



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Rep. Atti n. 65/RSR del 28 febbraio 2008

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 28 febbraio 2008:

VISTI gli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le Regioni e le Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 20, della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni e integrazioni 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;

VISTO l'articolo 5bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in base al quale il Ministero della salute può stipulare, nell'ambito di programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dal citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988, Accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati;

VISTO l'Accordo sancito in questa Conferenza in data 19 dicembre 2002 (Rep. atti n. 1587) sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;

VISTO l'articolo 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), che prevede nuovi adempimenti in materia di realizzazione delle procedure di attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui al citato articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

VISTO il decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 recante il Codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture;



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la nota in data 25 febbraio 2008, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto, sulla quale è stato acquisito il nulla osta del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la lettera in data 27 febbraio 2008, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso il parere tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome,

**SANCISCE ACCORDO**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

**PREMESSO CHE:**

- l'Accordo quadro sancito in questa Conferenza il 22 febbraio 2001 (Rep. atti n. 1158) tra il Ministro della sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale ha istituito la Cabina di Regia, quale organo di coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS);
- la Cabina di Regia ha approvato nel settembre 2002 tra gli obiettivi strategici da assumere alla base del NSIS l'"Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità", al fine di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità;
- la Cabina di Regia ha approvato nel giugno 2003 lo studio di fattibilità del sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità", sulla base del quale è stata realizzata e conclusa la prima fase di sviluppo del sistema, di seguito chiamato "Osservatorio";
- a seguito dell'esperienza maturata dai diversi attori dei programmi di investimento in sanità dall'avvio della seconda fase del programma nazionale previsto dall'articolo 20 della richiamata legge n. 67/1988 ad oggi, è emersa l'esigenza di individuare in maniera univoca e concordemente le procedure per l'attivazione e il monitoraggio dei programmi di investimento in sanità, anche ad integrazione del citato Accordo per la semplificazione delle procedure, sancito il 19 dicembre 2002;
- la legge 27 dicembre 2006, n. 296 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", all'art. 1, comma 796, lett. n) ha elevato la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi avviato con l'articolo 20 della L. 67/88 a complessivi 20 miliardi di €;

REPUBBLICA ITALIANA - 2008



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

- la legge 24 dicembre 2007, n. 244 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)", all'art. 1, comma 279, ha elevato la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi avviato con l'articolo 20 della L. 67/88 a complessivi 23 miliardi di €;
- è in corso di definizione la proposta di riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano delle ulteriori somme disponibili relative al punto precedente;
- l'effettiva attuale disponibilità delle risorse a carico del bilancio dello stato risulta sufficiente a sostenere la sottoscrizione immediata dei relativi Accordi di programma secondo le modalità e le procedure di cui all'Accordo sancito in data 19 dicembre 2002 e ridefinito complessivamente con il presente;

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano convengono:

1. sulle modalità e procedure di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante del presente Accordo, per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma, di cui all'articolo 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e gli Accordi di programma Quadro di cui all'art. 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 6626;
2. sulla conferma dei contenuti dell'Accordo sancito il 19 dicembre 2002 (repertorio atti n. 1587) sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità;
3. che i contenuti del presente Accordo si applicano, dalla data del recepimento da parte delle Regioni, agli Accordi di programma in corso e a quelli da definirsi;
4. che i contenuti del presente Accordo relativi al sistema "Osservatorio" si applicano anche agli interventi relativi agli altri programmi di investimento in corso e da definirsi (art. 71 L. 448/1998 - D. Lgs 450/1998 convertito dalla L. 39/1999 - D. Lgs. 254/2000 - art. 28 L. 488/1999), di cui sono titolari le Regioni, le Province Autonome e gli Enti (Policlinici universitari a gestione diretta, IRCCS, IZS, ISS, ospedali classificati), compresi quelli inseriti nell'ambito delle Intese Istituzionali di programma, con le specificità proprie di ogni linea di finanziamento.

IL SEGRETARIO  
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE

On.le Prof. Linda Lanzillotta

**ALLEGATO A**

*1/4*

**DOCUMENTO RECANTE: "MODALITA' E PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ ATTRAVERSO GLI ACCORDI DI PROGRAMMA, DI CUI ALL'ARTICOLO 5 BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI E ACCORDI DI PROGRAMMA QUADRO ART. 2, DELLA LEGGE 662/1996".**

INDICE:

- 1. ACCORDO DI PROGRAMMA: DOCUMENTI E PROCEDURE PER LA DEFINIZIONE DELL'ACCORDO**
  - 1.1 DOCUMENTAZIONE**
  - 1.2 CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI**
  - 1.3 ISTRUTTORIA PER LA SOTTOSCRIZIONE DELL'ACCORDO**
  - 1.4 ATTIVAZIONE DELL'ACCORDO**
  
- 2. ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**
  - 2.1 PROCEDURA PER L'AMMISSIONE A FINANZIAMENTO DEI SINGOLI INTERVENTI**
  - 2.2 MODIFICHE ALL'ACCORDO DI PROGRAMMA**
  
- 3. MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

1/5

# 1. ACCORDO DI PROGRAMMA: DOCUMENTI E PROCEDURE PER LA DEFINIZIONE DELL'ACCORDO

## 1.1 DOCUMENTAZIONE

L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla Regione, Provincia Autonoma o Ente interessato (di seguito denominati soggetti interessati):

- a) *Protocollo d'intesa;*
- b) *documento programmatico,*
- c) *articolato contrattuale,*
- d) *schede tecniche relative ai singoli interventi.*

Il Protocollo d'Intesa definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute, dal Presidente della Regione e/o suo delegato, o dal legale rappresentante dell'Ente interessato.

Il documento programmatico illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma.

Per la formulazione del documento programmatico il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute (Legge 144/1999) ha predisposto, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, una guida metodologica (Allegato **A1**). Il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute fornisce supporto alle Regioni e Province Autonome per la razionalizzazione e riqualificazione della rete dell'offerta dei servizi sanitari anche in riferimento agli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e in relazione agli interventi per la salute previsti nell'ambito del quadro strategico nazionale.

Il documento programmatico contiene esplicitamente gli interventi che fanno parte dell'Accordo di programma nei limiti dell'impegno finanziario indicato nell'articolato contrattuale; al fine di poter rappresentare l'intero quadro strategico delle azioni individuate per il perseguimento degli obiettivi di modifica dell'offerta sanitaria esplicitati nell'Accordo, si potrà far riferimento anche a ulteriori interventi non contenuti nell'Accordo medesimo da realizzare o in corso di realizzazione.

L'articolato contrattuale definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo (Allegato **A2**). L'impegno finanziario definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato.

La scheda tecnica (Allegato **A3**), conforme a quella contenuta nel sistema "Osservatorio", riporta le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo. Per intervento si intende una azione unitaria, caratterizzata da una specifica finalizzazione e, salvo il caso di tecnologie di rete, orientata allo stesso presidio.

## **1.2 CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI**

Negli accordi di programma, considerata la rilevanza straordinaria del programma nazionale ex art. 20 L. 67/88 e delle strategie in esso contenute, non sono, salvo casi particolari ivi compresi gli interventi relativi all'acquisizione di tecnologie, contemplati interventi con ammontare del contributo inferiore a 500 mila euro.

Ai fini dell'utilizzazione da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse residue del programma di investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/1988 e successive modificazioni si applica quanto previsto dall'art. 10, comma 1, dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai fini dell'applicazione dell'art. 1, comma 188, della legge 311/2004, e dalla circolare del Ministero della salute prot. n. 13385/DGPROG/7-P/I. 6.a.h del 18 maggio 2005, nonché quanto previsto dalla circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6.a.h del 8 febbraio 2006.

## **1.3 ISTRUTTORIA PER LA SOTTOSCRIZIONE DELL'ACCORDO**

L'indicazione della tipologia degli interventi deve tenere conto della classificazione già prevista nel modulo A, allegato all'Accordo sulla semplificazione delle procedure del 19/12/2002, i cui contenuti vengono confermati. Per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Le schede tecniche vengono, inoltre, trasmesse anche utilizzando il sistema "Osservatorio". Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa.

A partire dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, il soggetto interessato cura la trasmissione delle schede tecniche dei singoli interventi utilizzando il sistema "Osservatorio", condizione necessaria per la sottoscrizione dell'Accordo. A completamento dell'iter e dopo l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della salute e il soggetto interessato sottoscrivono il Protocollo di intesa.

## **1.4 ATTIVAZIONE DELL'ACCORDO**

L'attivazione dell'Accordo avviene con la sottoscrizione dell'articolato.

Il soggetto interessato potrà iscriverne a bilancio di previsione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel piano finanziario dell'Accordo stesso.

Laddove l'articolazione del piano finanziario preveda l'impegno sul bilancio dello Stato in più di un esercizio finanziario o in un esercizio differito rispetto a quello di sottoscrizione dell'Accordo, la Regione può anticipare l'attivazione degli interventi con risorse proprie che saranno rimborsate dallo Stato secondo il piano finanziario previsto dall'Accordo medesimo.

## **2. ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

### **2.1 PROCEDURA PER L'AMMISSIONE A FINANZIAMENTO DEI SINGOLI INTERVENTI**

Il soggetto interessato inoltra al Ministero della salute la richiesta di ammissione a finanziamento utilizzando il Modulo "A" allegato all'Accordo sulla semplificazione delle procedure del 19/12/2002, il cui contenuto si conferma. La richiesta è inoltrata per ogni intervento in conformità a quanto individuato nella scheda tecnica (Allegato **A3**).

Il livello di progettazione necessario per l'ammissione a finanziamento è quello previsto dalla normativa vigente per l'affidamento:

- Appalto di lavori (artt. 53, comma 2 e ss. D. Lgs. 163/06): può essere ammesso a finanziamento un progetto esecutivo, definitivo o preliminare, approvato dal competente organo e posto a base di gara con provvedimento motivato sulla base delle esigenze tecniche, organizzative ed economiche.
- Concessione di costruzione e gestione (artt. 142 e ss. D. Lgs. 163/06): può essere ammesso a finanziamento un progetto preliminare corredato degli elaborati previsti all'art. 143, ovvero un progetto definitivo o esecutivo, approvato dal competente organo.
- Finanza di progetto (artt. 152 e ss. D. Lgs. 163/06): può essere ammesso a finanziamento il progetto preliminare, approvato dal competente organo.

Le acquisizioni di arredi e attrezzature, ivi comprese quelle tramite leasing, vengono ammesse a finanziamento secondo le procedure stabilite dall'Accordo del 19/12/2002 come integrato dal presente, con la dichiarazione del competente organo regionale che la fornitura avviene sulla base di specifico progetto corredato di capitolato prestazionale della/e apparecchiature, da un elenco sintetico dei costi presunti, da una descrizione delle eventuali opere edili ed impiantistiche di adeguamento necessarie per l'installazione e da una relazione sanitaria che espliciti gli obiettivi attesi e le risorse umane e strumentali necessarie al funzionamento.

A seguito dell'istanza di finanziamento inoltrata dal soggetto interessato, il Ministero della salute conclude l'istruttoria nel termine di 90 giorni. I Decreti Dirigenziali di autorizzazione alla spesa vengono inoltrati, in copia conforme, allo stesso soggetto interessato e al Ministero dell'economia e delle finanze, per gli adempimenti di competenza. I medesimi Decreti Dirigenziali sono previamente trasmessi ai soggetti interessati anche per via telematica. A partire dalla data di entrata in vigore del presente Accordo la trasmissione delle istanze di finanziamento deve avvenire per via telematica, utilizzando il sistema

8

"Osservatorio". In via transitoria, fino all'attivazione della firma digitale, si procede anche con la trasmissione del modello cartaceo, debitamente sottoscritto. Ai fini di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/1988 e successive modificazioni si applica quanto previsto dall'art. 1, commi 310, 311 della legge. 266/2005 e dalla circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6.a.h dell'8 febbraio 2006.

## **2.2 MODIFICHE ALL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

Le proposte di sostituzioni/eliminazioni/modificazioni degli interventi previsti nell'Accordo di programma, 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, che potrà avvalersi del parere obbligatoriamente espresso dal Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, il soggetto interessato 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. A seguito di tale operazione, il soggetto interessato procede alla richiesta di finanziamento.

L'utilizzo delle economie, risultanti alla conclusione dei lavori, è consentito:

1. per lavori o acquisizioni integrativi o aggiuntivi o complementari strettamente pertinenti e collegati al progetto originario, l'utilizzo delle economie avviene ove previsto previa approvazione dei competenti organi. Successivamente il soggetto interessato ne darà comunicazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, tali lavori o acquisizioni non costituiscono nuovo intervento e pertanto nella nota di comunicazione dovranno essere indicati gli estremi del provvedimento di ammissione al finanziamento nonché il codice identificativo dell'intervento così come risulta nel sistema "Osservatorio".
2. per la realizzazione di un nuovo intervento, l'utilizzo delle economie avviene previa autorizzazione del Ministero della salute quando tali risorse "liberate" dal progetto originario si configurano come risorse "residue" del programma, di cui vanno concordate le finalità ed i successivi interventi. In tale caso il procedimento dà luogo ad un'altro intervento per la cui attuazione e monitoraggio si osservano le procedure previste nel presente Accordo.

Per quanto riguarda le varianti in corso d'opera, fermo restando la competenza dei soggetti interessati a valutare ed approvare eventuali varianti rese necessarie per la realizzazione dell'intervento ammesso a finanziamento, qualora le stesse comportino modifica nella programmazione sanitaria, saranno rappresentate dal soggetto responsabile dell'Accordo nell'ambito dei Comitati Istituzionali di gestione e attuazione degli Accordi.

## **3. MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

Il monitoraggio dell'attuazione degli Accordi di programma è disciplinato secondo il "Modulo C" dall'Accordo per la semplificazione delle procedure del 19 dicembre 2002, i cui contenuti si confermano, ad eccezione della classificazione adottata per lo stato dei lavori che viene aggiornata con quella riportata nella scheda tecnica (Allegato **A3**), che prevede la trasmissione con cadenza annuale di modelli standardizzati.

A partire dal 31 marzo 2009 la trasmissione deve avvenire per via telematica, utilizzando il sistema "Osservatorio". In via transitoria, fino all'attivazione della firma digitale, si procede anche con la trasmissione del modello cartaceo, debitamente sottoscritto. Per gli interventi ammessi a finanziamento dopo il 31 dicembre 2007 dovranno essere immessi nel sistema "Osservatorio" i dati relativi a tutti i moduli "B" con i quali i soggetti interessati richiedano la relativa liquidazione. Per gli interventi ammessi a finanziamento anteriormente alla data del 31 dicembre 2007, dovranno essere immessi nel sistema "Osservatorio", per ogni intervento, i dati relativi ai moduli B liquidati dopo il 31 dicembre 2007, previa immissione, per ogni intervento, dei dati relativi alla somma delle liquidazioni già effettuate prima del 31 dicembre 2007 mediante la compilazione di un modulo "B°", secondo le indicazioni riportate in allegato al presente Accordo (Allegato **A4**).

L'invio dei "Moduli C" sarà corredato di una relazione sulle cause che hanno generato scostamenti o ritardi nello sviluppo degli interventi e costituisce oggetto di valutazione in sede di Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione previsto nell'Accordo. In caso di ritardo nell'invio del "Modulo C" *oltre i 60 giorni* dalla scadenza prevista, il Ministero della salute sospende le ammissioni a finanziamento di ulteriori interventi. In caso di ritardo nella aggiudicazione dei lavori, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, i soggetti interessati aggiornano i termini previsti nella scheda tecnica (Allegato **A3**), relativa ai singoli interventi. Qualora la consegna dei lavori si protragga oltre ulteriori 90 giorni dalla nuova data prevista per l'aggiudicazione, i soggetti interessati ne danno comunicazione al Ministero della salute entro i successivi 30 giorni.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 5, comma 3 del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, nonché dall'articolato contrattuale dell'Accordo, in caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione degli Accordi di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno dei soggetti interessati 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.

Qualora a seguito del monitoraggio risultino opere non completate e sospese, o non utilizzate, il soggetto interessato deve indicarne con chiarezza le motivazioni in una nota esplicativa. La soluzione di tali problematiche è comunque affidata ai Comitati Istituzionali di gestione e attuazione degli Accordi.

**DOCUMENTO RECANTE: "METODOLOGIA PER LA FORMULAZIONE E LA VALUTAZIONE DI DOCUMENTI PROGRAMMATICI".**

## **MexA Metodologia ex Ante**

INDICE:

***PREMESSA***

***A . FORMULAZIONE DEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI***

**A. 1 GLOSSARIO**

**A. 2 INDICE TIPO: COMPONENTI CHIAVE**

***B . CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE***

**B. 0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

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

**B. 2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

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

**B. 4 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI**

**B. 5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI**

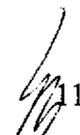
***C . APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO***

**C. 1 MATRICE DEL QUADRO LOGICO**

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

**C. 3 OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI**

**C. 4 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE**



## **PREMESSA**

Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio sanitario nazionale fanno riferimento al programma poliennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie autorizzato dall'art. 20 della legge 67/88.

L'attualità della rilevanza strategica di questo programma e dei benefici raggiunti nel corso di questi due decenni sono confermati dall'apporto di risorse addizionali al programma con le leggi Finanziarie relative agli anni 1999, 2007 e 2008.

La seconda fase di attuazione del piano straordinario di investimenti ha segnato, rispetto alla prima, significative innovazioni, tra cui la semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e l'adozione degli strumenti della programmazione negoziata, di seguito specificati.

Per il settore degli investimenti sanitari l'art. 5 bis del d. lgs. 502/1992, introdotto dal d. lgs. 229/1999, prevede infatti che il Ministro della salute nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della citata legge 67/88, possa stipulare **Accordi di Programma** con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Alcune Regioni avevano già incluso la materia sanità tra quelle oggetto delle intese Istituzionali di programma in base all'articolo 2 della legge 662/1996, stipulando **Accordi di Programma Quadro** nell'ambito delle predette intese. I due sistemi di programmazione concertata hanno modalità e finalità in larga parte comuni.

Gli Accordi di Programma ex art. 5 bis e gli Accordi di Programma Quadro, nell'ambito delle intese, disciplinano le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della salute, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle Regioni e degli altri soggetti interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione. Gli Accordi costituiscono l'atto che consente alle Regioni di disporre in maniera programmatica della quota loro assegnata con delibere CIPE e di stabilire un nesso dinamico tra l'intera quota e le disponibilità annuali previste nelle leggi finanziarie.

Il **livello regionale** ha riconosciuto la valenza del momento programmatorio quale occasione di sintesi delle politiche di investimento e riqualificazione dei settori che offrono servizi ai cittadini nonché quale strumento di concertazione delle politiche locali sul territorio. Le politiche di salute sono volte alla riqualificazione dell'offerta pubblica attraverso reti ospedaliere, conformi ai migliori indirizzi di assistenza moderna e tecnologicamente avanzata, orientati a reti di servizi territoriali che offrano agli utenti, compatibilmente con le necessità di efficacia ed efficienza, un accesso all'assistenza primaria quanto più prossimo ai luoghi di residenza.

Il **livello centrale**, nel rispetto del principio della sussidiarietà, ha portato avanti una politica di indirizzo, sostegno e monitoraggio del grado di conseguimento degli obiettivi e dei risultati individuati e proposti dal livello regionale.

In tale contesto va inquadrato questo Documento da intendersi peraltro anche strumento metodologico volto al rilancio della funzione programmatica, la funzione rafforzata con l'istituzione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1 della legge 144/1999. La norma citata prevede la costituzione di nuclei di valutazione presso le amministrazioni centrali e regionali al fine di assicurare il supporto tecnico alle amministrazioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di particolare impatto sullo sviluppo del Paese.

Il presente Documento (denominato **MexA**) è stato elaborato dal Nucleo nell'ambito delle competenze assegnate<sup>2</sup>, e redatto sulla base delle esperienze regionali già maturate e delle metodologie e tecniche dei fondi strutturali. La MexA intende offrire alle Regioni e alle Province autonome uno strumento pensato per la valutazione ex ante, utilizzabile da parte di queste come metadocumento<sup>3</sup> di programmazione, in una logica di "processo di valutazione interattivo ed iterativo, durante il quale il programmatore dovrebbe ricevere sostegno e opinioni dal valutatore, per rivedere il programma in corso di preparazione"<sup>4</sup>.

Le Regioni e le Province autonome si avvalgono quindi di tale Documento per la formulazione dei Documenti Programmatici, oggetto degli Accordi di Programma Stato-Regioni, ed adeguarsi alle indicazioni in esso contenute in relazione alla complessità e articolazione del proprio Programma di investimenti.

La MexA è pertanto uno strumento idoneo a fornire un supporto metodologico per:

- la **formulazione** da parte delle Regioni e Province autonome dei Documenti Programmatici (**DP**)
- la **valutazione ex-ante** dei Documenti Programmatici. Tale valutazione sarà condotta da parte del Nucleo in armonia con tale supporto metodologico.

La proposta che si presenta, oltre che valorizzare le richiamate metodologie e tecniche dei fondi strutturali, è articolata in conformità con le indicazioni fornite dal Sistema Nazionale di Valutazione.

Per la formulazione quindi sono indicati strumenti già sperimentati in ambito europeo quali il "Quadro logico", e il collegamento dello stesso alla "catena degli obiettivi", così come l'utilizzo di indicatori oggettivamente verificabili per la quantificazione degli obiettivi da raggiungere.

---

<sup>1</sup> A tal proposito si evidenzia che il QSN stabilisce che "i processi di valutazione ex ante si estendono al complesso della politica regionale secondo modalità che contribuiscono a rafforzare la pratica di programmazione unitaria".

<sup>2</sup> Il Decreto del Ministro della Salute 12 dicembre 2003 prevede il parere obbligatorio del Nucleo sugli accordi di programma con le Regioni per l'utilizzo dei finanziamenti di cui all'art. 20 della legge n°67/88 su documenti programmatici e rimodulazione di interventi, su programmi di interventi e progetti relativi agli Enti di cui all'art. 4 della Legge n° 412 del 1991, nonché su tutti gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e i programmi di ristrutturazione che superano il tetto di spesa di euro 40.000.000,00

<sup>3</sup> Metadocumento inteso come un documento di governo del sistema di informazioni posto alla base del processo di formulazione e valutazione dei programmi regionali.

<sup>4</sup> Estratto da "Indicazioni per la redazione del rapporto di valutazione ex-ante dei programmi operativi 2007-2013" (novembre 2006) redatte dal Sistema Nazionale di Valutazione

## A. FORMULAZIONE DEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI

### A. 1 GLOSSARIO

<b>BENEFICIARIO FINALE</b>	Enti pubblico o privato responsabile della committenza degli interventi finanziati con fondi pubblici (statali e/o regionali), come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 legge 67/88)
<b>DESTINATARIO</b>	Soggetti individuati come utenti effettivi finali dei beni e servizi sanitari che saranno resi disponibili dagli interventi realizzati
<b>RESPONSABILE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA</b>	Funzionario designato dalla Regione con il compito di coordinare e vigilare sull'attuazione dell'accordo attraverso il monitoraggio periodico; in questo ambito il soggetto responsabile analizza le situazioni di criticità emerse e promuove le azioni correttive
<b>SOGGETTI INTERESSATI</b>	Anche portatori di interesse o <i>stakeholders</i> . Sono tutti i soggetti direttamente interessati all'Accordo di programma quali: il Ministero della salute, il Ministero dell'Economia e Finanze la Regione o la Provincia autonoma, l'Ente interessato. Soggetti indirettamente interessati sono gli enti locali, le imprese e loro associazioni, gli utenti e loro associazioni.
<b>PROGRAMMA</b>	Progetti di genere diverso in differenti settori economici che convergono per raggiungere i medesimi obiettivi specifici e generali
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Obiettivi di rango più ampio di quelli specifici, aventi per scopo il raggiungimento di modifiche del quadro generale dell'offerta sanitaria e dello stato sanitario della popolazione di riferimento
<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>	Obiettivo da raggiungere attraverso l'attuazione dell'intervento e che avrà durata superiore al progetto stesso. Lo scopo ultimo è sempre quello di ottenere dei benefici sostenibili per il gruppo destinatario dell'intervento progettuale
<b>INTERVENTO</b>	L'azione puntuale che deve essere intrapresa per conseguire un obiettivo operativo. Definito anche come operazione e/o progetto.
<b>PROGETTO</b>	Azione puntuale e/o insieme di attività integrate mirate a raggiungere obiettivi predeterminati in un dato lasso di tempo (da $t_0$ a $t_1$ ), secondo un preciso piano d'azione.
<b>INDICATORE</b>	Descrizione operativa degli obiettivi generali, degli obiettivi specifici del progetto e dei risultati, in termini di quantità e di qualità, con l'indicazione del tempo e dello spazio
<b>FONTI DI VERIFICA</b>	Indicano dove e in quale forma sono reperibili le informazioni sul raggiungimento degli obiettivi specifici e dei risultati dell'intervento
<b>QUADRO LOGICO</b>	Strumento che ordina all'interno di una matrice obiettivi, indicatori, fonti di verifica e condizioni di un intervento o di un programma. Gli obiettivi sono elencati in base al loro livello gerarchico <sup>5</sup>
<b>S.W.O.T.</b>	Strumento propedeutico alla programmazione. Evidenzia in modo sintetico punti di forza e di debolezza, opportunità e rischi di un progetto/programma

<sup>5</sup> (cfr. *Commission of the European Communities, Manual - Project Cycle Management - Integrated Approach and Logical Framework*, Bruxelles, Febbraio 1993). Anche *Logical framework o LogFrame*

## **A. 2 INDICE TIPO: COMPONENTI CHIAVE**

Viene di seguito proposto l' "Indice tipo" per la formulazione di un **DP per un complesso programma di interventi**. L'organizzazione secondo questo indice agevola la valutazione stessa del DP da parte del Nucleo. L'indice infatti è sviluppato secondo i "cinque componenti chiave" segnalati dal Sistema Nazionale di Valutazione<sup>6</sup>, preceduti da un riassunto esplicativo del Programma e seguiti da due Allegati. Il primo Allegato riguarda la indicazione di Schede di riferimento che sintetizzano la logica strategica del Programma e le azioni operative. Il secondo Allegato si riferisce invece ai Documenti Integrativi che completano l'Accordo.

### **0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

#### **1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI**

- a) Situazione del contesto e bisogni che ne conseguono
- b) Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

#### **2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA**

- a) Obiettivi del Programma
- b) Coerenza interna della strategia

#### **3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON LE STRATEGIE COMUNITARIE**

- a) Coerenza con la programmazione settoriale ed intersettoriale
- b) Sostenibilità degli interventi

#### **4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI**

- a) Sistema di indicatori
- b) Impatti del Programma

#### **5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI**

- a) Presupposti e sistemi di gestione del Programma
- b) Sistemi di monitoraggio del Programma

#### **PRIMO ALLEGATO: SCHEDE DI RIFERIMENTO**

- Matrice del Quadro Logico
- Analisi S.W.O.T.
- Scheda Obiettivi/Indicatori/Interventi
- Sintesi delle informazioni per autovalutazione

#### **SECONDO ALLEGATO: DOCUMENTI INTEGRATIVI**

- Articolato
- Schede Tecniche

<sup>6</sup> Riferimento alle "Indicazioni" già citate

## **B. CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE**

Vengono di seguito descritti i contenuti essenziali dei "componenti chiave", esplicitati nell'elencazione precedente. Ogni Componente forma un Capitolo, ogni Capitolo viene declinato in paragrafi e ne vengono sintetizzate le finalità generali e specifiche. Alcuni paragrafi sono articolati in sottoparagrafi riguardanti gli aspetti essenziali da evidenziare. Il Capitolo 0, articolato semplicemente in sottopunti, anticipa le scelte e risulta funzionale a rendere più fruibili al valutatore le parti successive.

La richiesta delle informazioni dipende dalla **complessità** del Programma che si intende sottoscrivere. Il disegno programmatico che segue e i contenuti richiesti nei seguenti punti riguardano un DP riferito ad una proposta di Accordo di tipo strategico e generale, cioè quando la programmazione regionale investe i diversi settori ospedaliero, territoriale, RSA, tecnologie e propone l'utilizzo di una quota finanziaria significativa.

Nel caso in cui il DP si riferisca ad una proposta di Accordo "stralcio", cioè sia relativo ad un programma specifico di potenziamento delle tecnologie, ovvero ad un programma mirato sul territorio, sulla rete ospedaliera o che interessi comunque settori particolari e quote-parti della complessiva disponibilità finanziaria assegnata alla Regione o P. A., i contenuti del disegno programmatico dovranno essere riferiti al quadro di contesto, mentre strategie e risultati saranno direttamente connessi agli interventi proposti, approfondendo magari alcuni aspetti particolari propri del settore di interesse.

### **BO RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA**

Il riassunto esplicativo ha la funzione di fornire una visione di sintesi delle scelte e della strategia del Programma, anticipando le informazioni di seguito indicate:

- a) **Identificazione dell'Accordo**, con riferimento alla Delibera Regionale, all'arco temporale, al valore complessivo dell'Accordo ed all'entità delle somme a carico dello Stato.
- b) **Quadro finanziario**, contenuto nella proposta di A d P, con evidenziazione della presenza di interventi finalizzati anche con quote destinate a finalità specifiche, cofinanziamenti aziendali, di enti locali o di privati.
- c) Sintesi del **raccordo con il passato** e con quanto già realizzato nelle precedenti fasi del programma di investimento, in termini di impatto e di valutazione ex post.
- d) Definizione degli obiettivi generali e specifici dell'AdP evidenziandone la **solidità programmatica complessiva**, in termini di rispondenza del Programma al contesto, punti di forza e criticità del Programma stesso.
- e) Sintesi della **coerenza interna** del Programma con gli obiettivi contenuti negli altri livelli di programmazione nazionale e regionale, con indicazione specifica del riferimento a documenti regionali in vigore.
- f) Sintesi delle correlazioni e delle **coerenze esterne** della strategia contenuta nel DP, in relazione alle politiche di programmazione generali ed intersettoriali della Regione.
- g) Sintesi del **quadro normativo** nazionale e regionale di riferimento.

### **BI ANALISI SOCIO - SANITARIA - ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI**

Questa Componente deve raccogliere in modo sintetico le analisi sulla base delle quali vengono stimati i bisogni e valutate le strategie da attivare per il loro soddisfacimento. Il grado di completezza ed adeguatezza delle analisi facilita la comprensione, da parte del valutatore, delle scelte effettuate e della loro rispondenza ai bisogni identificati.

Nel Documento Programmatico dovrebbe essere evidenziata la possibilità di avvalersi di strumenti regionali di **georeferenziazione** delle strutture sanitarie in grado di permettere una lettura sistemica della intera rete dei punti di erogazione di servizi sanitari.

La georeferenziazione potrebbe contribuire a meglio validare l'elaborazione dei programmi, dei singoli interventi, nonché delle correlate procedure di valutazione.

### *B1A. LA SITUAZIONE DEL CONTESTO E I BISOGNI CHE NE CONSEGUONO*

Un Programma di investimenti che deve mirare a raggiungere obiettivi di miglioramento dell'offerta assistenziale e di sostegno alle politiche sanitarie, ha come presupposto l'analisi del contesto socio-sanitario ed economico interessato dal Programma degli interventi. L'identificazione dei bisogni deve essere pertanto riconducibile al rilevamento di dati: epidemiologici, demografici, socio-economici, di domanda, di offerta e di mobilità attiva e passiva. I dati devono essere accompagnati da semplici elaborazioni al fine di segnalare fenomeni rilevanti e caratterizzanti, utili a far comprendere al valutatore la rispondenza strategica delle scelte effettuate.

La situazione del contesto, ed i bisogni che ne conseguono, devono essere corredati da dati **sintetici** e, quando necessario, **aggregati** per meglio comprendere le ipotesi programmatiche. I dati devono riferirsi agli aspetti di seguito elencati.

Per le Regioni interessate ai Piani di Rientro, la situazione del contesto deve essere rappresentata facendo innanzitutto riferimento alle analisi contenute nel Piano stesso e negli atti ad esso correlati.

#### *B1a. 1 Quadro epidemiologico*

Evidenziare particolari fenomeni epidemiologici - nosologici relazionati agli obiettivi del Programma rappresentando ad esempio:

- situazione epidemiologica territoriale in funzione degli obiettivi del DP
- distribuzione della mortalità per età/causa
- distribuzione della prevalenza/incidenza delle morbosità
- caratteristiche epidemiologiche "di genere"

E' opportuno che i dati siano presentati sotto forma di *tassi di mortalità ed incidenza*, che caratterizzano lo stato di salute di una popolazione con valori non dipendenti dalla sua numerosità.

#### *B1a. 2 Quadro demografico*

Evidenziare particolari fenomeni demografici o particolari distribuzioni della popolazione sul territorio relazionati agli obiettivi del Programma, rappresentando ad esempio:

- struttura demografica della regione al fine della verifica dei parametri nazionali
- struttura socio-economica della popolazione
- particolarità e situazioni specifiche di squilibrio
- situazione demografica, per tipologia di paziente, in funzione delle patologie coinvolte.

Nel caso di vasti ambiti territoriali è opportuno riportare dati aggregati provinciali, comunali o aziendali per quantificare la consistenza dell'effettivo bacino di utenza.

Nel caso di aree difficilmente raggiungibili si consiglia di riportare i dati demografici per fasce altimetriche (pianura, collina, montagna) per fornire una più precisa indicazione dell'entità dell'utenza distribuita in aree difficilmente raggiungibili.

#### *B1a 3 Quadro socio-economico*

In particolare è opportuno mettere in rilievo quelle situazioni non sanitarie che si collegano a problemi della salute quali:

- struttura socio-economica della Regione
- aree urbane degradate

- aree rurali e/o montane isolate
- siti con particolari problemi ambientali
- caratteristiche della distribuzione della popolazione sul territorio.

#### *B1a 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso*

L'analisi della domanda di prestazioni sanitarie deve trovare un posto di rilievo, perché gli orientamenti della domanda attuale e la valutazione della domanda non soddisfatta hanno un forte legame con gli obiettivi programmatici e con gli effetti che il Programma può indurre sul contesto socio-sanitario di riferimento. In particolare va analizzata:

- la domanda effettiva di ospedalizzazione su scala regionale o di bacino sub-regionale
- la domanda di assistenza territoriale su scala regionale o di bacino sub-regionale
- la domanda di assistenza specialistica/riabilitativa.

Particolare interesse deve essere riposto all'analisi delle **liste di attesa** per le prestazioni coinvolte nel Programma.

#### *B1a 5 Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)*

Evidenziare la mobilità attiva e passiva intra ed extraregionale (anche con Regioni non contigue) ed utilizzo di indici di attrazione e di fuga ed in particolare:

- situazione sulla mobilità per singole patologie o specialità o tipologie di DGR riguardanti gli obiettivi del Programma
- tempi di attesa per prestazioni/attività rilevanti.

I dati devono essere organizzati in modo che possano essere evidenziati i punti di debolezza o di forza dell'offerta interna, sui quali si deve intervenire per riequilibrare la domanda. Sarebbe utile associare l'importo dei relativi DRG, al fine di poter valutare il peso dei diversi fenomeni di mobilità anche in termini di compensazione finanziaria.

#### *B1a 6 Offerta ante operam*

Rappresentare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria in termini organizzativo - funzionali, strutturali e tecnologici (stato di conoscenza della situazione patrimoniale a livello aziendale), con particolare riferimento:

- all'offerta di strutture per l'assistenza ospedaliera, riabilitativa, residenziale e semiresidenziale, territoriale
- allo stato di conservazione delle strutture (di cui sopra) e alla loro rispondenza ai "requisiti minimi" per l'accreditamento regionale
- alla dotazione delle tecnologie
- alla collocazione delle strutture sanitarie (riferimento all'ultimo censimento) in funzione del ruolo che ricoprono nella rete<sup>7</sup>
- alla ricognizione dei beni patrimoniali.

E' opportuno rappresentare l'offerta in **quadri di sintesi** della rete strutturale e della relativa dotazione di grandi apparecchiature.

#### *B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale*

Evidenziare particolari percorsi assistenziali, diagnostici, terapeutici e riabilitativi per le specialità relazionate agli obiettivi perseguibili con gli interventi riportati nel DP, al fine del raggiungimento della continuità assistenziale sul territorio, anche attraverso forme di supporto alla famiglia.

<sup>7</sup> Riferimento a strumenti di georeferenziazione

## *B1B STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI*

Individuare le scelte programmatiche generali con le quali si cerca di dare risposta ai bisogni evidenziati nell'analisi di contesto.

### *B1b 1 Identificazione dei bisogni assistenziali*

E' necessario evidenziare i bisogni assistenziali ricavati dalle analisi precedenti valutandoli a breve, medio e lungo periodo.

### *B1b 2 Descrizione della strategia*

Descrizione della strategia adottata per il raggiungimento degli obiettivi del Programma, focalizzando l'attenzione su quelle soluzioni che vengono supportate da investimenti strutturali e tecnologici, indicando anche le misure (sanitarie, organizzative, gestionali e procedurali) che concorrono al soddisfacimento dei bisogni rappresentati.

## *B2 LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA*

Questa componente è finalizzata a spiegare la logica della programmazione sulla base delle precedenti analisi ed in coerenza con la strategia adottata. I paragrafi che seguono partono dalla evidenziazione delle principali problematiche che giustificano l'intervento pubblico, e che supportano la strategia del Programma ed evidenziano le priorità, gli obiettivi e gli interventi proposti, valutando la coerenza interna della strategia ed i prevedibili rischi.

### *B2A OBIETTIVI DEL PROGRAMMA*

Nel DP deve essere descritta la strategia del Programma segnalando gli obiettivi che si intendono raggiungere, evidenziandone la loro rilevanza rispetto ai bisogni identificati. Tra le motivazioni che orientano le scelte del Programma rispetto ai bisogni emersi dovrebbero essere incluse anche quelle riguardanti quei bisogni che siano stati presi in carico da altre politiche concomitanti all'attuazione del Programma (sia nuove, sia derivanti dall'attuazione di programmi definiti in precedenza).

#### *B2a 1 Analisi dei problemi e priorità*

Sulla base dei risultati delle analisi precedenti questa ulteriore analisi deve mirare, in particolare, ad accertare **problemi generali e specifici** legati alla presenza/assenza delle infrastrutture sanitarie, alla loro organizzazione funzionale e alla loro efficienza di servizio. Sulla base di questa analisi vanno indicate le priorità del Programma.

#### *B2a 2 La catena degli obiettivi*

E' necessario descrivere la catena degli obiettivi al fine di evidenziare la logica della strategia adottata ed in particolare elencare gli:

- Obiettivi generali, quali principi ispiratori e di governo strategico del Programma
- Obiettivi specifici, che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale
- Obiettivi operativi, cioè i prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, cioè in interventi progettuali.

#### *B2a 3 Interventi progettuali*

E' necessaria la descrizione complessiva degli **interventi progettuali** previsti nel Programma, che saranno poi descritti nelle **Schede Tecniche**. Gli interventi verranno poi rapportati agli obiettivi generali e specifici (vedi, **Scheda Obiettivi/Indicatori/Interventi**).

#### *B2a 4 Offerta post-operam*

E' necessario evidenziare le modificazioni del quadro l'offerta sanitaria e socio-sanitaria a completamento degli interventi progettuali previsti nel Programma.

E' opportuno rappresentare le modificazioni dell'offerta in quadri di sintesi della rete strutturale e della relativa dotazione di grandi apparecchiature.

#### *B2B. COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA*

La coerenza interna della strategia può essere evidenziata attraverso la descrizione delle relazioni e delle complementarità tra le diverse priorità e con l'indicazione della misura del contributo di ciascuna priorità al raggiungimento degli obiettivi.

##### *B2b 1 Relazione e complementarità tra le priorità*

Descrivere le relazioni e le complementarità tra le diverse priorità del Programma, evidenziando i contributi di ciascuna priorità al raggiungimento degli obiettivi strategici in termini di combinazione di priorità e di autosufficienza in termini di risorse finanziarie.

Evidenziare inoltre possibili conflitti tra le priorità.

##### *B2b 2 Analisi dei rischi*

La definizione degli obiettivi del Programma va accompagnata da una analisi dei rischi basata sull'equilibrio tra le misure più facili da implementare, ma che determinano minore impatto, e misure più rischiose ma a maggiore impatto. L'analisi dei rischi, così come l'analisi di dei punti di debolezza del Programma devono essere inoltre confrontati con i punti di forza del Programma stesso e con le eventuali opportunità che l'attuazione del Programma può comportare (vedi, Scheda Analisi S.W.O.T.).

#### *B3 COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE*

In questa componente particolare attenzione va riposta ad una serie di analisi finalizzate ad individuare e illustrare se, quanto e in che modo il Programma si pone, nella sua specificità, coerentemente all'interno di una strategia più generale che tenga conto delle trasversalità con gli indirizzi delle politiche nazionali e regionali e con le strategie comunitarie sia settoriali che intersettoriali. Il Programma quindi, oggetto dell'Accordo, deve dimostrare la coerenza con il "contesto programmatico"<sup>8</sup> cioè deve essere tarato rispetto ad altri programmi e politiche che operano nello stesso territorio/settore al fine di evidenziarne la coerenza o la possibile duplicazione di iniziative.

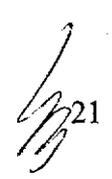
##### *B3A COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE*

Nel DP deve essere illustrata **sinteticamente** la correlazione del Programma, oggetto dell'Accordo con gli strumenti della programmazione regionale settoriale ed intersettoriale.

##### *B3a 1 Coerenza con le Priorità del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013*

Nel DP dovrà essere evidenziata la coerenza del Programma degli interventi con le priorità del Quadro Strategico Nazionale (Q.S.N.) ed in particolare con la strategia di politica regionale unitaria (D.U.R.P.).

<sup>8</sup> Rif. citato "Indicazioni per la redazione del Rapporto di valutazione ex ante dei programmi operativi 2007-2013" del Sistema Nazionale di Valutazione



Le Regioni del Mezzogiorno dovranno inoltre evidenziare le coerenze con le linee di indirizzo del Quadro strategico per la salute, sicurezza e sviluppo nel mezzogiorno sottoscritto in data 17 aprile 2007.

La strategia di politica regionale unitaria, comunitaria e nazionale, definita nel Q.S.N. è finanziata, infatti, dalle risorse aggiuntive, comunitarie e nazionali, provenienti dal bilancio dell'Unione Europea - fondi strutturali- e nazionali -fondo di cofinanziamento nazionale ai fondi strutturali e fondo per le aree sottoutilizzate (FAS).

### *B3a 2 Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale*

Nel DP dovrà essere evidenziata la coerenza del Programma degli interventi in particolare con:

- gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale
- gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale vigente
- i Piani di Rientro, per le Regioni interessate e i relativi atti di programmazione ad essi collegati, quali il Piano di rete ospedaliera, riqualificazione delle strutture territoriali, il Piano dell'emergenza urgenza, il Piano oncologico e le diverse politiche definite in materia di riduzione dei costi dei servizi e di contenimento della spesa del personale. La correlazione ad obiettivi operativi specifici dei Piani e degli altri atti sopra menzionati dovrà essere espressa nelle relazioni illustrative dei singoli interventi
- gli altri strumenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione
- gli strumenti di sviluppo socio-economico della Regione.

In ambito sanitario e socio-sanitario va evidenziata la correlazione del Programma con gli altri programmi di finanziamenti precedenti, in particolare con:

- Programma di investimenti ex art. 20 L. 67/88 – prima e seconda fase
- Programma di investimenti ex art. 71 L. 448/98
- Radioterapia ex art. 18, comma 12, L. 488/99 ed art. 96 L. 388/2000
- Hospice ex DPCM 20/1/2000
- Intramoenia ex D.Lgs 254 /2000
- Investimenti regionali
- Programmazione cofinanziata dai Fondi strutturali europei e da soggetti privati (PPP).

### *B3B SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI*

Il DP deve dimostrare la sostenibilità degli interventi proposti, a partire da possibili condizionamenti che possono comunque influenzare il raggiungimento degli obiettivi.

#### *B3b 1 Analisi delle condizioni*

Le condizioni indicano tutti quei fattori che sono al di fuori del controllo diretto del DP, ma che sono cruciali per il raggiungimento degli obiettivi programmatici nel medio e lungo termine e che possano garantire la concreta sostenibilità degli interventi. Tali fattori devono essere descritti ed analizzati nei loro termini d'influenza sul raggiungimento degli obiettivi. Tra le condizioni più rilevanti si evidenziano:

- misure di politica economica
- aspetti economici e finanziari
- disponibilità di risorse amministrative e gestionali
- situazioni ambientali
- aspetti socio/culturali
- aspetti tecnologici (ambiente/contesto idonei al trasferimento di una specifica tecnologia).

Il DP descrive e analizza, inoltre, gli adempimenti più urgenti dal punto di vista amministrativo per poter dar seguito all'attuazione dell'Accordo di Programma, in termini anche di eventi, adempimenti ed attività necessari per la realizzazione corretta, tempestiva ed efficiente degli interventi oggetto del documento programmatico.

### *B3b 2 Sostenibilità economica e finanziaria*

Il DP deve dare conto della **sostenibilità economica e finanziaria** degli interventi, e deve quindi prestare particolare attenzione a che siano predisposti per gli interventi gli **Studi di Fattibilità** con i relativi piani economico-finanziari.<sup>9</sup>

L'art. 4 della legge n. 144/99 – la cd. legge quadro sugli investimenti pubblici – prevede che l'approvazione di un progetto infrastrutturale sia preceduta dalla predisposizione di un studio di fattibilità contenente, fra l'altro, un'analisi delle alternative progettuali, della fattibilità tecnica, amministrativa e finanziaria del progetto e della sua convenienza socio-economica. Il piano di copertura delle spese correnti generate dagli interventi a regime deve essere confrontato dalla Regione con le previsioni economiche ordinarie o dei Piani di Rientro per verificare eventuali incompatibilità tra quanto previsto in tali atti e quanto derivante alla gestione ordinaria dall'attuazione degli interventi; questa procedura è ancor più importante per quelle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro. Particolare attenzione deve essere posta sulle spese generate dall'intervento in corso di esercizio e sulla compatibilità di queste rispetto alle politiche a medio e lungo termine di contenimento della spesa. Il DP deve contenere indicazioni sulle sostenibilità del progetto in termini di risorse finanziarie necessarie con riferimento alla spesa corrente, anche indotta, e a quella di investimento per ciascun anno, nel caso di interventi pluriennali, nonché l'indicazione dei meccanismi di controllo della relativa attuazione.

Particolare attenzione dovrà essere posta nell'analisi della sostenibilità economico-finanziaria di progetti realizzati con il ricorso al capitale privato, attraverso l'applicazione degli strumenti di valutazione propri ai quali si rinvia (analisi del piano economico-finanziario, analisi della convenienza economica, VAN).

### *B3b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale*

Il DP deve fornire informazioni sulla **sostenibilità amministrativa** (procedure) e **gestionale** (processi di utilizzo e di conduzione dei beni e delle tecnologie) degli interventi, in relazione alla portata e complessità del singolo intervento, nonché dell'impatto sull'offerta.

### *B3b 4 Sostenibilità di risorse umane*

Il riassetto strutturale, strumentale ed organizzativo deve tener conto dei potenziali vincoli esistenti nel momento in cui tale riassetto diverrà pienamente operativo.

In particolare è necessario che l'amministrazione proponente abbia valutato dimensione, composizione e specifiche competenze delle **risorse umane necessarie** alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi dopo l'intervento e sia in grado di interagire con il sistema formativo per una corretta programmazione delle figure che serviranno a coprire gli organici prestabiliti.

Il DP dovrà contenere una esplicita e verificabile dichiarazione sulla coerenza degli organici dei diversi servizi alle esigenze di piena operatività degli stessi, con particolare attenzione ai servizi di nuova istituzione. Inoltre, in caso di personale in esubero, dovrà essere esplicitato il percorso che si intende realizzare per la riqualificazione professionale di tale personale ed il suo conseguente utilizzo.

Quanto sopra, chiaramente, dovrà essere armonizzato rispetto alle politiche per il contenimento del costo del personale previste nei Piani di rientro.

### *B3b 5 Sostenibilità ambientale*

In considerazione dell'importanza e dell'evidenza che vanno prendendo le problematiche riguardanti gli aspetti ambientali, l'uso appropriato delle risorse naturali e l'utilizzo delle fonti

<sup>9</sup> In accordo con quanto previsto dall'art. 128 del D.Lgs 163/2006

energetiche, il DP deve predisporre valutazioni che ne evidenzino la sostenibilità ambientale, anche alla luce delle misure normative e legislative in vigore<sup>10</sup>.

La finalità generale e specifica di tali valutazioni è di includere e affrontare fin dalla fase programmatoria e pianificatoria dei processi decisionali i fattori della programmazione sanitaria che direttamente impattano sull'ambiente, alla pari delle considerazioni di ordine sociale ed economico.

In particolare il DP dovrà contenere criteri per la localizzazione urbanistica di nuovi ospedali e delle strutture sanitarie in genere, in riferimento a:

- presentare informazioni sullo stato dell'ambiente e sugli obiettivi di rispetto e/o miglioramento dello stesso
- le condizioni climatiche delle aree ed i conseguenti eventuali input progettuali e di scelte tecnologiche
- le risorse naturali presenti ed il loro potenziale di utilizzo
- le condizioni di accessibilità pubblica e privata ed i servizi relativi sia per gli operatori delle strutture che per gli utenti
- le forme di eliminazione e trattamento dei rifiuti ordinari e speciali
- le condizioni gestionali per il mantenimento di situazioni di sostenibilità durante l'intero ciclo di vita delle strutture stesse.

Il DP dovrà indicare gli obiettivi e i criteri per il risparmio idrico ed energetico e le soglie minime di produzione di energia da fonti rinnovabili, considerato che il mix delle stesse potrà derivare dallo studio delle condizioni specifiche di localizzazione.

Il DP dovrà indicare come i criteri di sostenibilità di cui sopra debbano essere applicati il più estensivamente possibile anche nei casi di ristrutturazioni sostanziali di strutture esistenti.

#### *B3b 6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche*

I progetti che integrano le attività di ricerca con quelle assistenziali dovranno in particolare definire:

- l'ambito di applicazione scientifica cui verranno destinate le nuove tecnologie/servizi
- la quota di tempo/attività che sarà destinata all'assistenza
- il valore aggiunto che tali tecnologie/servizi potranno apportare alle attività assistenziali ordinarie.

Per questi interventi devono essere previste le attività di seguito indicate per l'*Health Technology assesement*.

## **B4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI**

Questa componente è dedicata alla descrizione dei risultati che si attendono dalla attuazione del Programma, oggetto dell'Accordo, e all'individuazione dei fattori che dovranno essere osservati sul lungo periodo per valutare gli effetti indiretti del Programma, ossia gli impatti.

### *B4A SISTEMA DI INDICATORI*

Il Documento Programmatico deve comprendere la definizione di un sistema di indicatori capace di fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi del Programma, e sulla performance degli attori deputati alla sua implementazione.

Nel DP deve essere fornita l'evidenza del processo di definizione degli indicatori, esplicitando:

<sup>10</sup> In particolare gli aspetti ambientali e la loro valutazione per i programmi di coesione 2007-2013 devono tener conto dalla Direttiva sulla Valutazione Ambientale Strategica (Direttiva VAS) e delle disposizioni della Legge 244/2007 - finanziaria 2008

- l'approccio utilizzato in sede di programmazione
- i criteri adottati per la costruzione del sistema di indicatori (connessione con il programma, misurabilità, responsabilità)
- i parametri oggettivamente verificabili associati agli obiettivi del Programma che definiscono in termini quali-quantitativi tempi, costi, destinatari finali e benefici attesi.

Nella valutazione si analizzeranno la struttura, la gerarchia e le relazioni di causalità degli obiettivi e degli indicatori proposti, giudicandone l'adeguatezza sulla base del confronto con esperienze passate e con situazioni analoghe.

#### *B4a 1 Indicatori di Contesto*

L'identificazione dei bisogni rilevati dall'analisi del contesto deve essere sostenuta dall'individuazione di parametri per la loro quantificazione, che chiameremo Indicatori di Contesto.

Gli indicatori di contesto forniscono informazioni sulle caratteristiche del territorio e della popolazione che insiste sul territorio interessato dal programma.

Gli indicatori di contesto servono da base per:

- le analisi sanitarie e socioeconomiche su cui poggia la strategia del Programma
- il monitoraggio del contesto
- la determinazione di obiettivi quantificati per i quali possano essere stimati gli effetti a medio e lungo termine.

#### *B4a 2 Indicatori di Programma*

Gli Indicatori di Programma vengono prodotti dal sistema di monitoraggio per misurare:

- l'avanzamento del programma (realizzazione)
- il grado di conseguimento degli obiettivi (risultato)
- gli effetti del programma sul contesto (impatto).

In particolare nello schema seguente sono riportati gli indicatori di programma con una loro sintetica definizione:

<p><b>RISORSE E REALIZZAZIONE</b></p>	<p><b>Risorse.</b> Rilevano la disponibilità e il grado di utilizzazione degli <i>input</i> del Programma (finanziari, umani, organizzativi) mobilitati per l'attuazione degli interventi che compongono il Documento Programmatico. In particolare gli indicatori finanziari sono utilizzati per monitorare i progressi fatti in termini di impegni e di pagamenti.</p> <p><b>Realizzazione.</b> Sono riferiti all'esecuzione degli interventi. Sono misurati in unità fisiche e rilevano l'avanzamento fisico degli interventi.</p>
<p><b>RISULTATO</b></p>	<p>Si riferiscono all'effetto diretto di un programma e rilevano gli effetti della realizzazione dei progetti in termini di vantaggio conseguito dai destinatari/utilizzatori delle strutture sanitarie. Possono essere di natura fisica o finanziaria.</p>
<p><b>IMPATTO</b></p>	<p>Stimano gli effetti del Programma sui destinatari e/o sul sistema sanitario di riferimento dopo un certo lasso di tempo.</p>

Nel rilevare gli effetti del programma è necessario tener presenti due considerazioni:

- i fenomeni sanitari, sociali ed economici sono influenzati da una molteplicità di fattori, rispetto ai quali le politiche di investimento rappresentano solo una parte delle cause di modificazione
- le politiche pubbliche di intervento possono avere effetti non prevedibili.

Gli indicatori di risultato e di impatto possono essere definiti a tutti i livelli di programmazione. Gli indicatori di realizzazione sono associati ai singoli interventi.

#### *B4a 3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza*

Oltre agli indicatori di Contesto e di Programma, nel Documento Programmatico devono essere riportati anche gli indicatori "derivati" cioè quelli relativi alla Efficacia ed Efficienza.

<b>EFFICACIA</b>	Si calcolano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli effetti attesi, a partire da indicatori di programma (risorse, realizzazione, risultato e impatto). Misurano il conseguimento degli obiettivi del programma (es. risultati <i>ottenuti</i> /risultati <i>previsti</i> ).
<b>EFFICIENZA</b>	Si stimano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire da indicatori di programma (risorse, realizzazione, risultato e impatto) e misurano il costo unitario degli interventi ed il rapporto costo/efficacia (es. <i>risultati</i> ottenuti rispetto ai <i>costi</i> ).

#### *B4a 4 Definizione del Sistema di indicatori*

Gli elementi necessari per l'individuazione degli indicatori sono:

- la definizione
- l'unità di misura
- i valori di riferimento.

Il sistema degli indicatori è funzionale a due attività, il **monitoraggio** e la **valutazione**, che sono strettamente connesse, ma concettualmente distinte.

Il monitoraggio giudica gli effetti diretti, attribuibili all'azione pubblica programmata, rispetto alle previsioni. Gli indicatori di realizzazione e quelli di risultato dovranno quindi essere rapportati ai parametri che definiscono in sede di previsione l'attuazione del programma (tempi, costi, risorse).

La valutazione giudica gli effetti derivanti dall'interazione tra intervento e contesto e quindi, pur tenendo conto dei dati utilizzati per il monitoraggio, guarda agli indicatori di impatto, con la consapevolezza del fatto che, a causa di fenomeni esterni al programma, nel tempo i valori utilizzati per descrivere gli impatti non sono costantemente e facilmente riconducibili agli effetti del programma.

Nella definizione del sistema di indicatori occorre tener conto del fatto che i diversi attori coinvolti nel Programma hanno interessi informativi diversi e che pertanto la selezione e la raccolta dei dati possono avvenire prevedendo livelli diversi di disponibilità e di aggregazione.

Il soggetto attuatore ha necessità di tenere sotto controllo i singoli interventi e quindi deve innanzitutto monitorare l'avanzamento della realizzazione per mezzo di indicatori fisici, posti in relazione con gli indicatori finanziari.

Le Regioni e le Province autonome, responsabili dei programmi, hanno bisogno di informazioni relative all'insieme degli interventi, rapportate anche agli obiettivi del programma, e sono quindi più interessate agli indicatori di risultato e di impatto, oltre che ad indicatori di efficienza che consentano confronti, principalmente sui costi unitari, tra gli enti attuatori e tra interventi della stessa tipologia.

A livello centrale, per un governo equilibrato del programma nazionale, sono necessari dati relativi all'andamento finanziario, per scandire il rilascio delle risorse secondo gli impieghi effettivi, e dati sui risultati e sugli impatti, per valutare gli effetti delle politiche regionali. Solo se siano stato individuati nessi di causalità tra indicatori e azioni del programma è possibile

misurare nel tempo gli effetti della strategia del Programma.

Gli indicatori di impatto possono essere rilevati solo alcuni anni dopo l'attuazione del programma, e tuttavia la loro determinazione *ex ante* definisce l'indirizzo strategico del programma e deve quindi essere effettuata, almeno per le priorità più rilevanti del programma. La difficoltà di individuare indicatori di impatto significativi, sia pure in numero limitato, suggerisce di concentrare gli sforzi su indicatori di risultato misurabili e sulla catena logica che lega i risultati agli impatti, posti a valle.

Ugualmente sarà necessario individuare le relazioni logiche, a monte, tra i risultati e le realizzazioni che li determinano.

E' opportuno tener conto dei seguenti **criteri** per la definizione di un sistema di indicatori:

- concentrare il Programma su un numero limitato di obiettivi, associati ad un set circoscritto di indicatori, chiaramente rappresentativi della logica del programma
- selezionare gli indicatori di contesto, sulla base della caratterizzazione emersa in fase di analisi del contesto e in accordo con gli elementi evidenziati dall'analisi S.W.O.T.
- definire una linea temporale di partenza per la misurazione degli indicatori, rispetto alla quale si può poi utilizzare un approccio dinamico (aggiornamento periodico dei valori durante il corso del programma) o statico (riferimento ad un determinato momento, successivo all'attuazione)
- definire fin dalla fase di formulazione del Programma e della valutazione *ex ante*, che interagisce con la formulazione, un sistema di indicatori orientato agli effetti oltre che alla situazione di partenza, ispirato a logiche previsionali supportate dall'uso di serie storiche o dal confronto con situazioni analoghe, attraverso l'uso di metodi di misurazione e stima
- adottare, in presenza di un insieme ampio di indicatori, un set minimo di indicatori essenziali, condivisi a livello nazionale, che consentano di confrontare in maniera omogenea differenti programmi o differenti priorità programmatiche e che possano essere gestiti in maniera informatizzata.

#### **B4a 5 Fonti di verifica**

Nel DP devono essere riportate le indicazioni relative alle fonti di verifica degli indicatori oggettivamente verificabili. La fonte di verifica risponde alla domanda "dove e in quale forma l'informazione sul raggiungimento degli obiettivi dell'intervento può essere trovata (così come descritti dagli indicatori oggettivamente verificabili)".

Il Documento Programmatico deve fornire indicatori oggettivamente verificabili e, insieme, un criterio per la scelta delle relative fonti di verifica, identificandole a priori per assicurarsi che:

- (a) la loro forma / presentazione sia appropriata
- (b) siano abbastanza specifiche sugli indicatori oggettivamente verificabili
- (c) siano attendibili e accessibili (specificando il "dove e quando")
- (d) i costi per ottenere le informazioni siano ragionevoli.

## *B4B IMPATTI DEL PROGRAMMA*

Il DP dovrebbe indicare l'impatto potenziale che dall'attuazione del Programma potrebbe derivare nei confronti della comunità e dell'ambiente.

### *B4b 1 Accettabilità sociale del Programma*

La revisione della composizione e dislocazione dei servizi sanitari comporta una evidente tensione sociale (percezione di ridotta protezione sanitaria, ridotto "prestigio" locale per il declassamento di alcuni servizi, mancate opportunità di impiego, possibili disagi dovuti a minore accessibilità ai servizi).

Il DP dovrebbe contenere una esplicita valutazione delle criticità associate ai nuovi assetti assistenziali e una descrizione degli interventi/azioni che sono state (o che saranno) realizzate per ridurre/eliminare l'impatto sociale della riorganizzazione.

### *B4b 2 Valore aggiunto del Programma*

Nel DP va evidenziato il valore aggiunto del Programma, sia di carattere finanziario in termini di effetto leva, che in termini di scambi di esperienze e di relazioni a livello regionale, nazionale e transazionale.

In particolare un valore aggiunto viene dalla possibilità, attraverso l'applicazione delle metodologie proprie dell'*Health Impact Assessment*, di individuare aree economiche ed aspetti sociali fuori dall'ambito sanitario rispetto ai quali il DP può produrre impatti positivi o dai quali può riceverne.

### *B4b 3 Health Technology Assessment*

Per gli interventi che prevedono l'utilizzo dell'alta tecnologia vanno segnalati nel DP i criteri organizzativi per l'attuazione dell'HTA.

L'introduzione di tecnologie comporta l'assunzione di responsabilità da parte della Regione sulla propedeutica effettuazione di un'attenta valutazione dei seguenti aspetti:

- una corretta valutazione della domanda (bisogno) di prestazioni che giustifichi l'introduzione di nuove apparecchiature, anche in riferimento alla rete di servizi esistenti nel bacino d'utenza di riferimento
- una definizione del progetto tecnologico complessivo nel quale si descrivono i criteri generali di introduzione delle tecnologie, delle interazioni funzionali e operative tra le stesse, i criteri di recupero e sostituzione con l'obiettivo di descrivere compiutamente l'intervento in oggetto
- l'individuazione esplicita degli spazi e ambienti che dovranno accogliere le nuove tecnologie e la loro adeguatezza strutturale ed impiantistica
- la disponibilità di adeguati percorsi di accesso per il personale e per gli utenti, compresi gli spazi di attesa e la coerenza dei percorsi sanitari con quelli amministrativi
- la disponibilità delle risorse umane in termini di quantità e competenza per il pieno funzionamento delle attrezzature
- la disponibilità delle risorse umane e delle procedure organizzative per il mantenimento in efficienza e sicurezza delle attrezzature comprendendo le adeguate procedure di manutenzione preventiva e correttiva
- una corretta gestione del materiale di consumo necessario per il funzionamento delle tecnologie.

Il DP dovrà contenere un esplicito riferimento ai diversi punti, in modo che sia evidente la sostenibilità operativa, gestionale ed economica a cui deve rispondere ogni della richiesta.

## B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

In questa Componente devono essere illustrati i sistemi e criteri prospettati o prescelti per la gestione ed il monitoraggio del Programma di investimenti oggetto dell'Accordo.

In termine di gestione vanno descritti i presupposti dai quali si parte per implementare la gestione stessa degli interventi previsti sia organizzativa e finanziaria sia economica e sociale.

Per interventi che prevedono forme di partenariato deve essere evidenziata la qualità ed indicata l'intensità delle reciproche relazioni. Sempre al fine di sostenere concretamente l'attuazione del Programma va inoltre evidenziata la sostenibilità degli interventi, a partire dalla analisi di tutti quei fattori esterni al Programma dell'Accordo che possono in qualche modo influenzarlo. La sostenibilità va vista non solo dal punto di vista economico-finanziario ma anche amministrativo - gestionale, nonché in termini di disponibilità di risorse umane. Gli interventi previsti nel Programma devono rispondere ai criteri prima indicati di sostenibilità ambientale, urbanistica energetica e di risparmio delle risorse naturali.

### B5A PRESUPPOSTI E SISTEMI DI GESTIONE DEL PROGRAMMA

Nel DP vanno evidenziati i presupposti e i relativi sistemi di gestione degli interventi dal punto di vista organizzativo e finanziario ed in termini economici e sociali.

#### B5a 1 Presupposti organizzativi e finanziari

Questi sono costituiti **dalla struttura organizzativa e dalla relativa disponibilità finanziaria necessarie** a un'attuazione dell'intervento coerente con il DP in esame.

Per ogni opzione considerata, si dovrà pertanto individuare il modo in cui le strutture amministrative esistenti dovrebbero comportarsi e/o modificarsi affinché gli interventi del DP siano efficaci, valutando l'ammontare e la natura delle risorse finanziarie che dovrebbero essere complessivamente mobilitate a tal fine. Dovrà, inoltre essere realizzata una rilevazione della struttura organizzativa attuale (propria e delle altre amministrazioni interessate) e delle risorse finanziarie disponibili.

Il confronto tra il quadro così ottenuto ed i presupposti individuati per l'intervento farà emergere gli aspetti differenziali, ossia l'insieme degli adeguamenti necessari per la realizzazione dei singoli interventi che compongono il DP.

Da un punto di vista strettamente operativo, uno dei possibili percorsi da seguire per l'analisi dei presupposti connessi a ciascuna opzione rilevante è quello che segue:

- Individuazione delle amministrazioni interessate e delle attività amministrative connesse all'attuazione e alla gestione del DP
- Individuazione delle unità organizzative interessate (e se possibile della relativa *pianta organica*) per l'espletamento delle attività correlate al DP
- Definizione delle procedure connesse alle attività correlate al nuovo DP
- Stima delle risorse attualmente disponibili nelle unità organizzative precedentemente individuate e dei fabbisogni di risorse aggiuntive (umane, di materiali, di supporto esterno) connesse con l'attuazione del nuovo DP
- Stima del differenziale di costi tra situazione attuale e scenario organizzativo derivante dall'applicazione del nuovo DP.

La stima del *differenziale dei costi* cui si vuole giungere deve comprendere non solo i costi aggiuntivi (originanti dall'acquisizione di risorse ulteriori) ma anche i costi di tutte le risorse dedicate alle attività emerse e/o modificate grazie al DP. I costi di **attuazione e gestione** dei progetti che compongono il DP sono da intendersi **al netto**, di eventuali risparmi derivanti dal DP medesimo quale conseguenza dell'eliminazione o modifica di attività precedentemente svolte dalle amministrazioni. Pertanto, i costi che le unità operative attualmente sostengono

per lo svolgimento di attività che risultano soppresse o modificate in seguito all'intervento normativo proposto, andranno sottratti dai costi di attuazione. L'eventuale differenziale ottenuto può costituire un elemento particolarmente importante per la scelta dei progetti da attuare.

#### *B5a 2 Presupposti economici e sociali*

Questi si riferiscono alle particolari retroazioni dall'economia e dalla società civile che si devono registrare perché il DP ottenga i risultati previsti. Tra queste vale riportare:

- l'esistenza di una favorevole disposizione ad agire in maniera opportuna degli soggetti interessati, economici e sociali
- la capacità dei soggetti di sostenere i costi d'adeguamento
- una ragionevole probabilità di rispetto degli obiettivi.

Compito dell'Amministrazione sarà, come già in parte evidenziato al punto precedente, quello di individuare correttamente ed in maniera esaustiva tali condizioni, verificarne la possibilità di realizzazione e, quindi, valutare se da tale realizzazione non derivino ulteriori conseguenze negative di vaste dimensioni su uno o più settori di attività economica o di interesse sociale (ambiente, minoranze, identità etniche o religiose), anche non direttamente considerati nelle precedenti fasi. Un supporto importante per l'individuazione dei presupposti economici e sociali delle opzioni rilevanti è rappresentato dal ricorso in sede di programmazione alla concreta **consultazione** dei soggetti e delle comunità interessati, al fine di mettere in evidenza il partenariato sociale.

#### *B5a 3 Qualità ed intensità delle relazioni con il partenariato*

La previsione nella proposta di Accordo di interventi da realizzare attraverso l'apporto di capitale privato comporta una presentazione specifica del progetto, attraverso l'analisi dei dati aziendali contenuti nello studio di fattibilità, che l'ente attuatore mette a disposizione dei soggetti interessati, con l'avviso ex art. 153 D. Lgs. 163/07 e ss. mm. ovvero nel progetto preliminare per le procedure ex art. 144 del medesimo D. Lgs, dai quali dovrà emergere con chiarezza la sostenibilità finanziaria, la convenienza economico-sociale, la verifica procedurale, l'analisi di rischio, la coerenza con la programmazione regionale e la compatibilità ambientale dell'intervento.

Al di là del semplice apporto di capitale privato l'attivazione del partenariato dovrà essere supportata, *ex ante*, da adeguate analisi, studi e valutazioni finalizzate ad apprezzarne l'effettiva convenienza e la ragionevole certezza del conseguimento degli obiettivi.

La presumibile convenienza del ricorso al partenariato dovrà emergere da analisi estese all'intero ciclo di vita dell'investimento, con particolare riferimento alle modalità di gestione successive alla realizzazione; analisi dalle quali risulti, inoltre, il quadro dei rischi che si intende trasferire al partner privato. L'allocazione dei rischi di costruzione, di disponibilità e di domanda dovrà essere accompagnata dalle descrizioni delle misure che si intendono attuare in merito. Particolare attenzione sarà riservata alle misure che si intende attuare per assicurare al *Project*, soprattutto nella fase di gestione, le competenze, di sistema e di processo, necessarie a rendere effettivo ed efficace il partenariato.

L'analisi della fattibilità tecnica, ambientale ed economico-finanziaria dovrà essere accompagnata da valutazioni riguardanti l'affidabilità procedurale del sistema previsto così come dovrà evidenziare le azioni necessarie per garantire la realizzazione della soluzione, strutturale e gestionale, aderente alle esigenze e certezza nei tempi.

#### *B5B SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA*

Il sistema di monitoraggio svolge un ruolo fondamentale nella fase di attuazione del programma di investimenti al fine della valutazione sullo stato di avanzamento del

Programma e sulla necessità di rimodulare quanto programmato. Nel Documento Programmatico dovranno essere indicate le **modalità** e descritti gli **strumenti** che la Regione intende utilizzare per condurre il monitoraggio.

Le attività di monitoraggio riguardano in particolare la rilevazione, il trattamento e la periodica diffusione di informazioni dettagliate inerenti agli aspetti essenziali per il:

- **monitoraggio finanziario**, relativo allo stato di attuazione finanziaria del Programma
- **monitoraggio fisico**, relativo al livello di realizzazione fisica degli interventi programmati
- **monitoraggio procedurale**, relativo all'efficienza delle procedure di attuazione del Programma.

#### *B5b 1 Monitoraggio finanziario*

I dati finanziari, rilevati a livello di intervento, in corso di attuazione, dovranno essere aggregati a livello di Programma. E' necessario indicare quali sono le modalità con cui autonomamente la Regione raccoglie ed analizza i dati che si riferiscono alla spesa effettivamente sostenuta dai beneficiari finali, cioè dagli organismi responsabili della committenza delle operazioni, e li confronta con le previsioni sull'andamento della spesa relativamente a quel dato intervento contenute nei documenti di programmazione.

Per il monitoraggio finanziario occorre comunque far riferimento al **Modulo C dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome, sancito il 19 dicembre 2002**, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

#### *B5b 2 Monitoraggio fisico*

Il monitoraggio fisico ha lo scopo di fornire informazioni circa l'apertura del cantiere lo stato dei lavori. I dati fisici vengono rilevati a livello di intervento. La rilevazione dovrà essere fatta con riferimento ad un arco di tempo semestrale o annuale, coerentemente con quanto previsto dall' articolato dell'Accordo di programma<sup>11</sup>.

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

#### *B5b 3 Monitoraggio procedurale*

Il monitoraggio procedurale intende verificare l'avanzamento dell'iter procedurale per interventi di una certa complessità e rilevanza strategico- finanziaria, che coinvolgendo più amministrazioni, necessitano di momenti procedurali di raccordo, concertazione e verifica.

Alcuni dei termini procedurali (richiesta dell'ammissione a finanziamento e aggiudicazione dei lavori) sono fissati dall'art. 1, comma 310 della legge n. 266/2005.

<sup>11</sup> decreto ministeriale per hospice e art. 71

***C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO***

**C 1 - Matrice del Quadro Logico**

**C 2 - Analisi S.W.O.T.**

**C 3 - Obiettivi/Indicatori/Interventi**

**C 4 - Sintesi delle informazioni per autovalutazione**

## C. 1 - MATRICE DEL QUADRO LOGICO

LOGICA DI INTERVENTO		INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI	FONTI DI VERIFICA	CONDIZIONI
<b>OBIETTIVI GENERALI</b>	<p>Descrizione degli obiettivi generali ed illustrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della strategia che si intende seguire</li> <li>- della coerenza con altri livelli di Programmazione</li> </ul>	<p>Definizione dei dati quantitativi sui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempi</li> <li>- luoghi</li> <li>- costi</li> <li>- beneficiari</li> <li>- benefici attesi</li> </ul>	<p>Indicano dove e in quale forma sono ricavabili le informazioni sul raggiungimento degli obiettivi (specifici, operativi) dell'intervento</p>	<p>Eventi, decisioni esterni all'azione di programma che incidono sul raggiungimento degli obiettivi programmatici</p>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>Descrizione del soddisfacimento di uno o più bisogni con l'individuazione di obiettivi specifici che definiscono le caratteristiche degli Interventi oggetto dell'Accordo di Programma</p>	<p>Impatto diretto di ogni singolo obiettivo specifico attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analisi costi/benefici,</li> <li>- entità dei benefici,</li> <li>- tempi e qualità degli obiettivi</li> </ul>		
<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<p>Descrizione dei risultati da conseguire nell'ambito della programmazione per raggiungere gli obiettivi specifici</p>	<p>Definizione della dinamica temporale prevista per produrre gli obiettivi operativi</p>		
<b>Interventi</b>	<p>Interventi proposti con il DP, in grado di consentire il successo delle azioni di programma con raggiungimento degli obiettivi operativi</p> <p style="text-align: center;">SCHEDE INTERVENTI</p>	<p>Definizione del Costo Complessivo e dei Costi Unitari di realizzazione</p>		

33

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

Il processo di analisi presuppone il porsi delle domande alle quali dare risposte adeguate. Una possibile traccia schematica è quella che si riporta di seguito.

- **Punti di forza** (*Strengths*): Che vantaggi ho? Che cosa so fare bene? A quali risorse posso aver accesso? Che cosa gli altri concorrenti possono considerare come miei specifici "punti di forza"?
- **Punti di debolezza** (*Weaknesses*): Che cosa possa migliorare concretamente? Che cosa faccio male che altri fanno meglio di me? Che cosa dovrei evitare?
- **Opportunità** (*Opportunities*): Dove sono delle buone opportunità per questo settore/territorio? Quali sono i trends favorevoli in relazione a quanto ho definito come "presupposti" positivi?
- **Rischi** (*Threats*): Che ostacoli ci troviamo ad affrontare? Quali sono le tendenze in relazione a quanto ho definito come "presupposti negativi"?

Il tutto va "condensato" nella matrice che si riporta di seguito.

*Analisi SWOT*

	S. FORZA	W. DEBOLEZZA
INTERNI		
ESTERNI	O. OPPORTUNITÀ	T. RISCHI

### C. 3 - OBIETTIVI/INDICATORI/INTERVENTI

	Obiettivi						Indicatori	
	generali		specifici	Ente attuatore	operativi Interventi	codici	descrizione	Valore atteso
G1		S1						
		S2						
		S3						
		S4						
		S5						
G2		S2						
G3		S4						
		S5						

Nella compilazione della scheda si raccomanda la coerenza con i dati contenuti nelle schede tecniche allegate all'Accordo di Programma (N. scheda, titolo e costo). L'elencazione deve inoltre rispettare la cronologia delle annualità.

## C. 4 - SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER AUTOVALUTAZIONE

### Riferimenti assunti dalla programmazione regionale degli investimenti

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

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

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

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

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

	NOTE
1. Promozione di processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera (Patto per la salute 4.6)	➤
2. Perseguimento di uno standard di posti letto accreditati non superiore a 4,5 pl per 1000 abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. a)	
3. Promozione del passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	
4. Mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. b)	
5. Destinazione delle risorse residue a interventi per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici su interi presidi ospedalieri con numero di posti letto inferiore a 250 per acuti o a 120 per lungodegenza e riabilitazione (Finanziaria 2006, art. 1, comma 285)	➤
6. Destinazione al potenziamento ed ammodernamento tecnologico di una quota minima delle risorse residue pari al 15% (Intesa 23 marzo 2005, art. 10)	➤
7. Innovazione tecnologica delle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e alla terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare (Patto per la salute 4.1)	
8. Sviluppo ed implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello ospedaliero che per il livello territoriale (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. g)	➤
9. Realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino / paziente (Patto per la salute 4.2)	
10. Generalizzazione delle già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Patto per la salute 4.2)	
11. Assicurare adeguati programmi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale extraospedaliera (Intesa 23 marzo 2005, art. 4, lett. c)	
12. Realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (Finanziaria 2006, art. 1, comma 280)	➤
13. Erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, secondo standard di qualità e quantità	
14. Riferimento al set di indicatori concordato tra Ministeri della Salute e dell'Economia e Regioni a partire dal set di indicatori utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (Patto per la salute 2.4)	
15. Disponibilità sul sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità" dei dati relativi agli accordi di programma già sottoscritti nonché da sottoscrivere (Nota prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I. 6 a h dell'8/2/2006)	➤
16. Valutazione della conformità alle disposizioni normative nazionali circa l'utilizzo prioritario delle somme stanziare per gli Accordi di programma	➤

*CORRELAZIONE DELL'ADP CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE*

ATTO CITATO NEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	NOTE
Piano Sanitario Regionale vigente (anni )	
Piano Rete Ospedaliera (anni )	
Piano di rientro (per le Regioni interessate)	
.....	

*CORRELAZIONE DELL'ADP CON I FINANZIAMENTI PRECEDENTI*

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

*OBIETTIVI ED INDICATORI DELL'ADP*

**OBIETTIVI GENERALI DELL'ADP**

OBIETTIVI	
1	
2	
.....	

**OBIETTIVI SPECIFICI DELL'ADP**

OBIETTIVI	
1.1	
.....	
2.1	
.....	

**OBIETTIVI ED INDICATORI DEL NUOVO PROGRAMMA**

OBIETTIVI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI	INDICATORI	PRESENZA NEGLI ACCORDI PRECEDENTI

NOTE (EVENTUALI)

*QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A D P*

<b>ESERCIZIO FINANZIARIO</b>	<b>Stato</b>	<b>Regione</b>	<b>Aziende</b>	<b>Altri Enti</b>	<b>Privati</b>	<b>TOTALE</b>
Anno 2007						
	%	%	%	%	%	100%

*PRESENZA NELL' A D P DI QUOTE DI FINANZIAMENTO PER SPECIFICHE FINALITÀ*

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

*ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI DELL' A D P PER TIPOLOGIE*

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>N° INTERVENTI PER CATEGORIA</b>	<b>LIVELLO DI PROGETTAZIONE</b>				
		<b>Studio di fattibilità</b>	<b>Documento preliminare alla progettazione</b>	<b>Progetto preliminare</b>	<b>Progetto definitivo</b>	<b>Progetto esecutivo</b>
<b>Nuova costruzione</b>						
<b>Ristrutturazione</b>						
<b>Restauro</b>						
<b>Manutenzione</b>						
<b>Completamento</b>						
<b>TOTALE</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>

NOTE

.....  
 .....  
 .....  
 .....

*FABBISOGNO FINANZIARIO PER OBIETTIVI*

OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
<b>Totale</b>						

**NOTE**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

*FABBISOGNO FINANZIARIO PER CATEGORIE*

	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
<b>Ospedali</b>						
<b>Assistenza territoriale</b>						
<b>Assistenza residenziale</b>						
<b>Sistemi informatici</b>						
<b>Apparecchiature</b>						
<b>Altro</b>						
<b>Totale</b>						

**NOTE**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

FABBISOGNO FINANZIARIO PER TIPOLOGIE DI INTERVENTO

	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a) Nuova costruzione						
b) Ristrutturazione						
c) Restauro						
d) Manutenzione						
e) Completamento						
f) Acquisto di Immobili						
g) Acquisto di attrezzature						

NOTE

.....  
 .....  
 .....  
 .....

VERIFICA DELL'ANALISI DI CONTESTO

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

*ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE*

	DATO REGIONALE	DATO NAZIONALE	NOTE
Numero Posti letto per acuti per 1000 abitanti pubblici Privati			
Numero Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti pubblici Privati			
Tasso di ospedalizzazione per acuti			
Mobilità passiva per acuti			
Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 1.000 residenti			
% Anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata			
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti			
Altro.....			

*ANALISI DELL'OFFERTA EX POST PREVISTA A SEGUITO DEGLI INTERVENTI*

	NOTE
Costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di presidi esistenti	
Potenziamento o realizzazione di centri di riferimento	
Riconversione di ospedali ad altre funzioni sanitarie	
Raggiungimento di 250 pl per acuti o 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	
Adeguamento ai requisiti minimi di presidi con meno di 250 pl per acuti o di 120 pl per lungodegenza e riabilitazione	
Posti letto per acuti per 1000 abitanti	
Posti letto per riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti	
Posti in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Posti in centri di riabilitazione residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti	
Altro.....	

## ANALISI DELL'OFFERTA ATTUALE E PREVISTA DI TECNOLOGIE

GRANDI APPARECCHIATURE	OFFERTA ATTUALE	OFFERTA PREVISTA	DATO NAZIONALE
TAC			25,3
RMN			13,5
ACCELERATORE LINEARE			4,6
GAMMA CAMERA			

\* numero apparecchiature per 1.000.000 di residenti

## BIBLIOGRAFIA

- EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE-GENERAL REGIONAL POLICY Thematic development , impact, evaluation and innovative action  
Evaluation and additionality, The New Programming Period 2007-2013
  - Indicative guidelines on evaluation method : monitoring and evaluation indicators / Working Document No. 2 , August 2006
  - Methodological Working Papers- Draft Working Paper on Ex Ante Evaluation, October 2005
  
- Ministero dell'interno / Unione Europea -Valutazione ex ante - P.O.N. "Sicurezza per lo sviluppo del Mezzogiorno d'Italia" 2007-2013, edizioni Esosfera S.p.A. , Aprile 2007
  
- Quaderno del Formez n° 26 "La Programmazione sanitaria , metodologie e strumenti di valutazione per le Regioni e Aziende Sanitarie", Roma, 2005
  
- Sistema Nazionale di Valutazione " Indicazioni per la redazione del rapporto di valutazione ex-ante dei programmi operativi 2007-2013", novembre 2006
  
- SST/ Servizio Sanitario della Toscana "Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana" Report 2006- Management e Sanità- edizioni ETS,Pisa 2007

**ALLEGATO A2**

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI  
SANITARI: PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 67/88**

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI  
ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA: UFFICIO VII**

**MINISTERO DELLA SALUTE  
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE  
E REGIONE \_\_\_\_\_**

**ACCORDO DI PROGRAMMA  
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI  
PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE 67/88**

**VISTO** l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 20 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 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 Salute, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

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

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

**VISTA** legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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

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

**VISTA** la legge 15 maggio 1997, n. 127;

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

44  


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

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

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

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

**VISTA** la 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 169 del 22 luglio 1998;

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

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

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 7.04.2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

**VISTO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002, che di seguito si richiama ai sensi del punto 1 del predetto Accordo;

**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, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";

**VISTO** l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto il \_\_\_\_\_ dal Ministero della Salute e dalla Regione, 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;

**VISTA** la deliberazione CIPE 2 agosto 2002, n. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388), pubblicata su G.U. n. 243 del 16/10/2002 che ha ripartito alle Regioni la somma di € 1.101.886.615,00, attribuendo alla regione \_\_\_\_\_ risorse per € \_\_\_\_\_;

**VISTA** la deliberazione CIPE 20 dicembre 2004, n. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388), pubblicata su G.U. n. 115 del 19/05/2005 che ridetermina in € \_\_\_\_\_

127.797.840,44 la somma riservata dalla citata delibera CIPE 65/2002 agli Enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

**VISTA** 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** la legge finanziaria per il 2007 che ha elevato la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi avviato con l'articolo 20 della L. 67/88 a complessivi 20 miliardi di Euro;

**VISTA** la legge finanziaria per il 2008 che ha ulteriormente elevato la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi avviato con l'articolo 20 della L. 67/88 a complessivi 23 miliardi di Euro;

**PRESO ATTO** che:

- nel presente Accordo una quota pari ad almeno il ....% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa Stato/Regioni del 23/03/2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004;
- nel presente accordo è stata verificata la rispondenza delle risorse impegnate alle indicazioni prioritarie di destinazione delle somme per gli indirizzi strategici indicati nelle sopra richiamate leggi finanziarie per gli esercizi 2007 e 2008;

**ACQUISITO**, nella seduta del \_\_\_\_\_, il parere favorevole del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_;

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

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

**Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Regione \_\_\_\_\_**

**STIPULANO IL SEGUENTE  
ACCORDO DI PROGRAMMA**

 46

**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 a:
2. L'Accordo stralcio è costituito da n. \_\_\_\_\_ interventi facenti parte del programma della Regione.... 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 sono:
  - a) per il Ministero della salute: \_\_\_\_\_ ;
  - b) per il Ministero della economia e delle finanze: \_\_\_\_\_ ;
  - c) per la Regione: \_\_\_\_\_ ;
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 ammonta a € \_\_\_\_\_,00 e concerne € \_\_\_\_\_,00 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € \_\_\_\_\_,00 a carico dello Stato, € \_\_\_\_\_,00 a carico della Regione (almeno il 5%), € \_\_\_\_\_,00 a carico

47  


delle Aziende Sanitarie. Il piano finanziario per esercizio, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

ESERCIZIO FINANZIARIO	FONTE FINANZIARIA			
	STATO	REGIONE	ALTRE RISORSE	TOTALE
<b>TOTALE</b>				

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € \_\_\_\_\_,00 è stato assegnato alla Regione secondo quanto di seguito indicato:
3. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma potrà iscrivere a bilancio nell'esercizio \_\_\_\_\_, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
4. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

#### **Articolo 4**

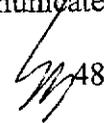
##### ***(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)***

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

#### **Articolo 5**

##### ***(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)***

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita nell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, come integrato dal presente Accordo.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo la Regione inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al 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

 48

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, che potrà avvalersi del parere obbligatoriamente espresso dal Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, 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, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
  - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della normativa europea in materia;
  - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14/1/1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della regione \_\_\_\_\_ o dell'Azienda appositamente delegata, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla legge 492/1993.

#### **Articolo 7** *(Indicatori)*

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

#### **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
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 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 il dott.
- \_\_\_\_\_.

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 la scheda di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

#### **Articolo 10**

##### ***(Soggetto responsabile dell'intervento)***

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

50

**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: \_\_\_\_\_

Il Ministero dell'economia e delle finanze: \_\_\_\_\_

La Regione: \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A3**

**SCHEMA TECNICA PER IL MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE  
DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA: CLASSIFICAZIONE  
ADOTTATA PER LO STATO DEI LAVORI.**

1  
15/17



**GLOSSARIO**  
**ISTRUZIONI DELLA SCHEDA TECNICA ALLEGATA ALL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

**Categoria Intervento**

Categoria per la classificazione sintetica degli obiettivi di un intervento, ripresa da quelle adottate originariamente per l'articolo 20 L. 67/88, alle quali sono stati aggiunti gli hospice. Si compone di una lettera (che generalmente esprime il tipo di assistenza) e di un numero (che esprime il tipo di struttura o il tipo di obiettivo). Fanno eccezione le categorie F e G, utilizzate per programmi di rilevanza nazionale o regionale, e H, relativa agli hospice.

Elenco:

A1	Prevenzione collettiva	Servizi di igiene pubblica
A2	Prevenzione collettiva	I.Z.S.
B1	Servizi territoriali	Distretti
B2	Servizi territoriali	Poliambulatori
B3	Servizi territoriali	Altre strutture
B4	Servizi territoriali	Tecnologie
C1	Residenze sanitarie assistenziali	RSA per Anziani
C2	Residenze sanitarie assistenziali	RSA per Disabili
D1	Ospedali	Opere
D2	Ospedali	Tecnologie
E1	Servizi generali ospedalieri	Messa a norma
E2	Servizi generali ospedalieri	Sistema informativo
E3	Servizi generali ospedalieri	Umanizzazione e comfort
E4	Servizi generali ospedalieri	Altro
F	Progetto di rilievo nazionale	
G	Progetto di rilievo regionale	
H	Hospice	

**Codice Intervento**

E' il codice generato automaticamente dal sistema per identificare in modo univoco un intervento. E' un codice "parlante", che evidenzia le informazioni che contribuiscono all'identificazione. Contiene la codifica della stazione appaltante (in cui compare la regione di appartenenza) e un progressivo assegnato dal sistema nell'ambito della stazione stessa.

**Comune**

Comune italiano nel quale viene realizzato l'intervento. Nel caso di intervento localizzato su più comuni, il Comune è quello indicato come principale dall'Ente Responsabile del Programma (per motivazioni che possono essere esplicitate nella descrizione dell'intervento).

**Costo Complessivo**

Costo dell'Intervento risultante dalla somma degli importi relativi alle diverse voci di spesa.

**Descrizione** consiste in una descrizione sintetica che illustri la finalità dell'intervento, le funzioni sanitarie della struttura ed i contenuti edilizi, impiantistici e tecnologici dell'intervento.

**Finanziamento Statale**

Assegnazione finanziaria a carico dello Stato relativa ad un determinato intervento, afferente ad una specifica Linea di Investimento. Uno stesso intervento può beneficiare di più Finanziamenti Statali, a carico di una o più Linee di Investimento.

**Fonte di Finanziamento**

Soggetto finanziatore di investimenti sul patrimonio del SSN.

Può assumere i seguenti valori: Stato, Regione, Ente appaltante, Altro Ente Pubblico, Privato.

**Importo finanziamenti pregressi:** in questo campo saranno indicati gli eventuali finanziamenti derivanti da programmi precedenti che cofinanziano l'intervento.

#### **Intervento**

Azione finanziabile dallo Stato per la quale sono definiti gli obiettivi di funzionalità sanitaria e/o di riqualificazione edilizia – tecnologica, da conseguire attraverso progetti coerenti con gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, e per i quali sono assegnate le risorse finanziarie necessarie.

#### **Sede di Erogazione di un Intervento**

Sede di erogazione di prestazione sanitarie presso la quale è realizzato l'intervento.

#### **Soggetto Responsabile**

Persona fisica responsabile del procedimento associato ad un Intervento, o comunque indicata come responsabile dell'attuazione di un Intervento.

#### **Stato Progettazione**

Livello di progettazione disponibile al momento dell'inserimento di un Intervento in un Atto.

#### **Stazione Appaltante**

Ente che provvede alla realizzazione di un intervento, designando i soggetti preposti alla sua attuazione (responsabile del procedimento, direttore dei lavori) e affidando le forniture di lavori, di beni e di servizi.

#### **Tipo Intervento**

Natura edilizia dell'Intervento, determinata sulla base di quanto definito dal Testo Unico dell'Edilizia (D.P.R. 380/2001) o dalla vigente normativa in materia di appalti pubblici.

Elenco:

- a. Nuova costruzione
- b. Ristrutturazione
- c. Restauro
- d. Manutenzione
- e. Completamento
- f. Acquisto di immobili
- g. Acquisto di attrezzature

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO B°**

L'introduzione del modello B° è finalizzata ad inserire nel sistema "Osservatorio", in maniera riassuntiva, i dati relativi alle liquidazioni effettuate prima del 31 dicembre 2007.

L'inserimento dei dati storici relativi alle erogazioni dovrà essere effettuato per ciascun intervento, già ammesso a finanziamento, per il quale sia già stata effettuata, prima del 31 dicembre 2007, almeno un'erogazione da parte del ministero dell'Economia e delle Finanze o del Ministero della Salute per quanto concerne i finanziamenti di cui all'art. 71 della l. 448/1998 e al D. Lgs. 450/1998 convertito dalla l. 39/1999.

Per ciascuno degli interventi finanziati su più linee di investimento si inseriranno tanti modelli B° quante sono le quote finanziarie statali per l'intervento medesimo.

Per ragioni di semplificazione e di economia, l'immissione dei dati relativi alle richieste per le erogazioni pregresse avverrà con modalità analoghe a quelle previste per le richieste correnti, utilizzando il medesimo modello di immissione dati, con le seguenti avvertenze:

- a) le richieste riassuntive, relative alla somma delle liquidazioni avvenute a seguito di provvedimenti precedenti al 31 dicembre 2007, dovranno essere compilate utilizzando sul sistema Osservatorio il "Modulo B°";
- b) i valori visualizzati sul modulo B° avranno valore convenzionale, e in particolare il sistema comunque proporrà pari a 0 sia l'"Importo a carico dello Stato già liquidato" sia l'"Importo in corso di liquidazione", mentre nel campo "Importo di liquidazione richiesto" dovrà essere inserita la somma di tutti gli importi già liquidati prima del 31 dicembre 2007;
- c) nel campo "Estremi dell'atto giustificativo" del Modulo B° dovrà essere inserita un'annotazione riassuntiva sugli atti giustificativi che hanno accompagnato le richieste pregresse (ad es. "SAL dal 1° all'n-esimo", "Anticipazioni dal semestre X al semestre Y");
- d) nel campo "data di riferimento" dovrà essere inserita la data del 31 dicembre 2007;
- e) all'inserimento dei moduli B° sul sistema "Osservatorio" seguirà la gestione, da parte dei Ministeri competenti, dei corrispondenti Decreti di Liquidazione Fondi (DLF°), che avranno valore convenzionale, in quanto i provvedimenti di erogazione sono già stati emessi;
- f) le operazioni di validazione dei moduli B° e dei corrispondenti Decreti di Liquidazione Fondi (DLF°) sono finalizzate al rilascio dei dati agli utenti abilitati alla loro visualizzazione. L'immissione dei moduli B° e l'emissione dei Decreti di Liquidazione Fondi DLF° avranno valore ai soli fini del funzionamento del sistema "Osservatorio", fermo restando che ai fini delle verifiche contabili hanno rilievo gli atti cartacei pregressi.

Le richieste di liquidazione già presentate dalle regioni alle quali non sia seguito provvedimento di erogazione antecedente al 31 dicembre 2007 dovranno essere inserite con le ordinarie modalità previste per i moduli B.