determinando una crescente richiesta di risposte residenziali.

D'altra parte la rete delle strutture residenziali extra-ospedaliere deve soddisfare anche altre necessità, indotte dalla modificazione sostanziale del funzionamento della rete delle strutture per acuti. In particolare la continuità terapeutica può essere garantita in Piemonte, oltre che dalle strutture ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione ospedaliera, di cui al precedente punto 1.2, anche dai presidi di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo, dai presidi di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, dalle RSA, impegnate in programmi assistenziali per utenti dimessi precocemente dal reparto per acuti e non assistibili a domicilio.

Per particolari patologie la continuità terapeutica è garantita attraverso strutture dedicate, quali ad esempio, Comunità Protette Psichiatriche di tipo A) per interventi terapeutici-riabilitativi di medio breve termine e ad alta intensità riabilitativa, Comunità Protette Psichiatriche di tipo B) per interventi riabilitativi di mantenimento a medio-lungo termine e a minor intensità riabilitativa, Comunità Alloggio per interventi di reinserimento sociale con progetti personalizzati socio-sanitari.

In particolare, per quanto riguarda le strutture per le cure palliative, con D.G.R. n. 17-24510 del 6/5/98, la Regione Piemonte aveva già indicato i requisiti organizzativi, tecnici, strutturali del sistema delle cure palliative e domiciliari.

Sempre nell'ambito della succitata DGR è stato individuato il fabbisogno per tutta la Regione di posti letto in strutture per le cure palliative, che risulta essere di circa 220.

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regionale e del D.P.C.M. 20/1/2000: "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative", le Aziende Sanitarie Piemontesi sono state invitate ad inviare alla Regione Piemonte le loro proposte in merito alla realizzazione di centri per le cure palliative.

L'Assessorato regionale alla Sanità provvederà quindi a vagliare le varie proposte aziendali, promuovendo quelle strutture che rientrano nella programmazione regionale, per optare la Regione di un'efficienza rete di centri per cure palliative, utilizzando anche i contributi assegnati per tale scopo con il D.M. 28 settembre 1999 e che per il Piemonte ammontano a £.22.925.047.180=.

Considerato il fabbisogno i posti letto per il Piemonte e considerato che la maggior parte degli interventi saranno di ristrutturazione e pertanto di costi contenuti rispetto alla costruzione ex novo della struttura, si ritiene che si potrà far fronte alle esigenze della Regione in materia di strutture per le cure palliative con il citato contributo di cui al D.M. 28 settembre 1999.

1.4.1 Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani

Secondo la normativa regionale le RSA sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Possono essere previste ospitalità permanenti, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati presso altri presidi sanitari per un massimo di 60 giorni.

Con l'approvazione del DPCM 29/12/1989 e dell'art.20 L.67/88 1^a fase, sono stati attivati gli interventi nazionali (L.67/88) e regionali (LL.RR. 22/90, 40/95, 73/96) di finanziamento per la messa a norma delle strutture preesistenti. In particolare la Regione Piemonte ha sostenuto un lungo e ancora in corso processo di trasformazione dei presidi socio assistenziali preesistenti in nuove strutture, destinate ad affrontare il peggioramento dello stato di autonomia degli ospiti, attraverso la previsione di strutture riconducibili sul piano gestionale e strutturale alle RSA: le Residenze Assistenziali Flessibili (RAF).

La trasformazione dei presidi socio-assistenziali pre-esistenti nelle nuove strutture R.S.A. e R.A.F. è stata sostenuta con tre tipi di intervento:

- la definizione degli standard strutturali e gestionali per le nuove strutture, nonché delle relative tariffe di gestione;
- l'avvio di un programma finanziario per sostenere le richieste di ristrutturazione provenienti dagli enti gestori, ancora attivo;
- la previsione di una fase denominata "regime transitorio" per consentire alle strutture, che ospitavano al 1995 soggetti non autosufficienti, di soddisfare dei requisiti minimi strutturali, considerati indispensabili per continuare a mantenere l'autorizzazione al funzionamento per soggetti non autosufficienti.

Gli effetti di questi interventi della programmazione regionale delineano un quadro complessivo dello stato di attivazione delle R.S.A. e delle R.A.F., di seguito evidenziato:

- il 27% dei presidi piemontesi ha presentato un progetto di adeguamento al regime transitorio;

- il 27% dei presidi non ha avviato alcun progetto di adeguamento alla normativa nazionale e regionale;
- il 46% dei presidi è autorizzato in regime definitivo o transitorio.

La situazione dei presidi autorizzati è evidenziata in tabella che riporta il numero dei posti letto autorizzati al funzionamento in regime definitivo e in regime transitorio di R.S.A. e di R.A.F. ed il piano di sviluppo fino al 2003 di tali posti letto definito sulla base degli investimenti nazionali (L. 67/88 1^a fase) e regionali.

Posti letto RSA/RAF esistenti e previsti

Esistenti a regime definitivo	Esistenti a regime transitorio	RSA p.l. previsti art.20	RSA/RAF. p.l. previsti L.R. 73/96	Totale p.l. RSA/RAF definitivi	Pop.>65 al 2003	p.l. in convenzione al 2003
4.526	5.576	3.368	2.926	10.820	908.629	9.087

I dati della tabella suggeriscono i seguenti elementi di valutazione:

- l'attuale dotazione di posti-letto R.S.A. e R.A.F. autorizzati in regime definitivo e transitorio (10.102 posti-letto), supera il fabbisogno di posti-letto evidenziato dall'attuale piano sanitario regionale per garantire l'assistenza sanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti (8.500 posti-letto), assicurando in questo modo alle A.S.L. la possibilità di individuare, per lo svolgimento di questa funzione, i soggetti erogatori più efficaci ed efficienti;
- gli investimenti nazionali e regionali per l'adeguamento della rete di queste strutture consentiranno di realizzare circa altri 6.294 nuovi posti-letto (5.002 R.S.A. e 1.292 R.A.F.). Non è possibile in questa fase quantificare esattamente il numero di posti-letto che si otterranno con questa manovra, dal momento che detti progetti riguardano strutture già funzionanti e convenzionate con il Servizio Sanitario, determinando in alcuni casi la sola revisione dei posti-letto esistenti;
- nonostante gli investimenti sopra descritti una quota consistente dei posti-letto in R.S.A. e R.A.F. (1.404 R.S.A. e 4.172 R.A.F.) non sono, dal punto di vista strutturale, adeguati ai requisiti previsti dalla normativa vigente (D.P.C.M. 29/12/1989 e D.G.R. n. 38-16335/92) e pertanto continuano a funzionare in regime transitorio, come previsto dalla D.G.R. n. 41-42433/95;

Tali considerazioni ed i dati sopra esposti evidenziano una crescita progressiva del numero di posti-letto di R.S.A. e R.A.F. a norma presenti sul territorio regionale almeno fino al 2003, consentendo alle A.S.L. territoriali di individuare la risposta al proprio fabbisogno, con riferimento a strutture adeguate sul piano strutturale e gestionale.

In tabella viene proposto, quale indicatore per la valutazione del fabbisogno di posti-letto per questo livello assistenziale, il rapporto esistente tra posti-letto disponibili ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni residenti al 2003. Il fabbisogno per il servizio sanitario regionale, da realizzare entro il 2003, ammonta pertanto a circa 9087 posti-letto.

Da quanto sopra esposto, si risulta evidente che il fabbisogno di posti-letto R.S.A. e R.A.F. è soddisfatto, e che pertanto non è necessario provvedere altri interventi in tale ambito, che infatti non sono previsti nella II^a fase dei finanziamenti ex art. 20, L.67/88.

Il Centro diurno integrato è un servizio semi-residenziale, individuato in sede di piano sanitario regionale, rivolto alle persone anziane, al fine di mantenere o recuperare la loro autonomia, tutelare e promuovere la loro salute, sviluppare le loro capacità residue e stimolarne la partecipazione alla vita sociale, nonché sostenere il nucleo familiare.

In particolare, il Centro Diurno è rivolto a persone le cui necessità quotidiane, di carattere assistenziale, relazionale e sanitario, non possano più essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, ma per le quali risulta improprio o prematuro, il ricovero in una residenza sanitaria extra-ospedaliera.

Il Centro diurno Integrato rappresenta nella rete delle risposte agli anziani non autosufficienti un'assoluta novità, la cui effettiva realizzazione sul territorio regionale, secondo quanto previsto dal piano sanitario regionale (un Centro diurno integrato per ogni A.S.L.) è diventato obiettivo programmatico per l'attività delle A.S.L. per l'anno 1999. Attualmente sono presenti n.7 Centri diurni sul territorio regionale.

Il carattere sperimentale che questo servizio semi residenziale possiede tuttora sul territorio della Regione Piemonte induce ad individuare un fabbisogno limitato ad almeno 1 p.l. per anziani affetti da demenza ogni 10.000 abitanti in Centro diurno, come indicato in D.G.R. 2-29273 dell'1.2.2000 "Linee di programmazione sanitaria 2000-2003 in attuazione della D.G.R. n. 1-28352 del 14.10.1999, integrata dalla D.G.R. n. 55-28551 dell'11.11.1999", al fine di consentire l'effettivo miglioramento quali-quantitativo della rete di servizi per questa tipologia di pazienti. In tal senso l'Amministrazione Regionale incentiva con fondi propri (L.R. 73/96) la realizzazione dei Centri diurni necessari.

Infatti il Centro diurno dementi non rappresenta esclusivamente un servizio di protezione sociale e di socializzazione, ma garantisce una gamma di prestazioni sanitarie e riabilitative, che intervengono sulla disabilità, contenendo i problemi comportamentali e allontanando nel tempo la richiesta di un ricovero definitivo in R.S.A. per una particolare tipologia di pazienti che richiede livelli assistenziali superiori.

1.4.2. Strutture residenziali e semiresidenziali per disabili

La legge regionale di piano sanitario nel progetto-obiettivo "Tutela della salute dei disabili fisici, psichici e sensoriali" individua tra gli obiettivi strategici della programmazione socio-sanitaria il potenziamento della rete dei centri diurni e lo sviluppo di una rete di interventi residenziali differenziati e flessibili in riferimento ai progetti individuali e alle peculiarità dei bisogni dei disabili, in particolare di quelli psichici.

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 ha provveduto ad individuare la rete di strutture destinate a soggetti disabili, che attraverso modelli organizzativo-gestionali diversificati, fossero in grado di garantire lo svolgimento di progetti terapeutici individualizzati.

Tale provvedimento individua le seguenti tipologie di strutture:

- a) centro diurno socio-terapeutico destinato a soggetti disabili ultraquattordicenni con limitate potenzialità di inserimento socio-lavorativo. Il Centro diurno accoglie in via permanente o per periodi transitori di sollievo alla famiglia persone con disabilità medio-grave, grave e gravissima, che necessitano di prestazioni educative, assistenziali e riabilitative. La Regione Piemonte fin dai primi anni '80 ha svolto un'azione di promozione e di sviluppo di tale risposta ai bisogni del disabile e della sua famiglia sul territorio regionale. In questo modo i Comuni e le loro associazioni hanno sviluppato una rete diffusa e capillare di tale tipologia di risposta, rendendo disponibile anche più di una sede presso ogni Azienda Sanitaria Locale. In questa situazione la Regione Piemonte con la L.R. 4.8.1997 n. 43 "Promozione della rete di strutture socio-assistenziali destinate a persone disabili" ha avviato un programma per la concessione di finanziamenti per l'attivazione di Centri diurni socio-terapeutici-riabilitativi e Residenze Assistenziali Flessibili, che porterà alla realizzazione di ulteriori 610 posti in Centro diurno, come indicato in tabella. Pertanto si ritiene che le indicazioni contenute nel piano sanitario regionale circa il potenziamento della rete dei Centri diurni, quantificabili in 7 p.l. ogni 10.000 abitanti come indicato nella D.G.R. n. 2-29273 dell'1.2.2000 "Linee di programmazione sanitaria 2000-2003 in attuazione della D.G.R. n. 1-28352 del 14.10.1999, integrata dalla D.G.R. n. 55-28551 dell'11.11.1999", possano essere attuate mediante le nuove realizzazioni di cui alla L.R. 43/97, ma anche attraverso il pieno utilizzo delle strutture esistenti, la cui capienza complessiva risulta non pienamente utilizzata.

Posti in Centri diurni socio-terapeutici per disabili

Utenti in carico	Capienza	L.R. 43/97	Totale
2.363	2.522	565	3.038

- b) La rete delle strutture residenziali per disabili è oggi costituita da un vasto complesso di realizzazioni, che offrono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a soggetti disabili, organizzate sulla base di requisiti strutturali e funzionali contenuti in provvedimenti regionali antecedenti all'entrata in vigore della L.R. 61/97. La Regione Piemonte infatti con D.G.R. n. 147-23154 del 22.2.1993 aveva individuato i requisiti strutturali e funzionali per l'autorizzazione al funzionamento di Comunità alloggio e centri diurni per soggetti handicappati, facendo riferimento alla normativa vigente in materia di presidi socio-assistenziali (D.G.R. n. 38-16335/92).

I disabili oggi complessivamente ricoverati in strutture di varia tipologia sono circa 1.807. La legge regionale di piano sanitario regionale prevede uno specifico fabbisogno per tipologia di strutture: n. 15 posti-letto in R.S.A. ogni 100.000 abitanti e n. 20 posti-letto in R.A.F. ogni 100.000 abitanti. In particolare il piano prevede un fabbisogno regionale di 829 posti-letto in R.A.F. e di 643 posti-letto in R.S.A. destinati a disabili gravissimi, oggi ospiti impropriamente di unità operative ospedaliere o di strutture socio-sanitarie destinate ad altra tipologia di utenza. La ricognizione effettuata sul territorio regionale circa l'attuale consistenza della rete delle strutture per disabili evidenzia una sottostima di tale fabbisogno ed una sproporzione tra la previsione indicata per le R.A.F. rispetto a quella per le R.S.A. Tenendo come riferimento quanto previsto dal Piano sanitario regionale il fabbisogno di posti-letto residenziali per disabili potrà essere coperto, in parte, con le attuali strutture in attività (1.008 posti-letto) e con la realizzazione di altri 246 posti-letto in R.A.F. e 41 in R.S.A., derivanti dai

programmi di riconversione dei Centri di riabilitazione extra-ospedaliera ex-art. 26 della L. 833/78. Sulla base di programmi presentati dai Centri sono stati evidenziati in tabella i posti di R.A.F. e di R.S.A., che si andranno a realizzare presuntivamente entro il prossimo triennio come riconversione della precedente attività sanitaria. Il fabbisogno di posti-letto in strutture per disabili potrà essere, infine soddisfatto, sia sul piano quantitativo che qualitativo, anche attraverso le realizzazioni dei progetti presentati nell'ambito del finanziamento regionale destinato alle strutture per disabili (L.R. 43/97 - 480 posti-letto previsti).

Strutture residenziali per disabili

Residenti	Necessità p.l. RAF	p.l. RAF esistenti	L.R. 43/97	RAF e art. 26	Necessità p.l. RSA	p.l. RSA esistenti	RSA ex art. 26
4.288.075	830	1.008	480	272	643	61	28

1.3.3. Strutture residenziali e semiresidenziali per la salute mentale

I presidi per la tutela della salute mentale, qui descritti, assicurano nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale non solo la continuità terapeutica tra attività ospedaliera e residenziale, ma anche la formulazione di piani terapeutici e riabilitativi orientati alla piena integrazione sociale del paziente.

In particolare la rete dei presidi per la tutela della salute mentale prevede attività semi-residenziali, con livelli diversi di intensità terapeutica (Centro diurno e day-hospital extra-ospedaliero) e attività residenziali (Comunità Protetta di tipo A e B e Comunità-alloggio) destinate a soddisfare, da un lato la necessità di interventi a forte contenuto terapeutico-riabilitativo e, dall'altro, la necessità di protezione sanitaria e sociale a favore di pazienti più autonomi.

Il Centro diurno è una struttura semi-residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative collocata nel contesto territoriale. Il day-hospital costituisce un'area di assistenza semi-residenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine.

La Regione ha fissato per entrambe le tipologie standard strutturali ed organizzativi con la D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997, evidenziando come la disponibilità di locali adeguati possa garantire la coesistenza di entrambe le tipologie di attività. Difatti la L.R. 61/97 prevede di soddisfare un fabbisogno complessivo di attività semi-residenziali con rapporto non inferiore ad una ogni 100.000 abitanti, lasciando alle singole realtà locali la scelta sulla tipologia (centro diurno e/o day-hospital extra ospedaliero) da prevedere nel territorio. Si evidenzia la presenza di Centri Diurni in un rapporto superiore a quello previsto dalla Legge di piano, come indicato nella tabella a fronte di una carenza di day-hospital.

Centri diurni psichiatrici

Residenti	Fabbisogno – 1/100.000	Centri diurni esistenti
4.288.075	43	48

L'Ospedale Psichiatrico fino agli anni '70 ha costituito l'unica risposta ai bisogni di carattere terapeutico-riabilitativo e, sovente, anche di natura residenziale, dei pazienti psichiatrici. La chiusura degli OO.PP. e l'attivazione del nuovo modello dipartimentale per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi a questa tipologia di pazienti, è stato un lungo processo, caratterizzato da lentezze e difficoltà di ogni tipo. In questa situazione la Regione con la L.R. 61/89 ha individuato quali presidi residenziali, destinati a soddisfare i bisogni di questa tipologia di pazienti, la Comunità Protetta e la Comunità-Alloggio.

La Comunità Protetta è individuata quale struttura residenziale, in cui si svolgono interventi di tipo terapeutico-riabilitativo destinati a pazienti di esclusiva competenza psichiatrica, per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza, per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo.

La Comunità-alloggio è un presidio socio-assistenziale utilizzato a supporto di un progetto terapeutico-riabilitativo, gestito dal Centro di Salute Mentale competente sul territorio. La Comunità-alloggio è una struttura di piccole dimensioni (max. 10 posti-letto), che risponde ai bisogni del paziente, garantendo uno stile di vita familiare e una funzione terapeutico-riabilitativa meno intensiva.

La tabella evidenzia i posti-letto delle Comunità Protette e delle Comunità alloggio, esistenti e di quelle di prossima realizzazione in rapporto al fabbisogno stimato dal piano sanitario regionale.

Ai fini di una più corretta valutazione del fabbisogno di strutture residenziali per pazienti psichiatrici occorre anche tener conto delle indicazioni previste dalla legge di piano per la chiusura degli OO.PP. Data la carenza di strutture del tipo Comunità Protetta sul territorio regionale una delle scelte di fondo del progetto dimissioni è stata quella di aver previsto in ciascun ex-O.P. la permanenza di Comunità Protette psichiatriche o di R.A.F.-R.S.A.

In questo modo risultano funzionanti diverse Comunità Protette nell'area degli ex-OO.PP. di Collegno (40 posti-letto), Vercelli (30 posti-letto), Novara (40 posti-letto), Racconigi (20 posti-letto), Alessandria (40) per complessivi n. 170 posti-letto di Comunità Protetta destinati a soddisfare le esigenze derivanti dal piano di superamento degli ex OO.PP. e della restante utenza. A questi posti-letto devono essere aggiunte due nuove realizzazioni per 20 posti-letto ciascuna, che verranno realizzate dal Presidio "Beata Vergine della Consolata" di San Maurizio Canavese a favore di pazienti psichiatrici ospitati presso l'Ospedale.

Ciò nonostante il processo di chiusura definitiva degli ex OO.PP., previsto dall'art. 64 della L. 833/78, riconfermato dalla L. 724/94 e dalla L. 662/96, ha determinato anche l'utilizzo dei posti-letto delle strutture esistenti, che pertanto non risultano totalmente disponibili per assolvere la funzione terapeutico-riabilitativa territoriale, assegnatagli in sede di programmazione sanitaria.

In conclusione l'attuale rete delle Comunità Protette destinate effettivamente al trattamento della fase post-acuta di pazienti psichiatrici, che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi di breve-medio termine, come incrementata dalle nuove realizzazioni previste nel piano di investimenti di cui all'art. 20 della L. 67/88, si presenta parzialmente soddisfacente sul piano quantitativo e rispetto al fabbisogno indicato dal Piano sanitario regionale (1 posto-letto ogni 5.000 abitanti).

Comunità Protette e Comunità Alloggio psichiatriche

Residenti	Necessità p.l. CP	p.l. CP esistenti	p.l. C.P. ex O.P.	p.l. CP L.8/95 67/88	Totale p.l CP	Necessità. p.l. CA	p.l. CA esistenti
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------------	------------------	-----------------------	----------------------

4.288.075	858	830	140	310	1.140	133	148
-----------	-----	-----	-----	-----	-------	-----	-----

1.4. Spazi per l'esercizio della libera professione

Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere Piemontesi si sono attivate, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, per la realizzazione di spazi all'interno dei presidi ospedalieri, da dedicare alla libera professione.

La maggior parte degli interventi rivestono carattere di ristrutturazione e vengono realizzate dalle Aziende con fondi propri.

Dove l'onere è maggiore e i lavori per la libera professione rientrano all'interno di interventi molto più grandi, i finanziamenti sono stati attinti dalla II^a fase dell'art. 20, e ciò è avvenuto in 7 casi.

1.5 L'attuazione dell'art. 20 della L. 67/88

In attuazione dell'art. 20 L.67/88, il Consiglio Regionale ha approvato, in data 30.1.1990, il provvedimento n. 1204-CR-1303 ad oggetto: "Adozione programma decennale e triennale di investimenti ex art. 20 L.67/88"; in esecuzione di tale atto, le UU.SS.LL. avevano avviato la procedura per la costruzione e ristrutturazione delle opere di edilizia sanitaria previste per il 1° triennio.

In conclusione della fase programmatica relativa al 1° triennio, il Consiglio Regionale, al fine di adeguare le previsioni originarie di intervento per assestare nel quadro definitivo la progettazione esecutiva delle opere, ha approvato in data 26.03.1996 il provvedimento decennale e triennale di investimenti ex art. 20 L. 67/88 ed in data 23.04.1996 ulteriore provvedimento n. 237CR-6116 di modifica del provvedimento DCR n. 211CR-4749; in conformità alle previsioni degli atti suddetti sono stati approvati i progetti esecutivi, appaltate le opere ed avviati i lavori conseguenti.

Constatato tuttavia il considerevole lasso di tempo intercorso dall'approvazione dell'originario programma di finanziamento decennale, nonché l'intervento di nuove norme legislative regolanti la programmazione sanitaria, è stata a suo tempo ravvisata l'oggettiva necessità di riprogrammare gli interventi già previsti per il 2° e 3° triennio (2^a fase), con provvedimento DCR n.1204CR-1303 del 30.01.1990 ad oggetto: "Adozione programma decennale e triennale di investimenti ex art. 20 L.67/88".

In data 31.10.1996 la Giunta Regionale ha approvato il D.D.L. n. 238 ad oggetto: "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997/99" che, in particolare all'allegato "A" p.to 2.3, prevedeva la ristrutturazione della rete ospedaliera in conformità alle disposizioni contenute nella Legge 18.07.1996, n.382.

In data 05.05.1997 è stata approvata in Giunta Regionale la DGR n. 185-18990 ad oggetto: “Attuazione art. 1 della L. 23.12.1996, n. 662 – Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” che, tra l’altro, disponeva, in attesa dell’approvazione del P.S.R. 1997/99 da parte del Consiglio Regionale, i parametri di funzionalità per singola specialità di prestazione sanitaria determinando la dotazione dei posti letto per degenze ordinarie e la distribuzione attesa dei posti letto per acuti per funzioni specialistiche, nonché definendo il tasso di occupazione minimo e la degenza media per ciascuna specialità, in modifica della tabella 12 del P.S.R. 1997/99, presentato in Consiglio Regionale dalla Giunta Regionale in data 31.10.1996.

L’originaria programmazione decennale regionale ex art. 20 L.67/88 prevedeva la realizzazione di 10.000 posti letto di residenzialità sanitaria assistenziale, dei quali 3.300 posti letto sono stati finanziati nel 1° triennio di intervento mentre la quota restante fu finanziata con provvedimenti regionali di intervento che hanno anticipato e si sono di fatto sostituiti alla seconda fase ex art. 20 L.67/88 consentendo l’immediata realizzazione delle necessarie strutture socio-sanitarie inserite nella rete delle risposte residenziali previste dalla programmazione regionale, così come evidenziato al punto precedente.

Con provvedimento DGR n. 67-17514 approvato dalla Giunta Regionale in data 17.03.1997 furono approvate le linee-guida per la predisposizione dei Progetti Preliminari e degli Studi di Fattibilità relativi agli interventi strutturali nel settore sanitario – 2^ fase programma di investimenti ex art. 20 L.67/88.

Entro la data di scadenza indicata dall’Assessorato alla Sanità (60 gg. dalla notifica del provvedimento DGR n. 67-17514 del 17.03.1997) le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso i Progetti Preliminari e gli Studi di Fattibilità per gli interventi succitati.

Con provvedimento DGR n. 220-4419 del 20.03.1995 successivamente integrato con i provvedimenti DGR n. 176-2106 del 09.10.1995 e n. 83-19074 del 12.05.1997, la Giunta Regionale ha istituito il Nucleo di Valutazione regionale, in attuazione dell’art. 4 comma 2, della L. 04.12.1993, n. 492, per la valutazione ed approvazione dei Progetti Preliminari e degli Studi di Fattibilità finanziati ai sensi dell’art. 20 L.67/88; detto Nucleo di Valutazione ha esaminato i Progetti Preliminari pervenuti alla Regione, quelli approvati sono stati inseriti in un allegato alla DGR n. 172-21657 del 04.08.1997, avente per oggetto: “Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ai sensi dell’art.20 della L.67/88 – Approvazione seconda fase – Proposta di deliberazione al Consiglio Regionale”.

Il Nucleo di Valutazione ha inoltre verificato la corrispondenza degli interventi approvati alle previsioni della programmazione regionale e che in particolare, al fine di rispondere adeguatamente alle esigenze strategiche innovative prodotte dalle normative in materia di riorganizzazione del Servizio Sanitario e di razionalizzazione della spesa, gli interventi approvati rientrano nei seguenti criteri di priorità:

STRUTTURE OSPEDALIERE

- adeguamento agli standard indicati dalla normativa vigente – con particolare riferimento alle disposizioni di cui alla L. 19.07.1996 n. 382; al D.P.R. 14.01.1997, in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio dell’attività sanitaria da parte delle

- strutture pubbliche e private; alla L. 28.12.1996, n. 662, art. 1 – nonché miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza;
- sistemazione di spazi per l'esercizio della libera professione;
 - completamento della rete dell'emergenza, con priorità ai posti letto di rianimazione, finalizzati anche ai trapianti;
 - potenziamento delle unità spinali;
 - adeguamento delle strutture alla normativa prevista dal decreto leg.vo 626/1994 ai fini del miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro;
 - miglioramento delle strutture di lungodegenza.

STRUTTURE TERRITORIALI

- realizzazione delle strutture connesse ai Dipartimenti di Salute Mentale come indicato nel Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" approvato con D.P.R. 7.4.1994 e art.1, comma 20, della L. 28.12.1996, n. 662;
- completamento delle strutture distrettuali;
- completamento e miglioramento dei consultori;
- miglioramento e potenziamento delle strutture di riabilitazione.

Il Nucleo di Valutazione Regionale ha anche verificato che gli interventi proposti riguardano opere complete, individuate sulla base di progetti preliminari e che risultano certificati:

- la compatibilità con la programmazione sanitaria regionale e con il programma di ristrutturazione della rete ospedaliera;
- le caratteristiche tipologiche, le finalità, i risultati attesi, la localizzazione, la stima dei costi, le fonti di cofinanziamento, tempi previsti di realizzazione e di attivazione delle opere;
- il perseguimento dell'economicità di gestione delle strutture realizzate.

Successivamente, a seguito dell'avanzamento dei lavori di edilizia sanitaria relativi alla 1^a fase dell'art. 20 (attualmente in via di ultimazione), conseguentemente alla stipula del "patto di buon governo" fra Regione e Aziende Sanitarie, (DGR del 14/10/99) dopo la definizione delle intese di programma nel gennaio del 1999, ed alla luce della recente programmazione sanitaria regionale, si è constatato che buona parte degli interventi previsti nella 2^a fase dell'art. 20 dovevano essere rimodulati, per venire incontro alle mutate esigenze strutturali della sanità piemontese.

A tale proposito è stato approvato con D.G.R. n. 24-474 del 17/7/2000 un nuovo programma di interventi, che non modifica i finanziamenti destinati a ciascuna azienda (rispetto a quanto approvato nel 1997) ma solo la tipologia degli interventi, per renderli realmente efficaci per conseguire gli obiettivi prefissati.

Il programma d'interventi si estende con equilibrio su tutto il territorio piemontese e comprende le seguenti tipologie di opere:

- a) n. 48 interventi di ristrutturazione, umanizzazione e adeguamento a norma di presidi ospedalieri esistenti, alcuni dei quali composti da due o più lotti di intervento;
- b) n. 4 realizzazioni di nuovi presidi ospedalieri in sostituzione dei nosocomi vetusti esistenti:
 - 1) 2° lotto P.O. di Asti; 2) P.O. di Biella; 3) P.O. di Mondovì; 4) P.O. di Alba-Bra;
- c) n. 14 realizzazioni di strutture poliambulatoriali – distrettuali;
- d) n. 4 realizzazioni di strutture di residenzialità psichiatrica;
- e) n. 2 realizzazioni di centri di riabilitazione neuromotoria;

f) n. 3 realizzazioni di laboratori di sanità pubblica.

Il costo complessivo del presente accordo ammonta a £ 1907,049 milioni di cui: £ 1.158,966 milioni a carico dello Stato, £ 748,083 milioni a carico della Regione e degli Enti attuatori, tramite l'alienazione del patrimonio e l'accensione di mutui a carico degli stessi. Il piano finanziario, per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato.

Copertura finanziaria degli interventi (in miliardi di lire)

ANNO	STATO ART. 20	ALTRE RISORSE	TOTALE
2000	416,470	368,491	784,961
2001	505,812	177,896	683,708
2002	202,184	153,160	355,344
2003	34,500	48,536	83,036
TOTALE	1.158,966	748,083	1907,049

Considerato che a tutt'oggi gli interventi di edilizia sanitaria di cui alla 1^a fase dell'art.20 sono, per la maggior parte, ad un buon livello di realizzazione, e considerato altresì che parecchie aziende, sanitarie ed ospedaliere, hanno già a disposizione o molto prossima alla conclusione la progettazione esecutiva delle opere della 2^a fase dell'art.20, risulta evidente l'opportunità di poter disporre in tempi brevi dei finanziamenti di cui alla citata 2^a fase ex art.20 della legge 67/88.

Lo strumento più funzionale per raggiungere l'obiettivo succitato è sicuramente l'Accordo di Programma per il settore sanitario, nell'ambito dell'Intesa Istituzionale di Programma fra la Regione Piemonte ed il Governo. Nell'Accordo di Programma dovranno essere definiti gli impegni reciproci del Governo e della Regione Piemonte in merito ai flussi dei finanziamenti ed agli adempimenti procedurali di competenza. Di seguito sono elencati gli interventi previsti nell'Accordo.

(o m i s s i s)

IL PRESIDENTE
(Lido RIBA)

I CONSIGLIERI SEGRETARI
(Alessandro DI BENEDETTO)
(Gianni MANCUSO)
(Giuseppe POZZO)

IL FUNZIONARIO VERBALIZZANTE
(Ornella GALLIERO)

OG/GF