

REGIONE
PIEMONTE

*Ministero dell'Economia
e delle Finanze*

*Ministero dell'Istruzione,
Università e Ricerca Scientifica*

**INTESA ISTITUZIONALE DI PROGRAMMA
TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA
E LA REGIONE PIEMONTE**

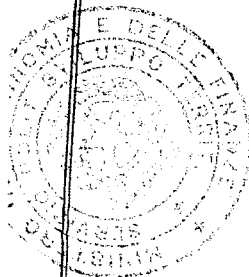
**ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO
PER PROGRAMMI REGIONALI
IN MATERIA DI SALUTE PUBBLICA**

La presente copia, composta di n. 29
fogli, è conforme all'originale esistente presso
questo ufficio.

Roma, li 20 maggio 2006

Giuseppe Scattolon

Roma, Maggio 2006



[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

PREMESSE

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

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

VISTA la legge 11 febbraio 1994, n. 109, in materia di lavori pubblici e successive modificazioni ed integrazioni;

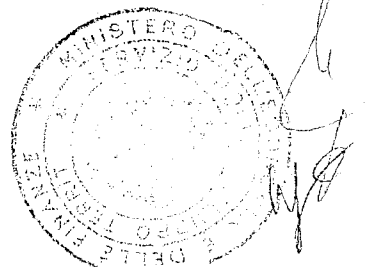
VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 21 dicembre 1999, n. 554 recante Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici dell'11 febbraio 1994, n. 109 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni recante Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto d'accesso ai documenti amministrativi;

VISTO il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 recante Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali;

VISTA la legge 15 marzo 1997, n. 59 e successive modificazioni ed integrazioni recante Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed agli enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni ed integrazioni recante Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo;



VISTA la legge 23 maggio 1997, n. 135 di conversione, con modificazioni, del Decreto Legge 25 marzo 1997, n. 67 recante Disposizioni urgenti per favorire l'occupazione;

VISTO l'articolo 4 della legge 17 maggio 1999, n. 144, che disciplina gli Studi di fattibilità delle amministrazioni pubbliche e progettazione preliminare delle amministrazioni regionali e locali;

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 recante Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367 e successive modificazioni ed integrazioni, concernenti Regolamento recante semplificazione e accelerazione della procedura di spese contabili;

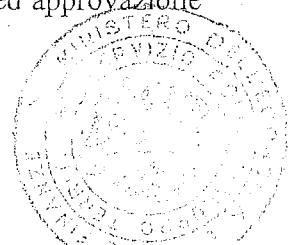
VISTO l'articolo 15, comma 4, del decreto legge 30 gennaio 1998, n. 6, convertito con modificazioni, dalla legge 30 marzo 1998, n. 61, che integra l'articolo 2, comma 203, lett. b), della legge 23 dicembre 1996, n. 662 che regola la programmazione negoziata, e l'articolo 10, comma 5 del DPR 20 aprile 1994, n. 367 recante disposizioni per le contabilità speciali;

VISTA l'Intesa Istituzionale di Programma tra il Presidente del Consiglio dei Ministri e il Presidente della Regione Piemonte sottoscritta il 22 marzo 2000 con la quale sono individuati i settori di intervento da attuarsi mediante la stipula di Accordi di Programma Quadro;

VISTA la delibera del CIPE 21 marzo 1997, concernente la disciplina della programmazione negoziata ed in particolare il punto 1. sull'Intesa Istituzionale di Programma nel quale, alla lettera b), è previsto che gli accordi di programma quadro da stipulare dovranno coinvolgere nel processo di negoziazione gli organi periferici dello Stato, gli enti locali, gli enti sub-regionali, gli enti pubblici ed ogni altro soggetto pubblico e privato interessato al processo e contenere tutti gli elementi di cui alla lettera c), comma 203, dell'articolo 2 della legge n. 662/1996;

VISTA la delibera CIPE del 25 Maggio 2000, n. 44, "Accordi di Programma Quadro – Gestione degli interventi tramite applicazione informatica";

VISTA la delibera CIPE del 2 agosto 2002, n. 76, concernente "Accordi di programma quadro. Modifica scheda-intervento di cui alla Delibera n. 36 del 2002 ed approvazione schede di riferimento per le procedure di monitoraggio";



VISTA la Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di Programma quadro emanata dal Servizio per le Politiche di Sviluppo Territoriale e le Intese e trasmessa alle Amministrazioni regionali con nota n. 0032538 del 9 ottobre 2003;

VISTA la delibera CIPE del 27 maggio 2005, n. 35, "Ripartizione delle risorse per interventi nelle aree sottoutilizzate – rifinanziamento legge 208/1998 per il triennio 2006/2008 (legge finanziaria 2005)", che stabilisce che la quota di risorse aree sottoutilizzate assegnate alla Regione Piemonte ammonta a € 78.679.233;

VISTO il punto 4.4 della medesima delibera CIPE n.35/2005 che stabilisce che una quota massima del 3% delle risorse ripartite può essere utilizzata per il finanziamento di studi di fattibilità relativi ad interventi da inserire nei Piani triennali predisposti dai soggetti attuatori ai sensi dell'articolo 14 della legge n.109/1994 (legge Merloni), ovvero di studi di fattibilità attinenti a Programmi regionali di intervento;

VISTA la nota della Direzione Regionale n. 6890 del 2 Dicembre 2005 con la quale si manifestava l'interesse ad indirizzare tali studi nel campo dei programmi integrati in materia di salute pubblica, intesa nella sua accezione più ampia, e che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica (MIUR) ha espresso il proprio assenso con nota n. 14925 del 22 Dicembre 2005;

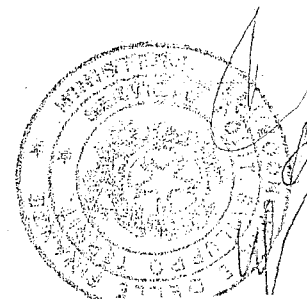
VISTO il Documento Strategico Preliminare della Regione Piemonte 2007-2013, approvato dal Consiglio Regionale il 1 Agosto 2005, che individua gli assi strategici, gli obiettivi e le priorità d'intervento per la politica di coesione;

VISTA la proposta del Piano sanitario regionale, adottata dalla Giunta regionale il 3 aprile 2006, relativa allo sviluppo della ricerca in materia di salute pubblica in un'ottica interdisciplinare con l'intento di dare un nuovo ruolo alla sanità come motore di sviluppo regionale;

VISTO il Documento programmatico per un nuovo Piano Territoriale Regionale (2005), adottato dalla Giunta regionale con due deliberazioni: il 14 novembre 2005 con DGR n. 30-1375 e il 13 dicembre 2005 con DGR n. 17 - 1760;

VISTO che la Regione Piemonte con provvedimenti GR n. 3 - 1683 del 5 dicembre 2005 e 46 - 2423 del 20 marzo 2006 ha provveduto a destinare tali risorse a studi di fattibilità per programmi integrati sulla ricerca;

VISTO che con nota n. 6890 del 2.12.2005 è stato manifestato, da parte della Regione, l'interesse ad indirizzare tali risorse a programmi integrati in materia di salute pubblica, intesa nella sua accezione più ampia e che il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica (MIUR) ha espresso il proprio assenso con nota n. 14925 del 22 dicembre 2005;



VISTO che, a seguito di successivi approfondimenti , è emersa la volontà della Giunta regionale di indirizzare le risorse su cinque possibili programmi, così come illustrati in dettaglio nella relazione tecnica;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 81-2955 del 22 maggio 2006 che approva il presente Accordo di programma quadro e incarica il dott. Valter Galante per la sottoscrizione dello stesso, autorizzandolo ad apportare tutte le modifiche che si renderanno necessarie;

il Ministero dell'Economia e delle Finanze

il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

la Regione Piemonte

STIPULANO

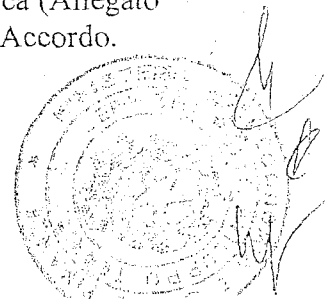
IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO
PER LA PROGRAMMI REGIONALI
IN MATERIA DI SALUTE PUBBLICA

Articolo 1 - Recepimento delle premesse

1. Le premesse di cui sopra e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente Accordo di Programma Quadro.

Articolo 2 - Finalità ed obiettivi

1. Il presente Accordo di Programma Quadro, di seguito denominato Accordo, costituisce strumento attuativo dell'Intesa Istituzionale di Programma sottoscritta il 22 marzo 2000 dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Presidente della Regione Piemonte. Esso è finalizzato alla promozione di Programmi regionali in materia di salute pubblica, illustrati in dettaglio nella Relazione Tecnica (Allegato 1) e nelle schede intervento (Allegato 2) , parti integranti del presente Accordo.



Articolo 3 - Programma attuativo e costo degli interventi

1. L'Accordo è costituito da n.1 intervento, elencato nella successiva Tabella 1 e descritto nella Relazione tecnica predisposta dalla Regione e nella scheda intervento redatta ai sensi della delibera del CIPE n. 76 del 2 agosto 2002 e secondo le modalità previste dalla Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di Programma quadro, citata in premessa.
2. La scheda intervento riporta l'indicazione dei soggetti pubblici attuatori, che saranno successivamente indicati dal soggetto proponente.
3. La scheda intervento fornisce inoltre l'indicazione relativa al soggetto responsabile dell'intervento, ai contenuti progettuali, al costo complessivo, al fabbisogno finanziario ed alla sua articolazione nel tempo, con individuazione delle relative fonti di copertura, all'impegno finanziario di ciascun soggetto, ai tempi di attuazione, ed alle procedure tecnico/amministrative necessarie per l'attuazione degli interventi, con l'eventuale individuazione di termini ridotti.

Tab. 1 – Intervento finanziato

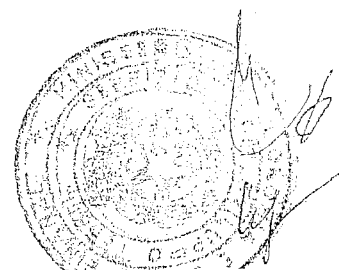
| Denominazione Intervento | Euro |
|---|--------------|
| Programmi regionali in materia di salute pubblica | 4.977.425,74 |

Articolo 4 - Flusso informativo

1. I soggetti sottoscrittori del presente APQ si impegnano a dar vita ad un flusso informativo sistematico e costante al fine di consolidare un processo stabile di concertazione e condivisione dei reciproci programmi di attività relativamente all'ambito territoriale interessato. Lo scambio di informazioni avverrà in coincidenza con il monitoraggio di cui al successivo articolo 6, comma 1, lettera d).

Articolo 5 - Quadro finanziario degli interventi

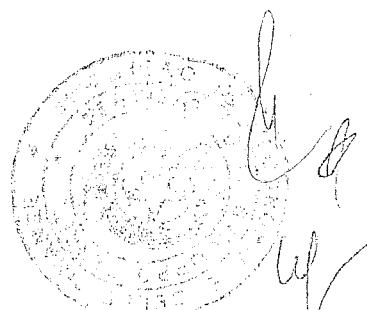
1. Il costo complessivo dell'intervento attivato con il presente Accordo di programma quadro ammonta ad euro 4.977.425,74.
2. La copertura finanziaria dell'intervento contemplato nel presente Accordo è la seguente:



Tab. 2 – Fonti finanziarie

| FONTE | Valori in euro |
|---|---------------------|
| Delibera CIPE 35/2005 – Quota D4 | 2.360.376,99 |
| Totale STATO | 2.360.376,99 |
| L.R. 21 aprile 2006 n. 15, capitolo 27851 | 2.617.048,75 |
| Totale REGIONE | 2.617.048,75 |
| TOTALE | 4.977.425,74 |

3. La disponibilità delle risorse a valere sulla Delibera n. 35/2005 è vincolata al rispetto dei criteri delineati al punto 7.7 della medesima delibera. In particolare, qualora eventuali decurtazioni da parte del CIPE conseguenti al mancato impegno delle risorse, mediante obbligazioni giuridicamente vincolanti dei beneficiari finali entro il 31 dicembre 2008, dovessero ridurre la disponibilità effettiva delle risorse finanziarie dei singoli interventi, all'interno della procedura di monitoraggio si potrà procedere all'integrazione delle risorse ovvero alla sospensione dell'intervento.
4. La procedura di trasferimento delle risorse finanziarie di cui alla Delibera CIPE n. 35/2005 avverrà nel rispetto dei limiti delle autorizzazioni annuali di stanziamento; in particolare il trasferimento delle annualità 2005 e 2006 verrà disposto in un'unica soluzione dal Servizio per le Politiche di Sviluppo Territoriale entro 120 giorni dalla data di stipula, previa disponibilità di cassa.
5. I trasferimenti delle quote di competenza per gli anni 2007 e 2008 della citata Delibera CIPE n. 35/2005 sono subordinati alla chiusura dei monitoraggi all'anno precedente.
6. La gestione finanziaria degli interventi può attuarsi secondo le procedure e le modalità previste dall'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367, secondo quanto disposto dall'art. 15, comma 4, del decreto legge 30 gennaio 1998, n. 6, convertito con modificazioni, nella legge 30 marzo 1998, n. 61.
7. Le eventuali economie di spesa derivanti da ribassi d'asta nella realizzazione degli interventi previsti dal presente Accordo sono riprogrammate con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, dell'Intesa Istituzionale di Programma.
8. Nel caso in cui, per ragioni sopravvenute, uno o più degli interventi previsti dal presente Accordo non siano realizzabili, si applicano le disposizioni concernenti la riprogrammazione, revoca o rimodulazione degli interventi, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Istituzionale di Programma.



Articolo 6 - Impegni dei soggetti sottoscrittori

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma Quadro si impegnano, nello svolgimento dell'attività di propria competenza:
 - a) a rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento allegate al presente Accordo di Programma Quadro;
 - b) ad utilizzare forme di immediata collaborazione e di stretto coordinamento, con il ricorso, in particolare, laddove sia possibile, agli strumenti di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo previsti dalla vigente normativa;
 - c) a stipulare gli atti convenzionali che regolano le procedure amministrative e finanziarie necessarie all'attuazione del presente Accordo;
 - d) a procedere con periodicità semestrale al monitoraggio ed alla verifica dell'Accordo e, se necessario, a proporre gli eventuali aggiornamenti al soggetto responsabile dell'attuazione di cui al successivo articolo 7, secondo le disposizioni della Delibera Cipe n. 76/02 e le modalità previste dalla Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di programma quadro citata nelle premesse;
 - e) ad attivare ed utilizzare a pieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo, per la realizzazione delle diverse attività e tipologie di intervento;
 - f) a rimuovere, in ognuna delle fasi del procedimento di realizzazione degli interventi, gli eventuali ostacoli, accettando, in caso di inerzia, ritardo o inadempienza, l'intervento sostitutivo dell'autorità competente individuata, per ogni intervento, ai sensi del successivo articolo 9;

Articolo 7 - Soggetto Responsabile dell'attuazione dell'Accordo

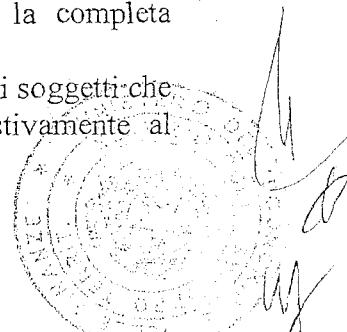
1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale Responsabile dell'Accordo Dott. Valter Galante, Responsabile Settore Statistico, Direzione Programmazione e Statistica della Regione Piemonte.
2. Il responsabile dell'Accordo ha il compito di:
 - a) rappresentare in modo unitario gli interessi dei soggetti sottoscrittori;
 - b) governare il processo complessivo di realizzazione degli interventi ricompresi nell'Accordo;
 - c) promuovere, di concerto con i responsabili dei singoli interventi, le eventuali azioni e iniziative necessarie a garantire il rispetto degli impegni e degli obblighi dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo;
 - d) nel corso dell'istruttoria dell'Accordo e nei monitoraggi semestrali, da effettuarsi secondo le modalità indicate nella Circolare sul monitoraggio degli APQ citata in premessa, coordinare la raccolta dei dati effettuata dai Responsabili di intervento e verificare la completezza e la coerenza dei dati delle schede intervento, così come l'assenza per le stesse di codici di errore nell'applicativo informatico per il monitoraggio degli Accordi di Programma Quadro (di seguito denominato "Applicativo Intese") del Ministero dell'Economia e delle Finanze.



- e) nel corso dei monitoraggi semestrali, ed in particolare nella iniziale fase di aggiornamento delle schede intervento, comunicare al Ministero dell'Economia e delle Finanze – Servizio per le politiche di sviluppo territoriale e le Intese la lista degli interventi per i quali siano intervenute modifiche rispetto all'ultima versione monitorata, come indicato al par. 4.2 della Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di programma quadro citata in premessa, modifiche da illustrare in dettaglio all'interno del relativo rapporto di monitoraggio;
- f) nel corso dei monitoraggi semestrali, assicurare il completo inserimento dei dati delle schede-intervento rispettivamente entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno;
- g) inviare al Servizio per le politiche di sviluppo territoriale e le Intese entro il 28 Febbraio e il 30 Settembre di ogni anno - a partire dal primo semestre successivo alla stipula dell'APQ - il Rapporto di monitoraggio sullo stato di attuazione dell'APQ, redatto ai sensi della delibera CIPE 76/2002 e secondo le modalità previste dalla Circolare sulle procedure di monitoraggio degli Accordi di programma quadro citata in premessa, da trasmettere successivamente al Comitato Paritetico di Attuazione;
- h) assegnare, in caso di ritardo, inerzia o inadempimenti, al soggetto inadempiente un congruo termine per provvedere, decorso inutilmente tale termine, e segnalare l'inadempienza al Comitato Paritetico di Attuazione per le necessarie valutazioni.

Articolo 8 - Responsabile del singolo intervento

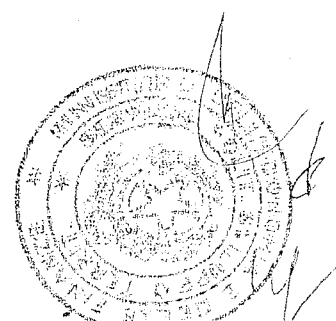
1. Per ogni intervento viene indicato nelle apposite schede (Allegato 2) il "Responsabile di intervento", che nel caso di lavori pubblici corrisponde al soggetto già individuato come "Responsabile unico di procedimento" ai sensi del DPR 554/1999 e successive modificazioni;
2. Ad integrazione delle funzioni previste come responsabile di procedimento dall'art. 8 del DPR 554/1999 e successive modificazioni, il Responsabile di Intervento ai fini dell'APQ svolge nel corso dei monitoraggi semestrali i seguenti compiti:
 - a) pianificare il processo operativo teso alla completa realizzazione dell'intervento attraverso la previsione dei tempi, delle fasi, delle modalità e dei punti-cardine, adottando un modello metodologico di pianificazione e controllo riconducibile al project management;
 - b) organizzare, dirigere, valutare e controllare l'attivazione e la messa a punto del processo operativo teso alla completa realizzazione dell'intervento;
 - c) raccogliere ed immettere nell'Applicativo Intese i dati delle schede intervento e rispondere della loro veridicità;
 - d) verificare la veridicità delle informazioni contenute nelle singole schede intervento e l'attuazione degli impegni assunti, così come porre in essere tutte le azioni opportune e necessarie al fine di garantire la completa realizzazione dell'intervento nei tempi previsti;
 - e) monitorare costantemente l'attuazione degli impegni assunti dai soggetti che hanno sottoscritto le schede intervento, segnalando tempestivamente al



- Responsabile dell'APQ gli eventuali ritardi e/o ostacoli tecnico-amministrativi che ne dilazionano e/o impediscono l'attuazione
- f) trasmettere al responsabile dell'APQ la scheda intervento unitamente ad una relazione esplicativa contenente la descrizione dei risultati conseguiti, le azioni di verifica svolte, l'indicazione di ogni eventuale ostacolo amministrativo, finanziario o tecnico che si frapponga alla realizzazione dell'intervento e la proposta delle relative azioni correttive, nonché ogni altra informazione richiesta dal Responsabile dell'APQ;
 - g) fornire al responsabile dell'attuazione dell'Accordo ogni altra informazione necessaria, utile a definire lo stato di attuazione dell'intervento

Articolo 9 - Poteri sostitutivi in caso di inerzie, ritardi e inadempienze

1. L'esercizio dei poteri sostitutivi si applica in conformità con quanto previsto dall'ordinamento vigente.
2. L'inerzia, l'omissione e l'attività ostantiva riferite alla verifica e al monitoraggio da parte dei soggetti responsabili di tali funzioni costituiscono agli effetti del presente Accordo, fattispecie di inadempimento.
3. Nel caso di ritardo, inerzia o inadempimenti, il Responsabile dell'Accordo di Programma Quadro invita il soggetto al quale il ritardo, l'inerzia o l'inadempimento sono imputabili, ad assicurare che la struttura da esso dipendente adempia entro un termine prefissato.
4. Il soggetto sottoscrittore cui è imputabile l'inadempimento è tenuto a far conoscere, entro il termine prefissato dal Responsabile dell'Accordo, le iniziative a tal fine assunte ed i risultati conseguiti.
5. In caso di ulteriore inottemperanza, il Responsabile dell'Accordo invia gli atti, con relazione motivata, al Comitato Paritetico di Attuazione, previsto all'art. 8 dell'Intesa Istituzionale di Programma, formulando, se del caso, una proposta delle misure da adottare in via sostitutiva, nel rispetto delle normative vigenti per gli organismi coinvolti.
6. Il Comitato Paritetico di Attuazione propone al Comitato Istituzionale di Gestione dell'Intesa, per la relativa decisione, le misure più efficaci da adottare in relazione agli accertati inadempimenti, nel rispetto delle normative vigenti per gli organismi coinvolti.
7. Il Comitato Istituzionale di Gestione può adottare le misure individuate dal Comitato Paritetico di Attuazione o le altre che ritenesse più opportune per risolvere le inottemperanze prospettate, nel rispetto delle normative vigenti per gli organismi coinvolti, ivi compresa la modifica o la ridefinizione degli interventi previsti nel presente Accordo e la riprogrammazione delle relative risorse.
8. La revoca del finanziamento non pregiudica l'esercizio di eventuali pretese risarcitorie nei confronti del soggetto cui sia imputabile l'inadempimento per i danni arrecati. Ai soggetti che hanno sostenuto oneri in conseguenza diretta dell'inadempimento contestato compete comunque l'azione di ripetizione degli oneri medesimi.

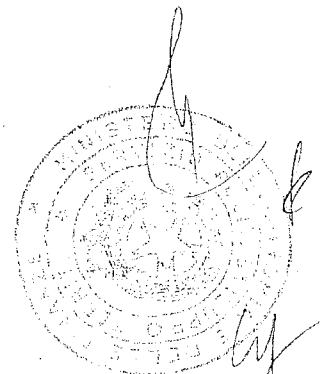


**Articolo 10 - Procedimenti di conciliazione o definizione di conflitti tra i
soggetti partecipanti all'Accordo**

1. In caso di insorgenza di conflitti, tra due o più soggetti partecipanti all'Accordo sottoscritto, in merito alla interpretazione ed attuazione dello stesso, il Comitato Paritetico di Attuazione, su segnalazione del Responsabile dell'Accordo Quadro, ovvero su istanza di uno dei soggetti interessati dalla controversia, ovvero anche d'ufficio, convoca le parti in conflitto per l'esperimento di un tentativo di conciliazione.
2. Qualora in tale sede si raggiunga un'intesa idonea a comporre il conflitto, si redige processo verbale nel quale sono riportati i termini della conciliazione. La sottoscrizione del verbale impegna i firmatari all'osservanza dell'accordo raggiunto.
3. Qualora, invece, le controversie permangano, il Comitato Paritetico di Attuazione rimette la questione al Comitato Istituzionale di Gestione.

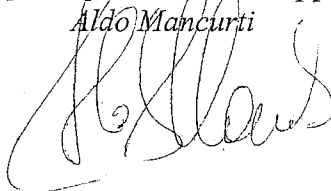
Articolo 11 - Disposizioni generali

1. Il presente Accordo di Programma Quadro è vincolante per tutti i soggetti sottoscrittori.
2. Previa approvazione del Comitato Istituzionale di Gestione, possono aderire all'Accordo stesso altri soggetti pubblici e privati rientranti tra quelli individuati alla lettera b) del punto 1.3 della delibera CIPE 21 marzo 1997 n. 29, la cui partecipazione sia rilevante per la compiuta realizzazione dell'intervento previsto dal presente Accordo. L'adesione successiva determina i medesimi effetti giuridici della sottoscrizione originale.
3. L'Accordo ha durata fino al completamento delle opere, è prorogabile e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei partecipanti in conformità ai principi di verifica e aggiornamento dell'Intesa, previa approvazione da parte del Comitato Istituzionale di Gestione.
4. Qualora l'ipadempimento di una o più delle parti sottoscrittrici comprometta l'attuazione di un intervento previsto nell'Accordo Quadro, sono a carico del soggetto inadempiente le spese sostenute dalle altre parti per studi, piani, progetti e attività poste in essere al fine esclusivo di mantenere gli impegni assunti con l'Accordo stesso.
5. Alla scadenza dell'Accordo, ovvero allorquando se ne presenti la necessità, il Comitato Paritetico di Attuazione, su segnalazione del Responsabile dell'Accordo, è incaricato della risoluzione delle eventuali incombenze derivanti dalla sussistenza di rapporti pendenti e di attività non ultimate.



Roma li, 30 maggio 2006

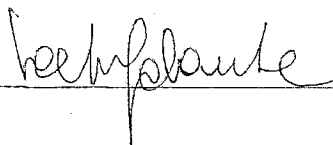
Ministero dell'Economia e delle Finanze
Il Direttore del Servizio per le politiche di sviluppo territoriale e le Intese
Aldo Mancurti

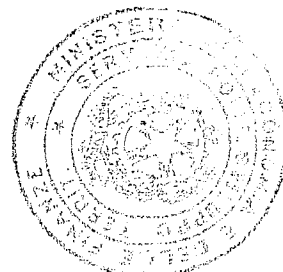


Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Il Responsabile della Direzione Generale per il Coordinamento
e lo Sviluppo della Ricerca - Ufficio VI
Fabrizio Cobis



Regione Piemonte
Il Responsabile del Settore Statistico
Direzione Programmazione e Statistica
Valter Galante



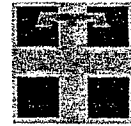




*Ministero dell'Economia
e delle Finanze*



*Ministero dell'Istruzione,
Università e Ricerca Scientifica*



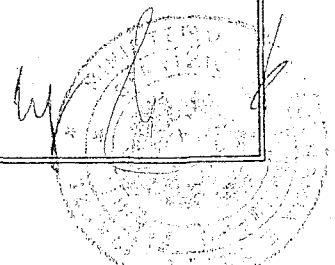
**REGIONE
PIEMONTE**

**INTESA ISTITUZIONALE DI PROGRAMMA
TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA
E LA REGIONE PIEMONTE**

ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO
PER PROGRAMMI REGIONALI
IN MATERIA DI SALUTE PUBBLICA

ALLEGATO 1 - RELAZIONE TECNICA

Roma, Maggio 2006



ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO
PER PROGRAMMI REGIONALI
IN MATERIA DI SALUTE PUBBLICA

RELAZIONE TECNICA

1. Gli obiettivi dell'Accordo

Con questo Accordo di programma quadro si intende promuovere la realizzazione di Programmi regionali sulla salute pubblica che valorizzino le risorse scientifiche, accademiche e imprenditoriali presenti in Piemonte e che contribuiscano allo sviluppo economico e sociale delle regione. Il tema della tutela della salute pubblica è, fra tutti quelli in cui l'azione pubblica può essere esercitata, senz'altro quello che meglio caratterizza una società avanzata.

La Regione Piemonte è fra quelle in cui tale tema è stato, da sempre, maggiormente sentito e nelle quali dunque più attento, capillare e anticipatore è stato il suo intervento.

D'altra parte, come noto, gli interventi in questo tipo di materie (che coinvolgono interessi primari per i cittadini e che comportano il sostenimento di relevantissimi costi) necessitano di integrazione e coordinamento con quelli che pure lo Stato, per vocazione irrinunciabile, non può omettere di garantire.

Uno degli strumenti mediante il quale tale coordinamento può realizzarsi è quello delle Intese istituzionali di programma fra il Governo e le singole Regioni; Intese, a loro volta, generatrici di Accordi di programma quadro.

La Regione Piemonte ha messo a frutto lo strumento della programmazione negoziata attivando politiche proprie con fondi di provenienza nazionale ed europea. Basti pensare agli interventi in tema di riqualificazione urbana e sviluppo rurale nonché a quelli finalizzati alla promozione di programmi integrati di sviluppo locale.

E' in quest'ottica e nel puntuale rispetto di queste finalità che appare oggi opportuno **promuovere e sostenere programmi regionali su interventi di carattere strategico per permettere al sistema socio-sanitario locale di affrontare in maniera integrata e consapevole le responsabilità di carattere economico, organizzativo e scientifico che la interpellano nel prossimo futuro.**

2. Le tipologie di interventi finanziabili

Il termini di incidenza sul totale della spesa regionale (circa l'80%), il settore della Sanità pubblica rappresenta la principale impresa della Regione Piemonte, in progressiva crescita. I fattori endogeni dell'aumento della spesa sanitaria sono rappresentati principalmente da cinque fattori:

- ✓ Il **progresso tecnologico**, che in medicina non accompagna quasi mai la sconfitta di una patologia, ma più spesso migliora le performance diagnostiche e terapeutiche, aumentando quindi, se si considera la natura labour intensive dei processi di innovazione in sanità, la spesa complessiva.



- ✓ I **cambiamenti epidemiologici** non riconducibili al semplice invecchiamento della popolazione, che si manifestano attraverso la cronicizzazione di patologie un tempo mortali come, per esempio, il diabete.
- ✓ La modifica degli **equilibri demografici** – invecchiamento della popolazione – e sociali – famiglie meno numerose, occupazione femminile, urbanizzazione e impoverimento delle relazioni sociali, pressione migratoria – , che comportano un aumento nella richiesta di assistenza sanitaria da parte di anziani, disabili, bisognosi.
- ✓ L'ampliamento della **nozione di salute** e la medicalizzazione di aspetti della vita un tempo non affidati alla sanità come il parto, l'ansia, l'eccesso di peso.
- ✓ La deontologia ippocratica e la presenza di forti **asimmetrie informative** fra medico e paziente che tendono a comportare una sovra-prescrizione strutturale di servizi sanitari.

Se molto spesso la spesa del SSN viene considerata per queste ragioni un peso incontrastabile, è pur vero che può essere osservata come una grande **opportunità di creare valore per l'industria della sanità**, il cui sviluppo può e deve essere motore di crescita economica per il territorio. Per governare tale processo di **riqualificazione del settore**, e quindi dell'insieme di interventi a tutela della salute pubblica, occorre adottare un approccio sistemico, interdisciplinare e integrato che trascenda dai confini strettamente medico-ospedalieri.

1. **Sistemico** significa promuovere la consapevolezza delle **ricadute socio-sanitarie di ogni iniziativa di carattere politico** che oltrepassi una soglia minima di rilevanza, incoraggiarne la valutazione e la tempestiva prevenzione-amministrazione, e, viceversa, delle implicazioni e delle motivazioni economico-politiche delle scelte in materia di sanità pubblica;
2. **Interdisciplinare** significa incoraggiare il **dialogo tra diverse discipline**, in particolare medicina, biologia, economia, diritto, ingegneria – dei sistemi, dei materiali, delle telecomunicazioni – ciascuna complementare all'altra nel processo di innovazione del sistema verso un obiettivo di riqualificazione dell'industria sanitaria sopra citato;
3. **Integrato** significa riconoscere e **ri-organizzare nella filiera del servizio socio-sanitario** il contributo dei vari attori pubblici e privati che la abilitano, in una logica in cui non è il cittadino a dover scuotere il sistema per ricevere assistenza, bensì è il sistema composito che si rimodella, grazie all'integrazione di tecnologie e logiche organizzative avanzate, al servizio delle sue particolari esigenze.

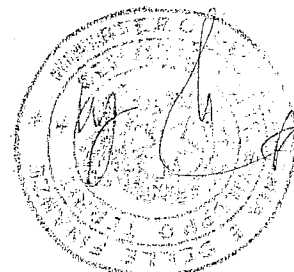
Appare chiaro quindi che la regione non soffre di carenze strutturali, bensì organizzative e conoscitive. Gli interventi in opere pubbliche che la Regione Piemonte intende considerare promuovendo questi programmi regionali non sono destinati a sanare un circoscritta domanda di strutture e strumentazioni, bensì a predisporre gli **strumenti immateriali – ricerca, formazione, reti di conoscenza** – in grado di anticiparla e governarla con efficienza, intelligenza, equità distributiva.



Tali interventi verranno selezionati sulla base delle seguenti aree tematiche, corrispondenti a Programmi regionali in materia di salute pubblica:

1. **Scuola di Governo**, nella provincia di Vercelli, concepita come un centro di formazione e ricerca di livello internazionale, in grado di raccogliere e offrire ai propri studenti-ricercatori i contributi provenienti da esperti e professionisti internazionali della politica e dell'amministrazione pubblica e in cui si cercheranno **modelli di governance capaci di esplicitare la relazione complessa e nevralgica esistente tra salute e sviluppo, e indicatori in grado di valutarne e monitorarne proattivamente l'effetto**. Le procedure di informatizzazione dei servizi sanitari saranno uno dei pilastri su cui si svilupperanno sistemi di **e-government**. Si potrà inoltre sviluppare l'alta formazione nella gestione del sistema sanitario regionale sia per gli aspetti amministrativi che di direzione sanitaria.

2. **Cittadella Politecnica sui materiali polimerici** nella provincia di Alessandria. Lo studio dei materiali polimerici (volgarmente plastiche, gomme, tessuti sintetici, ecc.) gioca un ruolo fondamentale e interdisciplinare nella cura della salute, a partire dalla prevenzione delle patologie derivate dal consumo quotidiano delle materie plastiche durante tutte le fasi del rispettivo ciclo di vita, dalle emissioni nell'ambiente del processo di fabbricazione, agli additivi potenzialmente dannosi presenti negli infiniti oggetti d'uso, ai problemi di tossicità della fase di smaltimento. Il consumo di materie plastiche d'altra parte rappresenta un indicatore sensibile di sviluppo economico e sociale, non solo perché possono essere considerate un vero e proprio motore dell'innovazione tecnologica nella produzione di beni e servizi avanzati, ma anche perché la plastica ne consente la produzione in quantitativi di massa e a condizioni accessibili anche nei paesi in via di sviluppo. Come tale, va il più possibile studiato, monitorato ed aiutato ad essere il più sostenibile e pulito possibile. **Nel campo bioingegneristico e biomedicale le applicazioni dei composti polimerici hanno costituito, grazie alle loro proprietà di resistenza, biocompatibilità, versatilità, leggerezza, uno strumento di innovazione potentissimo** nella medicina dei trapianti e ricostruttiva (ossigenatori a membrana, vasi artificiali, valvole cardiache, protesi artificiali...) o nella diagnostica grazie ai nanopolimeri. La portata delle innovazioni terapeutiche realizzate grazie ai biomateriali polimerici ha consentito e consentirà ad un numero sempre maggiore di pazienti la sopravvivenza o il recupero di funzionalità a parti compromesse dell'organismo, ma non solo: come ultimo esempio si pensi al loro ruolo nel miglioramento dell'assistenza domiciliare, in crescente aumento per le tendenze demografiche già citate: la plastica è il materiale principale degli apparecchi usa e getta, viene prodotta a buon mercato e possiede doti di ergonomia e leggerezza non raggiungibili allo stesso prezzo da altri materiali. Non ultime le numerosissime e applicazioni dei polimeri nell'industria farmaceutica. La Cittadella Politecnica sarà **un polo interdisciplinare integrato, in cui la vocazione economica del territorio raccoglierà la sfida e l'impulso dal settore strategico e florido dell'industria sanitaria**.

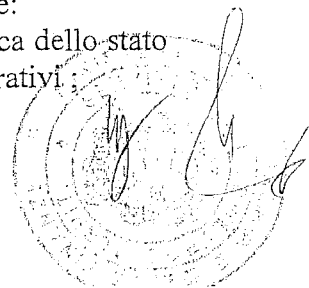


3. **Ristrutturazione dei Grandi Ospedali**, nel processo di integrazione e riordino della filiera del servizio sanitario sopraccitato, orientata all'interpretazione dell'ospedale come un **centro di terapia specializzato**, un centro di eccellenza destinato alle acuzie, in cui **i laboratori di ricerca e sperimentazione assumono un ruolo preponderante e distintivo rispetto agli ospedali minori**, che verranno ridimensionati in semplici centri ambulatoriali e diagnostici. La prospettiva è quindi quella di un'**integrazione orizzontale** dei grandi Ospedali con le strutture sanitarie ed assistenziali territoriali. Affrontare l'incremento delle malattie croniche richiede infatti un cambiamento di strategia da parte del SSR: la Regione è consapevole della necessità di passare dall'attenzione rivolta al ricovero, all'esigenza di **organizzare il servizio per processi lungo la filiera**, in modo di coinvolgere in maniera orizzontale ospedali, strutture sanitarie territoriali, specialisti, medici generici e pazienti stessi secondo il modello dell'*extended hospital*. Si passerebbe così ad una logica avanzata di vera e propria cura della malattia (*Disease Management*), in cui la scelta dei protocolli di cura sono alla base di un processo coordinato e integrato che coinvolge i diversi attori del SSR. Ciò comporta:

- ✓ la maggiore **efficienza e competenza delle strutture ospedaliere** con particolare attenzione a tutti i possibili strumenti di **outsourcing** (l'obiettivo della sanità è la salute e le strutture sanitarie non dovrebbero occuparsi di tutto ciò che non è salute);
- ✓ una maggiore **appropriatezza** nelle prescrizioni diagnostiche e nelle terapie;
- ✓ le misurazioni di un risultato clinico e un più deciso ricorso alla *evidence based medicine*;
- ✓ **un ruolo crescente dell'ICT**: l'integrazione dei servizi informatici con i sistemi di comunicazione permette per esempio di riunire tutti i diversi fornitori di servizi sanitari con i pazienti. E' così possibile raccogliere le informazioni mediche proprio dove vengono prodotte, e il cittadino può far accedere alla storia clinica i medici di suo interesse, diventando esso stesso un vettore di informazioni con un evidente risparmio dei costi, per citare un aspetto, di duplicazione di accertamenti clinici quando avviene il passaggio da una struttura di cura all'altra;
- ✓ una forte spinta alla **de-ospedalizzazione** e alla diffusione dei posti letto domiciliare;
- ✓ la diffusione della **telemedicina** non solo al fine di rendere più efficiente il trattamento delle informazioni cliniche ma come una nuova presenza sul territorio a supporto della domiciliarizzazione dei posti letto e della razionalizzazione degli ospedali minori.

4. **La ricerca del risparmio energetico negli edifici sanitari**. L'alto livello di confort e di salubrità da assicurare negli ambienti dedicati alla salute imporranno livelli sempre più elevati di controllo delle emissioni inquinanti, della produzione di rifiuti e del contenimento dei consumi energetici. In particolare la gestione energetica nelle strutture sanitarie è importante per i costi, la qualità del servizio energetico, la sicurezza energetica per la continuità del servizio sanitario. La ricerca di interventi per il risparmio, la riduzione delle emissioni e la sicurezza che si propone prevede:

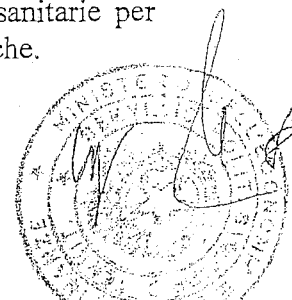
- la conoscenza del patrimonio edilizio e la diagnosi energetica dello stato attuale dei presidi e il primo check degli interventi migliorativi;



- lo schema di finanziamento degli interventi;
- azioni di razionalizzazione della conduzione e della regolazione degli impianti senza comportare modifiche agli impianti e sull'involucro edilizio;
- interventi finalizzati all'eliminazione dei grandi sprechi relativi agli involucri edilizi, alle sostituzioni;
- interventi a larga scala sulle dotazioni impiantistiche e sui sistemi di produzione dell'energia che comportano il ricorso a tecnologie innovative e fonti rinnovabili.

5. "Città della Salute" come distretto medicale dedicato all'innovazione, localizzata nell'AMT. Tale ipotesi progettuale è finalizzata a perseguire una serie di obiettivi

- **Il raccordo col territorio anche in una prospettiva di integrazione interregionale.** Nella prospettiva della Macroregione sul nuovo asse ferroviario dell'Alta Velocità - che, per il tramite di Novara, collegherà in 50 minuti Torino con Milano - si dovrebbe lavorare per una maggiore integrazione non solo dei Piani Sanitari delle due Regioni, ma anche delle "politiche industriali" rivolte alla creazione di valore nel settore biomedicale. Le politiche regionali sulla sanità, in particolare nel campo della regolamentazione e dell'erogazione dei servizi assistenziali sul territorio, si sono sempre più sviluppate e configurate, negli ultimi anni, lungo linee di crescente autonomia. Il Piemonte e la Lombardia non fanno eccezione su questo fronte.
- **L'introduzione di logiche innovative nella fornitura dei servizi e dei prodotti sanitari** promuovendo la creazione di valore basata sulla ricerca applicata nel settore biomedico, sposando logiche di distretto e di integrazione della filiera produttiva:
 - ✓ **Il raccordo con l'industria farmaceutica e tecnologica per lo sviluppo di prodotti e servizi innovativi basati su sinergie multidisciplinari:** esperti di fisica della materia, di elettronica, di informatica, di ingegneria, di biologia e chimica possono collaborare assieme agli utilizzatori di questi sistemi, i medici. Si tratta quindi di guidare il lavoro di ricerca multidisciplinare partendo dalle specifiche di prestazioni richieste dai medici, che riescono ad identificare in modo preciso i problemi clinici e le caratteristiche delle soluzioni che devono essere prodotte. Si parla quindi di collaborazione fra clinico e tecnologo nella ricerca e sviluppo ("*customer-based research and development*"). Per fare in modo che l'attività di ricerca abbia un'applicazione pratica che vada al di là della semplice creazione di prototipi, è necessario un coinvolgimento di partner industriali in grado di fissare fin dall'inizio specifiche di progetto compatibili con processi di produzione in regime di qualità e con strutture di costi accettabili per il servizio sanitario.
 - ✓ Supporto e creazione di **centri/laboratori di ricerca** nel settore biomedico (in particolare la genetica) abbinati a strutture sanitarie per facilitare la partenza ed intensificare le sperimentazioni cliniche.



- ✓ Creazione e supporto di **Centri di Eccellenza in Medicina**, basati su network fra unità operative sanitarie, gruppi di ricerca, imprese, enti pubblici, università. I centri di eccellenza saranno basati sulla presenza di Unità Cliniche e Ospedaliere specializzate (anche delocalizzate su scala regionale) in grado di sviluppare la "massa critica" di casi, che serviranno ad attrarre clinici con vasta esperienza di interazione con l'industria biomedica e farmaceutica e per la sperimentazione di nuovi servizi medici ed assicurativi. Esempi di alcune branche in cui si possono sviluppare centri di eccellenza possono essere dati da: medicina molecolare, *assistive technologies* per l'anziano, tecnologie innovative per la chirurgia mini-invasiva e robotica, neuroscienze. Ulteriori centri possono svilupparsi legati alla convergenza fra problematiche cliniche e sviluppi nei settori dell'ICT, della biologia e genetica molecolare e delle nanotecnologie
- ✓ Creazione di **spazi attrezzati per facilitare l'insediamento d'impresa nella filiera dell'industria sanitaria in un'ottica di distretto.**
- **La necessità di una crescente integrazione sanità-università-formazione e industria.**
 - ✓ **La formazione professionale** (lauree brevi, corsi di specializzazione) soprattutto nell'area dell'assistenza socio-sanitaria: infermieri, fisioterapisti.

Le cinque tipologie di programmi promossi da questo Accordo di Programma Quadro acquistano senso in particolare se osservati da un prospettiva di reciproca sinergia: essi rispondono all'intento di riqualificazione e valorizzazione dell'industria sanitaria che costituisce il decisivo obiettivo che l'amministrazione regionale vuole perseguire attraverso **interventi sistemici, interdisciplinari, integrati, fondati sulla creazione di conoscenza, innovazione, e nuovi principi di organizzazione.**

3. Modalità e criteri di individuazione degli interventi e di concessione del finanziamento.

L'Accordo finanzia la redazione di programmi regionali nel campo della salute pubblica, corrispondenti alle cinque aree sopra individuate, per un ammontare di € 2.360.376,99 a valere sulle risorse della Delibera CIPE 35/2005, e di € 2.617.048,75 , a valere sulle risorse regionali.

Oggetto del presente Accordo di programma quadro è dunque il finanziamento di uno o più Programmi di intervento, con le procedure di seguito specificate.

In questo momento la Regione non è in grado di individuare le risorse da attribuire a ciascun programma; si prevede pertanto di valutare con apposita procedura di selezione le proposte pervenute dai soggetti interessati.

Entro 120 giorni dalla stipula dell'Accordo di Programma Quadro, la Regione individuerà i programmi beneficiari dei finanziamenti, secondo l'ordine di importanza esposto nel prosieguo; parallelamente saranno individuati puntualmente i beneficiari dei finanziamenti, sulla base di proposte pervenute alla Direzione Programmazione, Settore



Statistico. La Regione effettuerà una selezione dopo la firma dell'Accordo con un avviso indirizzato agli Atenei piemontesi e alle aziende sanitarie ospedaliere, richiedendo loro di presentare entro 30 giorni le proposte documentate dai contenuti strategici, dai costi e dai tempi di attuazione, come richiesto dalle schede intervento del Ministero dell'Economia.

La valutazione delle proposte è effettuata dal nucleo di valutazione composto:

1. dal Responsabile della direzione Programmazione e statistica, o suo delegato, che lo presiede;
2. da un componente espresso del Nucleo di valutazione investimenti pubblici della Regione Piemonte (Nuval);
3. dal dirigente Responsabile del Settore statistico regionale, o da un funzionario delegato;
4. da un dirigente, o da un funzionario delegato, della direzione Industria;
5. da un dirigente, o da un funzionario delegato, della direzione Programmazione sanitaria.

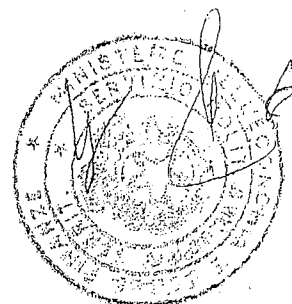
Il nucleo sarà eventualmente integrato con esperti individuati dai Ministeri competenti e dalla Regione, Direzione Programmazione, anche su proposta delle altre Direzioni regionali competenti.

In coerenza a quanto previsto dal:

- 1) dal Documento Strategico Preliminare della Regione Piemonte 2007-2013 (2005) che individua gli assi strategici, gli obiettivi e le priorità d'intervento per la politica di coesione;
- 2) dal Documento Programmatico per un nuovo piano territoriale regionale (2005), che costituisce lo strumento volto a coniugare la programmazione economico-finanziaria con gli indirizzi e gli obiettivi delle politiche territoriali regionali;
- 3) dal Piano Sanitario Regionale, adottato dalla Giunta il 3 aprile 2006;
- 4) dalle linee di intervento in attuazione della legge regionale sulla ricerca, n. 4/2006, in fase di adozione da parte della Giunta regionale;

è riconosciuta la priorità nell'assegnazione dei finanziamenti secondo il seguente ordine:

1. Cittadella Politecnica sui materiali polimerici;
2. Scuola di governance sanitaria;
3. Risparmio energetico negli edifici sanitari;
4. Ristrutturazione dei Grandi Ospedali;
5. "Città della Salute".



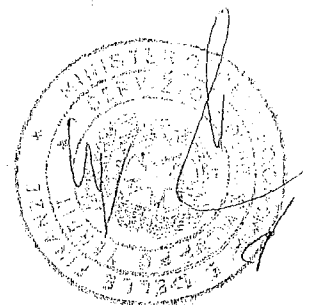
I beneficiari dei finanziamenti appartengono alle seguenti tipologie:

- a) Atenei piemontesi
- b) Aziende sanitarie ospedaliere
- c) Regione Piemonte per la Città della Salute

I finanziamenti sono concessi ai soggetti beneficiari di cui alle lettere a) e b) nella misura massima dell'80% del costo previsto di redazione dello studio.

4. Copertura finanziaria

La copertura finanziaria dell'intervento è riportata nella seguente tabella:



Report F0 - Quadro finanziario per intervento
 PIEMONTE - RF - Programmi regionali Salute pubblica

Stato Accordo : 2c-Redazione Sospesa - Dati Verificati

Versione del : 28/04/2006

INTESA: PIEMONTE

CD ACCORDO RF Programmi regionali Salute pubblica

RF/01 STUDI DI FATTIBILITA' IN MATERIA DI SALUTE PUBBLICA

| Fonte | Descrizione | Tipo norma | Anno | N° | Estremi | Importo | Esercizio di competenza |
|------------------------------|--|------------|------|-----|--|--------------|-------------------------|
| Statale | Attivazione delle risorse preordinate dalla legge finanziaria per l'anno 1998 al fine di Legge realizzare interventi nelle aree depresse. Istituzione di un fondo rotativo per il finanziamento dei programmi di promozione imprenditoriale nelle aree depresse. | | 1998 | 208 | Delibera CIPE N. 35 del 2005 - Quota D.4 - Regioni Centro-Nord | 26.200,18 | 2005 |
| Statale | Attivazione delle risorse preordinate dalla legge finanziaria per l'anno 1998 al fine di Legge realizzare interventi nelle aree depresse. Istituzione di un fondo rotativo per il finanziamento dei programmi di promozione imprenditoriale nelle aree depresse. | | 1998 | 208 | Delibera CIPE N. 35 del 2005 - Quota D.4 - Regioni Centro-Nord | 52.400,37 | 2006 |
| Statale | Attivazione delle risorse preordinate dalla legge finanziaria per l'anno 1998 al fine di Legge realizzare interventi nelle aree depresse. Istituzione di un fondo rotativo per il finanziamento dei programmi di promozione imprenditoriale nelle aree depresse. | | 1998 | 208 | Delibera CIPE N. 35 del 2005 - Quota D.4 - Regioni Centro-Nord | 786.713,65 | 2007 |
| Statale | Attivazione delle risorse preordinate dalla legge finanziaria per l'anno 1998 al fine di Legge realizzare interventi nelle aree depresse. Istituzione di un fondo rotativo per il finanziamento dei programmi di promozione imprenditoriale nelle aree depresse. | | 1998 | 208 | Delibera CIPE N. 35 del 2005 - Quota D.4 - Regioni Centro-Nord | 1.495.062,79 | 2008 |
| Regionale | bilancio di previsione per l'anno 2006 e pluriennale 2006-2008 | | 2006 | 15 | capitolo 27851 fondo per il finanziamento degli accordi di programma | 2.617.048,75 | 2006 |
| Totale fonte statale | | | | | | 2.360.376,99 | |
| Totale fonte regionale | | | | | | 2.617.048,75 | |
| Totale criticità finanziarie | | | | | | 4.977.425,74 | |
| Totale intervento | | | | | | 4.977.425,74 | |
| Totale accordo | | | | | | 4.977.425,74 | |

