

CONTRIBUTO DI RICERCA 275/2018

## Strategie di investimento in edilizia sanitaria 2018

Carla Jachino, Luisa Sileno, Guido Tresalli

L'**IRES PIEMONTE** è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

#### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Mario Viano, Presidente  
Luca Angelantoni, Vicepresidente  
Gianluca Aimaretti, Antonio Amoroso, Lia Fubini

#### COLLEGIO DEI REVISORI

Maurizio Cortese, Presidente  
Paola Dall'Oco e Sara Ronaldo, Membri effettivi  
Annamaria Mangiapelo e Pierangelo Reale, Membri supplenti

#### COMITATO SCIENTIFICO

Nerina Dirindin, Presidente  
Gabriella Agnoletti, Andrea Barasolo, Sergio Conti, Fabrizio Faggiano, Ludovico Monforte, Stefania Ravazzi

#### DIRETTORE

Marco Sisti

#### STAFF

Luciano Abburrà, Marco Adamo, Stefano Aimone, Enrico Allasino, Loredana Annaloro, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Stefania Bellelli, Giorgio Bertolla, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cogno, Alessandro Cunsolo, Luisa Donato, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Fiorenzo Ferlaino, Vittorio Ferrero, Anna Gallice, Filomena Gallo, Lorenzo Giordano, Carla Jachino, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macagno, Eugenia Madonia, Maurizio Maggi, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Sylvie Ocelli, Gianfranco Pomatto, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Lucrezia Scalzotto, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Giorgio Vernoni.

#### COLLABORANO

Roberto Cagliero, Stefano Cavaletto, Laura Formicola, Claudia Galetto, Silvia Genetti, Enrico Gottero, Martino Grande, Giulia Henry, Ludovica Lella, Serena Pecchio, Ilaria Perino, Samuele Poy, Francesca Silvia Rota, Martina Sabbadini, Antonio Soggia, Nicoletta Torchio, Roberta Valetti, Silvia Venturelli, Paola Versino, Gabriella Viberti.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

© 2018 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte  
via Nizza 18 – 10125 Torino  
[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

# STRATEGIE DI INVESTIMENTO IN EDILIZIA SANITARIA

© 2018 IRES  
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte  
Via Nizza 18 - 10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)



## GLI AUTORI

### ***Carla Jachino***

Ricercatrice senior in Edilizia Sanitaria, si occupa principalmente di strumenti di gestione per il monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale e di analisi a sostegno della programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria.

### ***Luisa Sileno***

Ricercatrice senior in Edilizia Sanitaria, si occupa principalmente di strumenti di gestione per il monitoraggio informatizzato del patrimonio ospedaliero regionale, per la qualificazione edilizia e funzionale dello stesso, e dei progetti d'innovazione della rete ospedaliera regionale mediante la costruzione di nuovi ospedali.

### ***Guido Tresalli***

Ricercatore senior in Edilizia Sanitaria, si occupa del supporto scientifico alla programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria e di modelli innovativi per il finanziamento e la realizzazione delle opere pubbliche e di nuovi ospedali, con particolare riferimento alle forme del Partenariato Pubblico Privato.



# INDICE

<b>STRATEGIE DI INVESTIMENTO IN EDILIZIA SANITARIA.....</b>	<b>II</b>
GLI AUTORI .....	IV
EXECUTIVE SUMMARY .....	VII
PREFAZIONE .....	XI
INTRODUZIONE .....	XIII
<b>CAPITOLO 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>LE ESIGENZE DI INTERVENTO SUL PATRIMONIO EDILIZIO SANITARIO .....</b>	<b>1</b>
RICHIESTE DI FINANZIAMENTO CON PRIORITA' 2017 .....	1
CONFRONTO RISPETTO ALLA SERIE STORICA.....	6
<b>CAPITOLO 2 .....</b>	<b>11</b>
<b>L'ADEGUATEZZA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE .....</b>	<b>11</b>
QUALI SONO, ATTUALMENTE, LE CONDIZIONI STRUTTURALI DEGLI OSPEDALI REGIONALI? .....	11
QUALI SONO STATI GLI EFFETTI DELLE POLITICHE DI INTERVENTO IN EDILIZIA SANITARIA ADOTTATE? .....	12
A QUALI CRITERI POTREBBERO ISPIRARSI LE POLITICHE DI INTERVENTO FUTURE IN EDILIZIA SANITARIA? .....	14
<b>CAPITOLO 3 .....</b>	<b>17</b>
<b>GLI SCENARI PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI .....</b>	<b>17</b>
LOTTI E QUOTE DI INTERVENTO .....	17
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>23</b>
<b>INDICAZIONI PER IL DECISORE E PROPOSTE DI INNOVAZIONE .....</b>	<b>23</b>
INDICAZIONI PER IL DECISORE .....	23
PROPOSTE DI INNOVAZIONE.....	25
BIBLIOGRAFIA .....	27

## EXECUTIVE SUMMARY

### Obiettivi

Nel documento è presentata una lettura d'insieme dei risultati delle analisi e delle valutazioni tecniche condotte dai ricercatori del Nucleo Edilizia Sanitaria dell'IRES Piemonte, per offrire al decisore informazioni e linee di indirizzo nell'ambito della programmazione degli investimenti regionali in edilizia sanitaria.

### Metodologia adottata

Le metodologie di analisi si basano su strumenti e metodi dell'analisi prestazionale ed economica in materia di interventi ed investimenti in edilizia sanitaria, anche secondo letture dinamica - evolutive od analisi di scenario.

Vengono considerati i dati e le informazioni provenienti dalla procedura integrata EDISAN - DES, da flussi regionali o ministeriali e dall'interlocuzione condotta con le Aziende Sanitarie regionali su temi specifici. Le analisi e le elaborazioni vengono svolte secondo le metodologie predisposte da IRES, condivise con il Settore Politiche degli Investimenti della Direzione regionale Sanità.

A titolo di esempio, nella presente pubblicazione si prendono in considerazione i dati relativi alla programmazione 2017-2019.

### Risultati

**Le esigenze di investimento in edilizia sanitaria.** Ogni anno le Aziende Sanitarie regionali esprimono le proprie necessità di intervento, attraverso la richiesta di finanziamento alla Regione Piemonte. L'ammontare degli interventi presentati per l'anno 2017 corrisponde a 277 proposte di finanziamento, per un importo regionale richiesto di circa 390 milioni di euro.

Il 76% dell'importo di richiesta di finanziamento regionale avanzata dalle Aziende Sanitarie interessa strutture idonee all'investimento; di questa il 33% (circa 95 milioni di euro) si riferisce a interventi prioritari, mentre il 67% della quota (circa 198 milioni di euro) riguarda interventi non prioritari.

Il 24% dell'importo di richiesta di finanziamento complessiva interessa strutture che presentano criticità. Il 94% della quota (circa 88 milioni di euro) si riferisce a strutture di classe A, ossia non flessibili e con criticità costitutive intrinseche, e il 6% (circa 5 milioni di euro) è stato ricondotto a strutture oggetto di trasformazione o riconversione.

La richiesta di finanziamento interessa l'ambito territoriale per il 21% dell'importo prioritario. Per la quota riferita alle strutture ospedaliere (79%), la maggior parte ha obiettivi di potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria (43%) oppure di adeguamento alle norme di sicurezza (30%.)

**Gli effetti delle politiche di investimento in edilizia ospedaliera.** Nell'ultimo anno si confermano sostanzialmente le politiche definite e adottate nell'ultimo quadriennio. Nella cornice generale del riordino della rete ospedaliera e della rete territoriale delle strutture sanitarie si possono identificare politiche di investimento rivolte all'adeguamento dell'esistente per obiettivi priori-



tari e strategici ed all'innovazione della rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali in luogo di più strutture esistenti.

Ciò nonostante per il patrimonio ospedaliero il soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento rimane un obiettivo di medio periodo e l'obsolescenza mette in evidenza che il 42% degli ospedali non è attuale rispetto ai modelli funzionali e tecnologici di riferimento (ospedali vetusti o superati). Due terzi di queste strutture, inoltre, non sono pienamente disponibili all'adeguamento o alla trasformazione a causa di vincoli intrinseci (ad esempio la tipologia costruttiva e le misure di tutela della Soprintendenza).

Nell'ultimo anno il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali è aumentato fino ad 1,73 miliardi di euro, raggiungendo i maggiori valori dell'ultimo decennio.

### Conclusioni e indicazioni

Facendo riferimento all'ultimo anno si può sostenere che le strategie di intervento adottate non abbiano apportato benefici apprezzabili nel contesto della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri.

**Gli effetti dell'evoluzione della rete sanitaria.** Guardando ad uno scenario di medio periodo, il potenziamento della rete delle strutture sanitarie territoriali permetterà il ridimensionamento del ruolo degli ospedali, da luoghi omnicomprensivi per la sanità a poli altamente tecnologici e specializzati per il trattamento della fase acuta della malattia o per la diagnostica avanzata. Lo scenario di medio periodo sembra quindi caratterizzato da meno ospedali e più strutture sanitarie territoriali ed anche all'interno degli ospedali il progresso in campo medico, farmaceutico e tecnologico, ma – soprattutto – la razionalizzazione e l'integrazione dei percorsi di diagnosi e cura, fanno prevedere una presenza sempre maggiore dei servizi sanitari e della degenza breve, a discapito dei posti letto per la degenza ordinaria.

Uno scenario di medio periodo così configurato solleva in parte dalla preoccupazione derivante dal livello di criticità strutturale degli ospedali attuali, poiché è evidente che parte delle strutture esistenti dovranno essere incluse in un programma di dismissione o riconversione che le sottrarranno dalla rete ospedaliera. Anche le considerazioni in termini di sostenibilità insediativa degli ospedali attuali e di approvvigionamento delle risorse necessarie per riscontrare il loro fabbisogno per l'adeguamento confermano l'opportunità della razionalizzazione della rete ospedaliera mediante la trasformazione di parte degli ospedali attualmente esistenti.

**La possibilità di finanziamento per filoni di investimento.** Gli scenari, grazie alla loro struttura per lotti e per quote di investimento, permettono di scomporre l'entità della richiesta di finanziamento complessiva in sottoinsiemi dagli importi più contenuti e con caratteristiche differenti, tenendo conto della qualificazione edilizia e funzionale delle strutture ospedaliere e dei criteri di priorità vigenti in tema di appalti pubblici. In questa condizione è possibile procedere al finanziamento per assi di investimento, seguendo la ripartizione per lotti o parti di essi, oppure promuovendo aspetti di priorità e idoneità degli interventi.

**La ricerca di una strategia regionale.** Le esigenze manifestate dalle Aziende Sanitarie nella fase di proposizione delle richieste di finanziamento (Procedura EDISAN - DES) evidenziano l'eterogeneità degli obiettivi di investimento e dei contesti in cui esse si collocano:

- il potenziamento e la riorganizzazione dell'attività sanitaria nelle strutture ospedaliere rappresenta la maggior parte della richiesta di finanziamento per interventi prioritari su strutture idonee. Questo obiettivo non può essere considerato strategico; rappresenta un'esigenza promossa a livello aziendale che, a parte casi specifici, non si inserisce a pieno in un disegno regionale di riorganizzazione dei servizi e di rinnovamento delle strutture;
- la necessità di completamento degli interventi già finanziati indica come questi non si esauriscano in un solo finanziamento e non raggiungano in modo autonomo gli obiettivi di investimento previsti. Devono essere, però, comunque considerati prioritari, poiché la mancata esecuzione degli interventi proposti a completamento, d'altra parte, non consente di raggiungere obiettivi di investimento, per i quali sono già state erogate risorse economiche;
- tra gli interventi prioritari risulta una quota, seppur minima, riferita al risparmio energetico. Neppure questo obiettivo può essere considerato strategico, poiché non consiste in un adeguamento di sicurezza e al momento non trova riscontro in un filone di finanziamento dedicato;
- l'adeguamento antincendio delle strutture, invece, è da considerarsi essenziale per via della normativa vigente (DM 19 marzo 2015), che prevede una serie di scadenze tra il 2016 e il 2025 per l'adeguamento alle nuove indicazioni.

Alla luce di quanto esposto, gli obiettivi prioritari di investimento andrebbero indicati come tali a monte della procedura di proposizione delle richieste di finanziamento, lasciando minor margine a interventi con intenti differenti e meno prioritari. Questi dovrebbero trovare collocazione in una strategia regionale, che dovrebbe identificare i filoni prioritari in ciascun anno di programmazione degli investimenti.

**Centri di coordinamento regionale.** Per tale processo si auspica la costituzione di centri regionali di competenza in grado di definire, nell'ambito di una cornice giuridica, istituzionale, tecnica ed economico-finanziaria chiara, piani e programmi di intervento di medio periodo, capaci di coordinare dismissioni, nuove realizzazioni ed adeguamenti nel contesto di una strategia complessiva regionale per il riordino e l'innovazione della rete ospedaliera e territoriale.



## PREFAZIONE

Da circa quattro anni opera nel nostro Istituto un gruppo di lavoro, composto da ingegneri e architetti, impegnato a studiare l'evoluzione della rete ospedaliera pubblica e la funzionalità delle strutture edilizie operanti sul territorio regionale. Il loro compito è raccogliere e analizzare dati di varia natura, relativi allo stato di conservazione degli edifici, all'adeguatezza delle strutture rispetto ai requisiti imposti dalle normative vigenti, all'impiego di risorse energetiche utili a consentirne il funzionamento e agli interventi necessari per ammodernare il patrimonio edilizio.

Ognuno dei 52 ospedali pubblici è oggetto di una minuziosa attività di monitoraggio che restituisce la fotografia dell'esistente dal punto di vista planimetrico, strutturale e tecnologico. Si tratta di un'attività di ricerca che può fornire un importante contributo alla programmazione regionale degli investimenti in edilizia sanitaria. Un contributo che diventa addirittura indispensabile nella situazione attuale, caratterizzata da un elevato livello di obsolescenza delle infrastrutture e dalla conseguente necessità di procedere quanto prima alla realizzazione di nuovi ospedali e alla riconversione ad altri usi delle strutture non più recuperabili.

Per comprendere quale sia questa situazione sono sufficienti pochi numeri.

### L'obsolescenza degli ospedali piemontesi

In una scala da 0 a 100, dove 100 rappresenta il livello massimo di obsolescenza che identifica un ospedale completamente superato rispetto ai modelli funzionali di riferimento, l'attuale livello medio di obsolescenza degli ospedali regionali è di poco superiore a 70. In crescita nell'ultimo anno di circa 3,5 punti.

Più in dettaglio, ciò significa che le strutture ospedaliere regionali tecnicamente obsolete sul territorio regionale sono 23 (più del 40% del totale). Tra queste, 17 strutture versano in condizioni particolarmente critiche; il loro livello di obsolescenza è tale che, oltre a non essere più idonee agli usi attuali, non è più conveniente investire per il loro recupero. Meglio procedere a una dismissione e ad una conseguente sottrazione dalla rete ospedaliera. Come è noto, rientra in questo gruppo anche il complesso di edifici che fa capo all'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, con un livello di obsolescenza superiore a 77 punti.

A fronte di tale situazione la stima delle risorse necessarie all'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali ammonta nel 2017 a circa 1,73 miliardi di euro. Tale stima è basata sul valore delle risorse che sarebbero necessarie per realizzare tutti gli interventi edilizi utili a far innalzare il livello della qualità strutturale degli edifici al 100%, che in questo caso corrisponde al pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento. Nella situazione attuale la qualità strutturale media degli ospedali regionali è poco superiore al valore del 74%.

### Verso una rete ospedaliera più moderna

Il cammino che porta alla realizzazione di una rete ospedaliera più moderna per il Piemonte si compone di tre passaggi fondamentali.

(1) Il primo passaggio consiste nell'effettuare gli investimenti che risolvano, nel brevissimo periodo, le criticità più urgenti e indifferibili in modo da ottemperare ai requisiti minimi di messa in sicurezza delle strutture e di conservazione del patrimonio esistente. La programmazione di tali interventi dovrebbe seguire una logica semplice: (a) ad eccezione delle situazioni di particolare rischio, occorre favorire gli interventi nelle strutture per le quali non si prevede un cambiamento nella destinazione d'uso; (b) far sì che tali interventi non abbiano la natura di misure

tampone, ma siano in grado di produrre risparmi nell'utilizzo delle risorse a disposizione dell'ospedale. A questo proposito si possono fare diversi esempi, a partire dalla scelta di realizzare interventi che riescano a migliorare l'efficienza energetica degli edifici.

(2) Il secondo passaggio riguarda naturalmente gli investimenti di lungo periodo e la costruzione dei nuovi ospedali. La Regione Piemonte è già impegnata da tempo su questa strada e nella primavera del 2018 ha varato un piano per l'edilizia sanitaria che, una volta concluso, porterà un miglioramento significativo della qualità delle infrastrutture pubbliche. Il piano regionale prevede un investimento di circa un miliardo e mezzo di euro. Una parte di questa somma sarà destinata alla costruzione del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, della Città della Salute di Novara, degli ospedali unici dell'Asl To5 (Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino) e del Verbano-Cusio-Ossola. La restante parte è dedicata al completamento dei lavori dell'ospedale di Verduno e del presidio della Valle Belbo e per il potenziamento delle strutture di Fossano, Saluzzo e Savigliano.

In base alle stime effettuate, grazie a questi investimenti, il livello di qualità strutturale medio degli ospedali piemontesi aumenterà dal 74 all'83% e il grado di obsolescenza scenderà di circa 18 punti, dal valore attuale del 70% a quello futuro pari al 52%.

(3) Il terzo passaggio comporta un duplice impegno. Da un lato l'attivazione di una rete caratterizzata da una maggiore integrazione tra le diverse unità ospedaliere che la compongono (e che dovranno sempre più specializzarsi per rispondere alle differenti esigenze della popolazione); dall'altro il rafforzamento della rete delle strutture territoriali e l'intensificazione delle relazioni tra queste e gli stessi ospedali.

In questo terzo passaggio il fattore edilizio e tecnologico non scompare, ma certamente è una variabile dipendente delle scelte di carattere organizzativo che guideranno l'impostazione delle reti ospedaliere e territoriali. In linea con quanto deciso negli ultimi anni a livello nazionale e regionale, la costituzione di una rete integrata delle strutture sanitarie si basa sull'idea che i percorsi assistenziali e di cura si svolgano in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture sanitarie diverse e non concentrate in un unico punto sul territorio.

Nel perseguire questa idea occorre tenere insieme due esigenze in apparenza contrastanti: la necessità di concentrare i servizi presso una sede unica, al fine di garantire standard elevati di qualità tecnica, e il bisogno di assicurare la massima diffusione dei servizi sul territorio, al fine di facilitarne l'accesso alla popolazione. I grandi investimenti di carattere infrastrutturale e la necessaria riconversione delle strutture ospedaliere che si realizzeranno nei prossimi anni offrono un'occasione unica per compiere questo passaggio verso la modernizzazione del sistema.

L'IRES Piemonte intende contribuire con analisi e studi finalizzati ad aiutare sia i policy maker a programmare i dettagli di questo passaggio sia la cittadinanza a comprenderne la portata e le possibili ricadute. Questo documento rappresenta un esempio di tale contributo.

Buona lettura!

*Marco Sisti*  
Direttore IRES Piemonte

## INTRODUZIONE

L'attività di analisi e di valutazione condotta dai ricercatori del Nucleo Edilizia Sanitaria dell'IRES Piemonte<sup>1</sup> è finalizzata al sostegno della programmazione degli investimenti regionali in edilizia sanitaria.

**Le fonti.** Le analisi sono svolte con cadenza annuale, sulla base di informazioni di natura tecnico-economica fornite dalle Aziende Sanitarie regionali nel contesto della procedura integrata EDISAN - DES (Database Edilizia Sanitaria), secondo la metodologia predisposta da IRES e condivisa con il Settore Politiche degli Investimenti della Direzione regionale Sanità.

Nel documento sono considerate le richieste di finanziamento proposte per l'anno 2017, ossia gli interventi inseriti nell'applicativo EDISAN (gennaio-febbraio 2017) e le schede di prefattibilità compilate nel DES (marzo 2017) con priorità 2017 nella programmazione triennale 2017-2019.

Sono anche incluse le informazioni acquisite nella fase di interazione con le Aziende Sanitarie regionali (ASR) per l'aggiornamento del DES (luglio-agosto 2017), nonché nel corso della ricognizione dello stato di adeguamento dei presidi ospedalieri regionali alla normativa antincendio (luglio-dicembre 2017).

Per gli aspetti relativi alle attrezzature sanitarie, le valutazioni si avvalgono del supporto del Nucleo Health Technology Assessment & Management (HTAM) dell'IRES Piemonte e della piattaforma informativa FITeB (Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche).

Sono infine interrogati i flussi regionali o ministeriali (FIM ed HSP11, tramite PADDI ed ARPE).

**I risultati.** Le elaborazioni e le valutazioni effettuate nel corso del 2017 sono raccolte in tre report tecnici, condivisi con il Settore Politiche degli Investimenti della Direzione regionale Sanità:

- Analisi delle Richieste di finanziamento in Edilizia e Attrezzature sanitarie nella Regione Piemonte - Report anno 2017;
- Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali – Rapporto annuale 2017;
- Scenari di programmazione degli investimenti per richieste di finanziamento in edilizia sanitaria nella Regione Piemonte - Report anno 2017.

Il presente documento propone una sintesi degli aspetti principali di ciascun livello di analisi e una loro lettura d'insieme, al fine di offrire al decisore informazioni e linee di indirizzo nell'ambito della programmazione degli investimenti regionali in edilizia sanitaria.

---

<sup>1</sup> Attività prevista ai sensi della DGR n. 18-7208 del 10 marzo 2014. E' coerente con quanto indicato nel progetto "Strumenti e metodi per la programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria", di cui alla Scheda attività "Monitoraggio e valutazione delle strutture ospedaliere", presente come n. 14 nel "Programma annuale di ricerca dell'IRES Piemonte 2017" e come n. 10 nel "Piano di lavoro dell'IRES Piemonte 2017-2019 – L'analisi dei servizi sanitari e la valutazione delle politiche per la salute", allegati della DGR n. 17-5109 del 29 maggio 2017.



# CAPITOLO 1

## LE ESIGENZE DI INTERVENTO SUL PATRIMONIO EDILIZIO SANITARIO

Sono riportati gli esiti dell'analisi delle richieste di finanziamento proposte dalle Aziende Sanitarie con priorità 2017. È possibile cogliere le esigenze di investimento in edilizia e attrezzature sanitarie a livello regionale, attraverso quanto indicato per l'anno di riferimento e dal confronto con la serie storica.

### RICHIESTE DI FINANZIAMENTO CON PRIORITA' 2017

**Il volume complessivo.** Le esigenze di investimento in edilizia ed attrezzature sanitarie ammontano ad un numero di 360 proposte, pari ad un importo complessivo di 846.567.830 €. Il contributo di finanziamento regionale richiesto per questi investimenti corrisponde a 458.046.000 €<sup>2</sup>.

Dopo aver individuato le richieste di finanziamento a carattere improprio, ovvero quelle non pertinenti con il canale di finanziamento, alcuni interventi sono stati sospesi – e quindi non sono stati considerati - sia nell'analisi che nei successivi scenari di investimento. L'ammontare definitivo risulta pari ad un numero di 332 richieste di finanziamento, per un valore di finanziamento regionale richiesto di circa 444.416.660 €.

La ripartizione delle richieste di finanziamento per oggetto di analisi a livello regionale è riassunto in Tabella 1.1 e nei Grafici 1.1-7. Gli importi indicati corrispondono alla voce "Richiesta di finanziamento" espressa in EDISAN, ovvero alla quota di finanziamento regionale richiesta per l'intervento, indipendentemente dalla sua ripartizione sul triennio di riferimento.

**Il contesto: ospedaliero o territoriale?** Analizzando i dati relativi all'importo delle richieste di finanziamento a seconda del "Tipo di struttura interessata dall'intervento" - ossia relativamente al contesto Ospedaliero o Territoriale in cui essa si colloca - così come indicato dalle Aziende Sanitarie regionali nell'applicativo EDISAN, si nota come gli interventi siano maggiormente ripartiti sul contesto ospedaliero (circa 86%), piuttosto che su quello territoriale (circa 14%).

**La prevalenza degli investimenti in edilizia.** A livello regionale l'87% circa dell'importo totale delle richieste di finanziamento riguarda la "Tipologia prevalente di intervento" con carattere edilizio, mentre il restante 13% circa riguarda interventi ad oggetto prevalente le apparecchiature biomediche<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Nel documento sono considerate le richieste di finanziamento proposte per l'anno 2017 nel contesto della procedura integrata ai sensi della DGR n. 18-7208 del 10 marzo 2014, ossia gli interventi inseriti nell'applicativo EDISAN (gennaio-febbraio 2017) e le schede di prefattibilità compilate nel DES (marzo 2017) con priorità 2017 nella programmazione triennale 2017-2019.

<sup>3</sup> Le tecnologie finanziabili attraverso questa procedura rappresentano un sottoinsieme di tutte le apparecchiature sanitarie che le Aziende Sanitarie regionali acquisiscono per erogare prestazioni sanitarie. All'interno della piattaforma possono essere inserite richieste per l'acquisto in proprietà di grandi attrezzature, per i progetti tecnologici speciali - ad esempio progetti per l'informatizzazione - e per interventi a completamento di opere edilizie, cioè il riempimento tec-



**La quota prioritaria.** Una lettura dedicata permette di quantificare le risorse necessarie al soddisfacimento progressivo dei diversi livelli di "Priorità di intervento" individuati dalle Aziende Sanitarie Regionali; la prima priorità esprime il principale livello di criticità o la necessità più urgente per cui le Aziende richiedono investimenti da parte della Regione. Il totale delle richieste di investimento proposte come prima priorità è pari a circa 64,5 milioni di euro.

**Tabella 1.1 Visione di insieme: panoramica sugli interventi proposti con priorità 2017**

Tipo di struttura			
Ospedaliera	OSP	€ 380.104.591	85,5%
Territoriale	TERR	€ 64.312.069	14,5%
		€ 444.416.660	100%

Tipologia prevalente			
Edilizia	E	€ 386.695.938	87,0%
Attrezzature	A	€ 57.720.722	13,0%
		€ 444.416.660	100%

Priorità di investimento			
	1	€ 64.455.820	14,5%
	2	€ 50.530.000	11,4%
	3	€ 27.650.000	6,2%
	4	€ 32.981.276	7,4%
	5	€ 18.839.073	4,2%
	6	€ 28.975.002	6,5%
	7	€ 20.500.031	4,6%
	8	€ 23.934.000	5,4%
	9	€ 24.187.435	5,4%
	10	€ 6.425.582	1,4%
	>10	€ 145.938.440	32,8%
		€ 444.416.660	100%

Obiettivi di investimento			
Mantenimento/miglioramento	MS	€ 128.310.010	28,9%
	MN	€ 9.392.240	2,1%
Potenziamento/riorganizzazione	PS	€ 138.149.855	31,1%
	PN	€ 3.517.782	0,8%
Adeguamento normativo	RE	€ 7.285.000	1,6%
	AI	€ 96.629.873	21,7%
	AS	€ 15.548.000	3,5%
	TS	€ 27.561.900	6,2%
Conservazione del patrimonio	BA	€ 1.030.000	0,2%
	CE	€ 16.392.000	3,7%
	AE	€ 600.000	0,1%
		€ 444.416.660	100%

Stato d'uso/Fase realizzativa delle strutture			
In funzione	FN	€ 382.965.744	86,2%
In disuso	DS	€ 5.480.000	1,2%
In progetto	PR	€ 22.532.916	5,1%
In costruzione	CS	€ 33.438.000	7,5%
		€ 444.416.660	100%

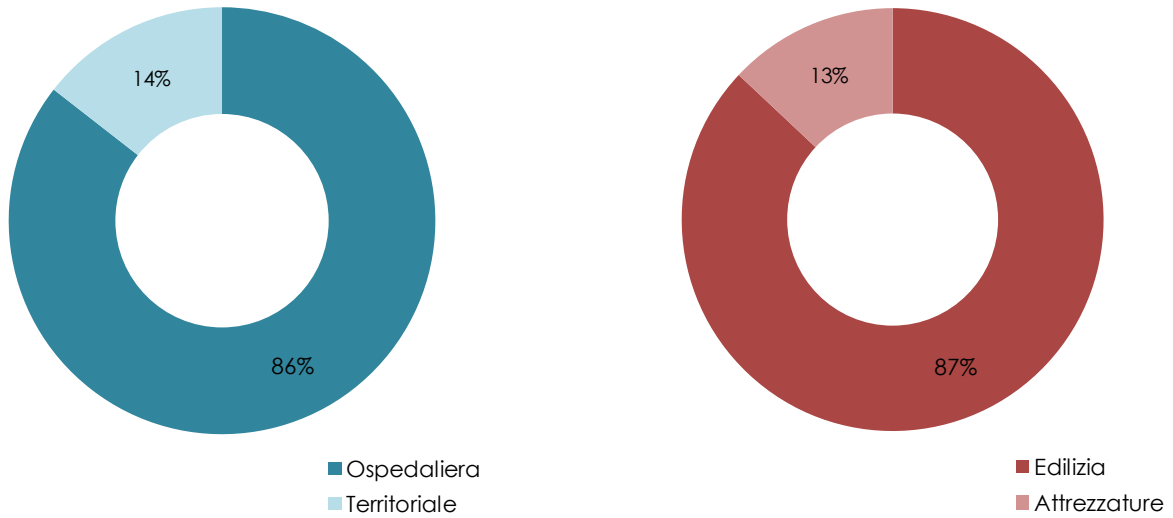
Relazioni rispetto ad altre assegnazioni di finanziamenti			
Nessuna	N	€ 301.030.495	67,7%
Completamento o integrazione	C	€ 113.118.065	25,5%
Propedeutica	P	€ 30.268.100	6,8%
		€ 444.416.660	100%

Note: Entità delle richieste di finanziamento nella Regione Piemonte con priorità 2017, suddivise per tipo di struttura interessata, tipologia prevalente di intervento, priorità di investimento, obiettivo principale di investimento, stato d'uso o fase realizzativa della struttura, relazioni rispetto ad altre assegnazioni di finanziamento.

Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

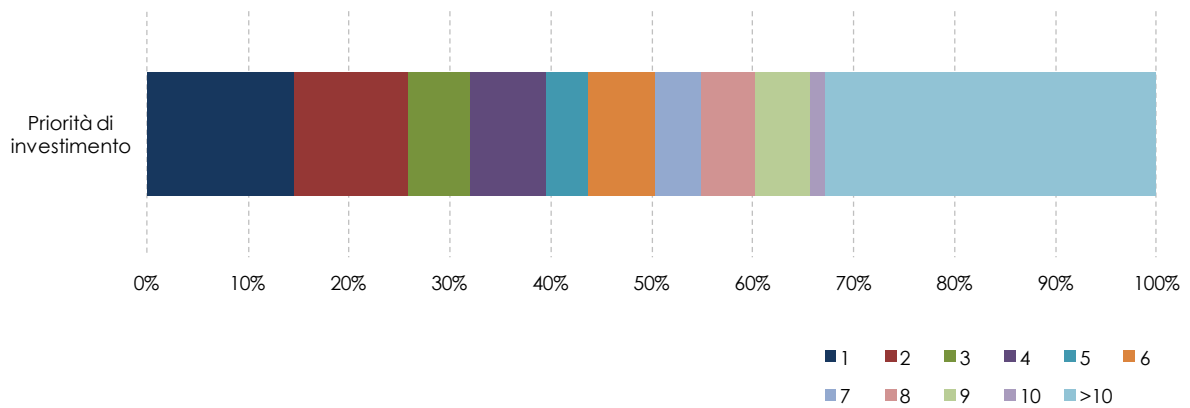
nologico di aree sanitarie. Per monitorare l'acquisizione tramite qualsiasi forma (acquisto in proprietà, service e noleggio) e tipologia di finanziamento (finanziamenti regionali, fondi propri di investimento, donazioni) di tutte le classi tecnologiche di apparecchiature biomediche, esiste la piattaforma per i Piani Locali delle Tecnologie Biomediche, a supporto della procedura di cui alla DGR 36-6480, che definisce un percorso specifico dedicato alla pianificazione delle acquisizioni di apparecchiature biomediche.

**Figure 1.1-2 Contesto e tipologia: prevale l'investimento su strutture ospedaliere e nel campo dell'edilizia**



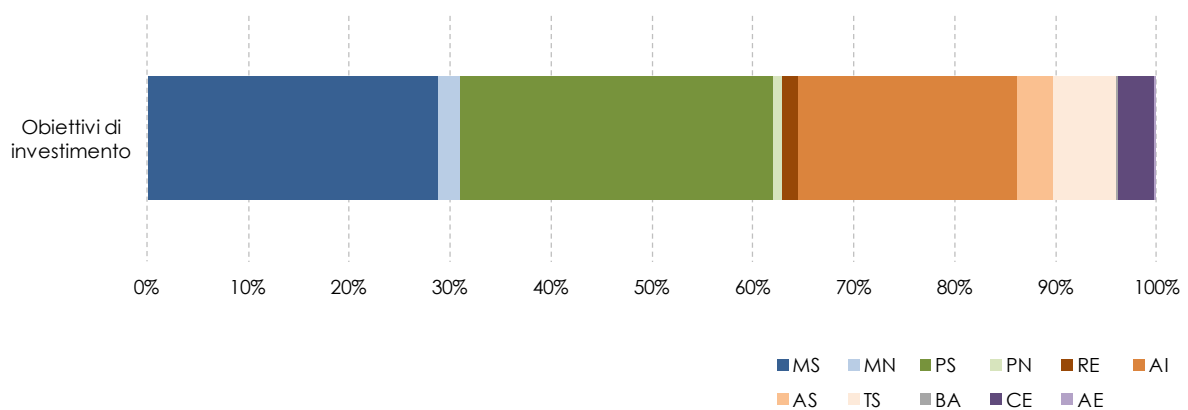
Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

**Figura 1.3 Priorità di investimento: le necessità primarie sono circa il 15% delle richieste**



Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

**Figura 1.4 Manutenzione, potenziamento e adeguamento sono i principali obiettivi di investimento**



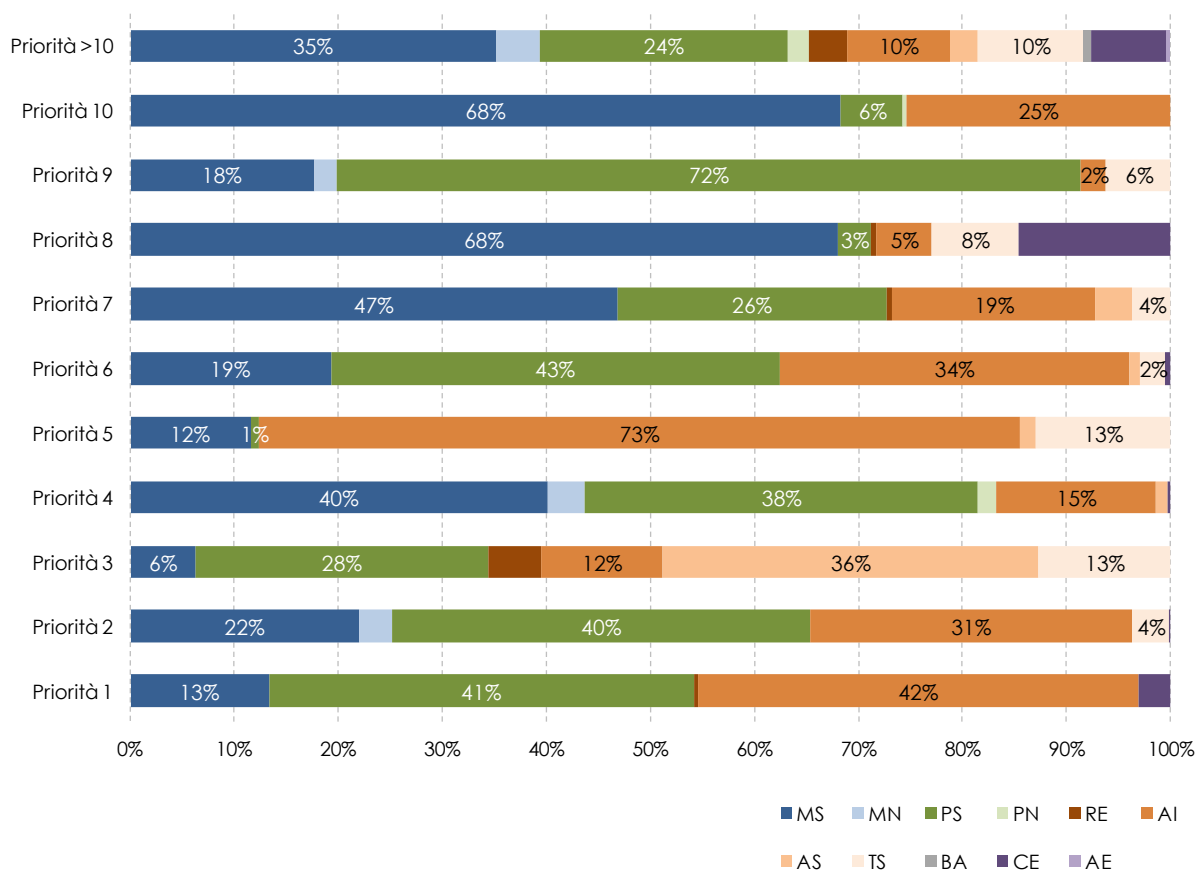
Note: [MS] Mantenimento/miglioramento dell'attività sanitaria; [MN] Mantenimento/miglioramento dell'attività di supporto; [PS] Potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria; [PN] Potenziamento/riorganizzazione dell'attività

di supporto; [RE] Risparmio energetico; [AI] Adeguamento rispetto alla normativa per la prevenzione degli incendi; [AS] Adeguamento rispetto alla normativa per la costruzione in zona sismica; [TS] Adeguamento ai fini della tutela degli operatori e dei pazienti; [BA] Adeguamento rispetto alla normativa per l'eliminazione delle barriere architettoniche; [CE] Conservazione e consolidamento edile; [AE] Consolidamento e sistemazione delle aree esterne.  
 Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

**Analisi per obiettivi di investimento.** Le richieste di finanziamento vengono ricondotte ad un obiettivo ritenuto prioritario o trainante. Così si individuano gli ambiti di criticità ed esigenze di investimento “di sistema”, fornendo elementi utili alla definizione delle strategie per l'allocazione delle risorse.

E' possibile evidenziare la ripartizione dell'importo totale delle richieste di finanziamento rispetto agli obiettivi principali dell'investimento. Le richieste proposte prediligono l'adeguamento normativo delle strutture (circa il 33% del totale), la necessità di potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria e di supporto (circa il 32% del totale), ed il mantenimento/miglioramento dell'attività sanitaria e di supporto (circa il 31% del totale).

**Figura 1.5 Gli obiettivi prevalenti per priorità assegnata**

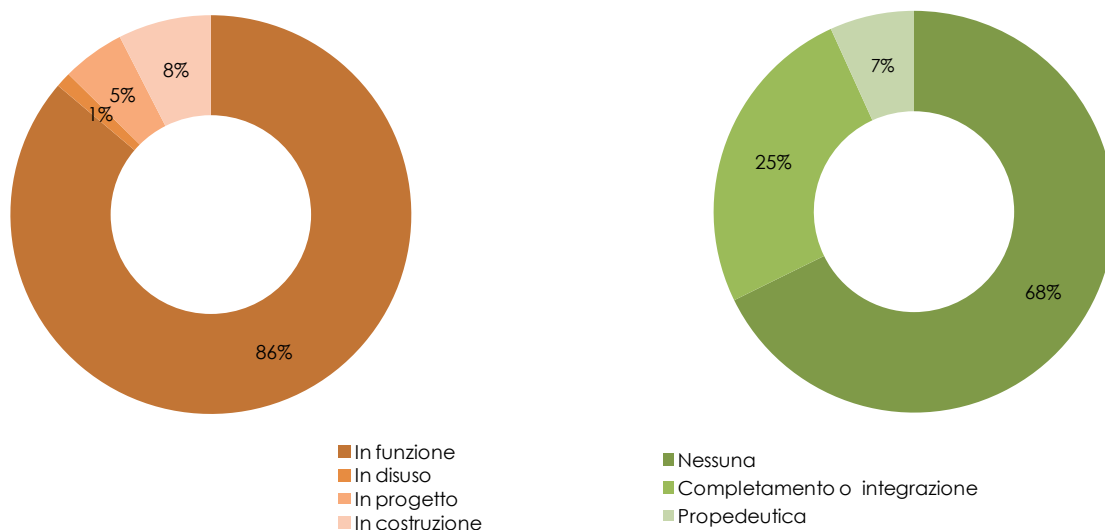


Note:[MS] Mantenimento/miglioramento dell'attività sanitaria; [MN] Mantenimento/miglioramento dell'attività di supporto; [PS] Potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria; [PN] Potenziamento/riorganizzazione dell'attività di supporto; [RE] Risparmio energetico; [AI] Adeguamento rispetto alla normativa per la prevenzione degli incendi; [AS] Adeguamento rispetto alla normativa per la costruzione in zona sismica; [TS] Adeguamento ai fini della tutela degli operatori e dei pazienti; [BA] Adeguamento rispetto alla normativa per l'eliminazione delle barriere architettoniche; [CE] Conservazione e consolidamento edile; [AE] Consolidamento e sistemazione delle aree esterne.  
 Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

Confrontando l'obiettivo primario del finanziamento rispetto alla priorità assegnata a livello aziendale, si nota come:

- la prima priorità sia costituita da interventi di adeguamento antincendio e di potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria (n. 6 interventi in entrambi i casi, per una quota di richiesta di finanziamento rispettivamente pari al 42% e 41% del totale richiesto in prima priorità);
- la seconda priorità sia costituita principalmente da interventi di potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria (n. 3 interventi, per una quota di richiesta di finanziamento pari al 40% del totale richiesto in seconda priorità);
- l'adeguamento antisismico sia l'obiettivo di maggiore necessità per la terza priorità di investimento (n. 1 intervento, per una quota di richiesta di finanziamento pari al 36% del totale richiesto in questa priorità);
- l'obiettivo inerente il mantenimento/miglioramento dell'attività sanitaria sia prevalente in quarta priorità (n. 5 interventi, per una quota di richiesta di finanziamento pari al 40% del totale richiesto in questa priorità);
- la quinta priorità sia interessata principalmente da interventi con obiettivo di adeguamento antincendio (n. 5 interventi, per una quota di richiesta di finanziamento pari al 73% del totale richiesto in questa priorità).

**Figure 1.6-7 Necessità di investimento su strutture non in funzione e in interventi di completamento**



Fonte: EDISAN – DES, anno di proposta 2017.

**Si investe solo sull'esistente?** L'analisi delle strutture oggetto delle richieste di finanziamento in rapporto al loro "Stato d'uso oppure rispetto alla fase realizzativa", a seconda che si tratti di edifici esistenti oppure non ancora compiuti, evidenzia possibili elementi di criticità nei processi di programmazione e quantificazione degli investimenti. Ad esempio, si riscontra la necessità di intervento su strutture in disuso, al fine di sanare situazioni di fatiscenza e di messa in sicurezza di alcune proprietà delle Aziende Sanitarie, oppure si rileva, nel caso di strutture in fase progetto o di costruzione, l'esigenza di reperire fondi per la loro realizzazione o la necessità di integrazioni a precedenti finanziamenti (circa il 14% in totale).

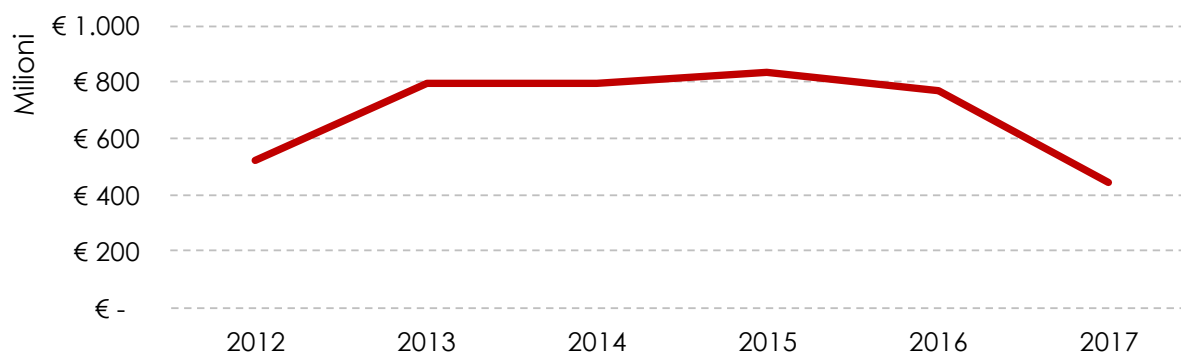
**Completezza vs. completamento.** Nell'analisi vengono evidenziate le "Relazioni delle richieste di finanziamento rispetto ad altre assegnazioni di risorse". Vengono distinte le richieste che si compiono in se stesse - che permettono, quindi, di completare gli obiettivi di investimento previsti in modo autonomo - da quelle che prevedono interventi a completamento o integrazione di altri finanziamenti e quelle propedeutiche a finanziamenti successivi.

La mancata esecuzione degli interventi proposti a completamento, infatti, non consente di raggiungere obiettivi di investimento, per i quali sono già state erogate risorse economiche. Il soddisfacimento delle richieste propedeutiche implica, invece, la necessità di risorse da impiegare negli esercizi successivi, affinché siano raggiunti gli obiettivi di investimento previsti. Circa il 25% dell'importo totale richiesto nel 2017 si riferisce al completamento di obiettivi già espressi ed interventi attuati con precedenti finanziamenti. Circa il 7% dell'importo totale delle richieste di finanziamento, invece, si riferisce ad interventi propedeutici ad ulteriori necessità di finanziamento.

## CONFRONTO RISPETTO ALLA SERIE STORICA

**Uno sguardo al passato.** Mettendo a confronto i dati relativi agli interventi proposti dalle Aziende Sanitarie regionali per le annate dal 2012 ad oggi (a partire dal piano triennale di investimento 2012-2014 sino all'attuale 2017-2019), vi è un considerevole decremento dell'importo totale di richiesta di finanziamento regionale tra il 2017 e le quattro annate precedenti, in media pari a circa -44% rispetto ai valori dal 2013 al 2016. Il dato si è riallineato ai valori del 2012.

**Figura 1.8 Anno dopo anno: l'andamento delle richieste di finanziamento**



Fonte: EDISAN – DES, anni di proposta dal 2012 al 2017.

A cosa si può imputare questa variazione? Il fatto è principalmente motivato dalla presenza di un intervento per la costruzione di un nuovo ospedale. L'importo complessivo dell'intervento è ad oggi pari a circa 354 milioni di euro. Tra il 2013 – anno di prima proposizione - e il 2016, la richiesta di finanziamento regionale presentata dall'Azienda è stata pari all'intero importo (allora corrispondente a circa 320 milioni di euro). Nell'anno corrente la quota di finanziamento regionale richiesta è pari a circa il 2% di quella complessiva, poiché alla realizzazione dell'opera e all'acquisto delle apparecchiature concorrono sia il finanziamento statale – di cui il 5% è a carico della Regione Piemonte – e quello a carico del concessionario che prende parte a

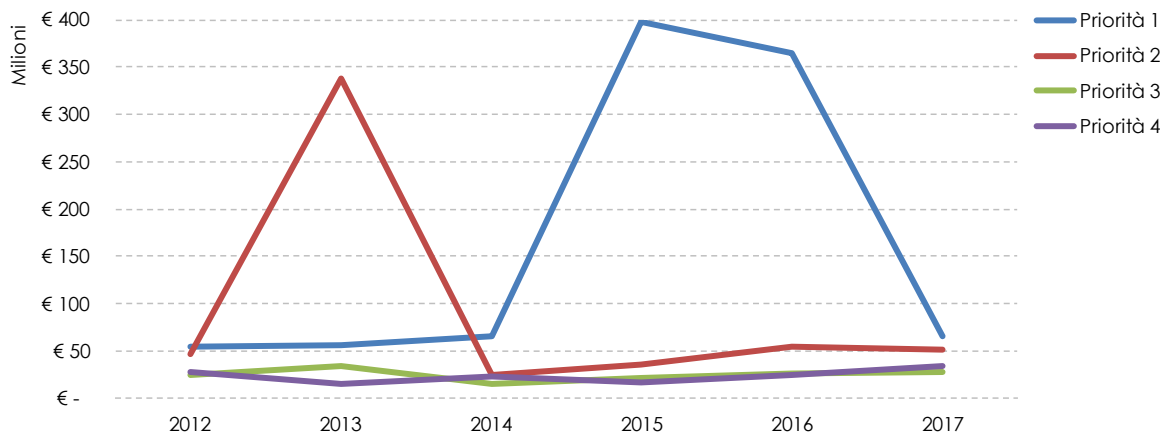
questa operazione di Partenariato Pubblico Privato. Per maggiori dettagli, si rimanda alla specifica voce presente nel paragrafo "Note generali sulla proposizione degli investimenti da parte delle Aziende Sanitarie".

**Percentuale di riproposizione.** La quota di richiesta di finanziamento corrispondente agli interventi riproposti da un anno all'altro è pari al 79%, valore che conferma l'andamento assunto nel 2016 (84%), quando si era riscontrata una diminuzione rispetto alle annate precedenti. Tale valore era pari al 94% nel 2014 e nel 2015. Si fa presente che l'incidenza delle stesse dal 2012 al 2013 era pari al 42% dell'importo degli interventi proposti, valore che tra il 2013 ed il 2014 è passato all'80%.

Ciò esprime sia la continua necessità di intervento regionale in ambito edilizio e tecnologico sia l'esiguità dei finanziamenti regionali erogati nel periodo analizzato. Da parte delle Aziende Sanitarie si evidenzia, inoltre, il livello contenuto di reperimento di fondi provenienti da altre fonti di finanziamento, che potrebbero rappresentare un'alternativa a quella regionale.

**Le prime quattro priorità.** Nel corso degli anni si osserva un andamento costante dell'entità della prima priorità di investimento, escludendo quelle in cui è presente l'intervento per la costruzione del nuovo ospedale (2015 e 2016). Il valore è in media pari a circa 60 milioni di euro. La seconda priorità è compresa in media tra i 45 e i 50 milioni di euro, mentre la terza e la quarta sono comprese in media tra i 20 e i 25 milioni di euro. I valori medi sono tutto sommato confermati dal confronto tra le annualità 2012 e 2017.

**Figura 1.9 Quote prioritarie a confronto**

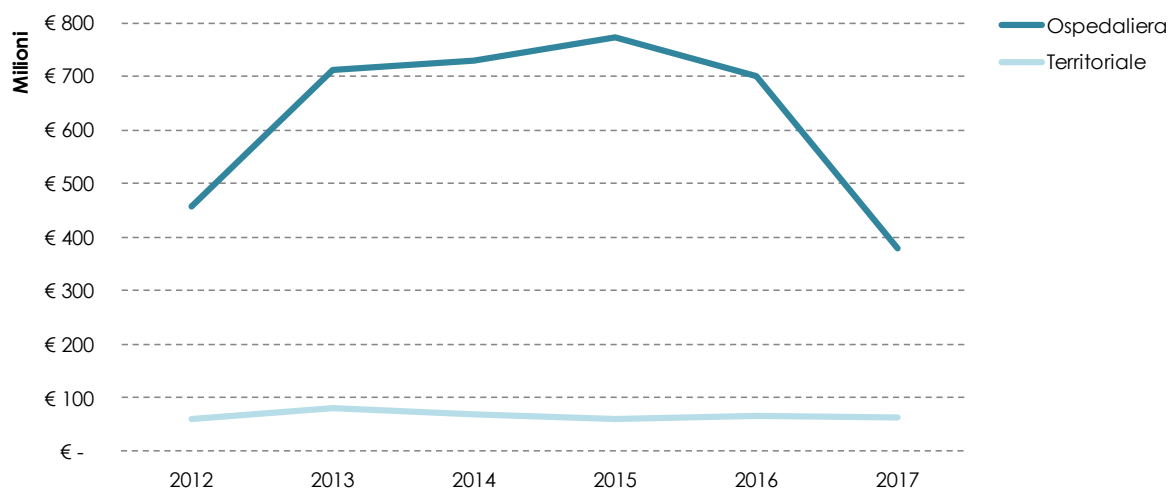


Fonte: EDISAN – DES, anni di proposta dal 2012 al 2017.

**Domanda costante per le strutture territoriali.** Il rapporto tra le richieste che interessano strutture territoriali (poliambulatori, dipartimenti e servizi di assistenza e prevenzione) e quelle sui soli ospedali risulta stabile, con cospicuo vantaggio delle seconde (in media pari al 90% della richiesta). La quota territoriale è raddoppiata dal 2011 al 2013, passando da 46 milioni di euro richiesti a 81 milioni di euro, in coincidenza con il cambio delle politiche regionali piemontesi, che hanno previsto una riorganizzazione delle reti sanitarie con il rafforzamento dell'assistenza

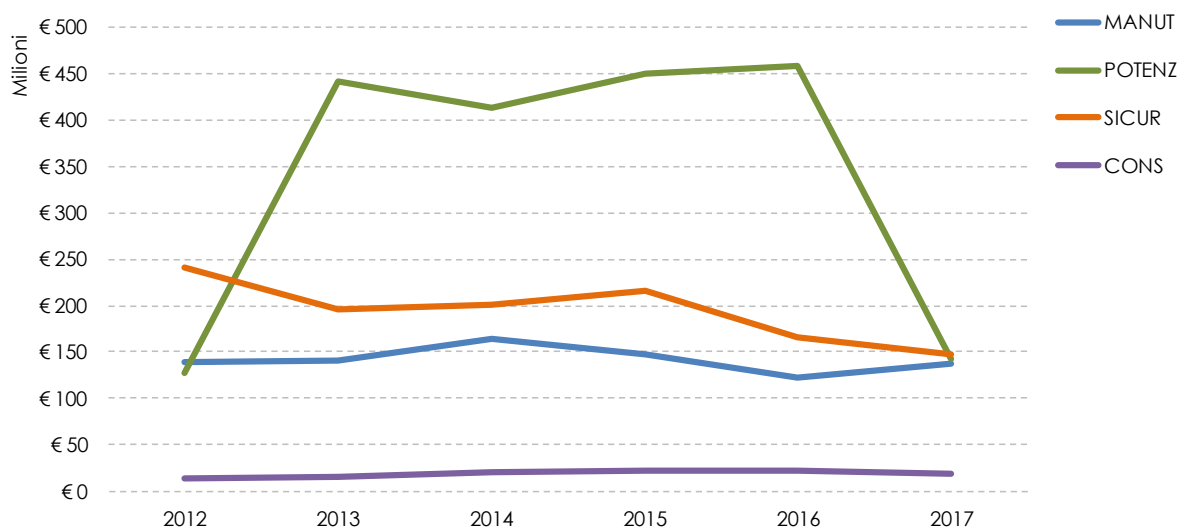
di prossimità al cittadino. Negli anni successivi si è attestato su un valore medio di 65 milioni di euro.

**Figura 1.10 Strutture territoriali rispetto a quelle ospedaliere**



Fonte: EDISAN – DES, anni di proposta dal 2012 al 2017.

**Figura 1.11 Gli obiettivi per macro-gruppi**



Fonte: EDISAN – DES, anni di proposta dal 2012 al 2017.

**Il confronto per obiettivi.** Le necessità espresse dalle richieste di finanziamento si riferiscono a quattro macro-gruppi di obiettivi di investimento:

- mantenimento e miglioramento delle condizioni d'uso dei locali o delle attrezzature sanitarie e di supporto [MANUT]. Il dato è pressoché costante nel tempo, con un valore medio di richiesta pari a circa 140 milioni di euro all'anno;
- potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria e di supporto [POTENZ]. Per questo obiettivo tra il 2013 e il 2016 era presente l'intervento relativo alla costruzione di

un nuovo ospedale, con importo interamente a carico del finanziamento regionale, perciò il valore medio di richiesta era pari a circa 440 milioni di euro all'anno. Nelle due annualità in cui questo intervento non era presente (2012) o in cui la quota regionale è minima (2017), il valore medio di richiesta per l'obiettivo è pari a circa 135 milioni di euro all'anno;

- adeguamenti per la messa in sicurezza delle strutture (antincendio, antisismica e tutela degli operatori e dei pazienti) e per il risparmio energetico [SICUR]. Presente con una richiesta di finanziamento complessiva di circa 240 milioni di euro nel 2012, negli ultimi due anni il dato è in diminuzione (circa 165 milioni di euro nel 2016 e 145 milioni di euro nel 2017);
- conservazione del patrimonio edilizio [CONS]. Il dato è aumentato tra il 2015 e il 2016, per poi riportarsi pari al valore medio di richiesta (circa 18 milioni di euro all'anno).

**Focus sicurezza e risparmio energetico.** Analizzando i singoli obiettivi che costituiscono il macro-gruppo degli adeguamenti per la messa in sicurezza delle strutture e per il risparmio energetico, si possono fare ulteriori riflessioni.

Le richieste per interventi di risparmio energetico [RE] su componenti edilizi ed impiantistici, pur non avendo ottenuto finanziamenti pubblici nel triennio in esame, sono diminuite come quota degli importi. Direttamente dalle Aziende si è rilevato che, nel periodo di interesse, alcuni interventi sono stati realizzati con il coinvolgimento di soggetti privati.

La quota riferita all'adeguamento delle strutture alla normativa per la prevenzione degli incendi [AI], in aumento tra il 2013 e il 2016, nel 2017 presenta una diminuzione di circa il 20% rispetto all'anno precedente. Questo può essere un effetto delle recenti assegnazioni di finanziamento (DGR n. 2-3900<sup>4</sup>) e del reperimento di fondi in proprio, così come era accaduto tra il 2012 e 2013 nella medesima circostanza (DGR n. 74-5196<sup>5</sup> e DGR n. 17-6419<sup>6</sup>). Sulla base delle tempistiche di adeguamento indicate nel DM 19 marzo 2015<sup>7</sup>, sono ipotizzabili future necessità di finanziamento in vista delle scadenze previste dalla normativa negli anni 2019, 2022 e 2025, fino al completamento del percorso di adeguamento.

Le richieste di adeguamento antisismico [AS] presentate dalle Aziende interessano maggiormente le attività di verifica di idoneità delle strutture. Già nelle scorse analisi, si era evidenziato che la rilevanza assunta dal tema negli ultimi anni poteva far prevedere un sostanziale incremento delle richieste e degli importi necessari a soddisfare tale esigenza. A conferma di ciò, si osserva la quota proposta nel 2017, che è pari a circa 15 milioni di euro, il doppio rispetto al valore medio di quanto proposto negli anni precedenti. Questi interventi non sono da considerarsi come risolutivi delle problematiche, bensì preliminari a successivi interventi strutturali.

Viene confermato il trend di diminuzione delle richieste di adeguamento rispetto alla normativa per la tutela degli operatori e dei pazienti [TS]. Il primo abbassamento si era verificato tra il

<sup>4</sup> DGR 8 settembre 2016, n. 2-3900, Programma di investimenti ex art. 20, Legge n. 67/1988 - Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con Delibera CIPE n. 16 dell' 8 marzo 2013. Riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi euro 7.119.668,28.

<sup>5</sup> DGR 28 dicembre 2012, n. 74-5196, Programmazione investimenti in edilizia sanitaria. Approvazione elenco interventi per "Adeguamento a requisiti strutturali di sicurezza" ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste su capitoli di bilancio per il triennio 2012-2014, BUR Piemonte n. 6 del 07/02/2013.

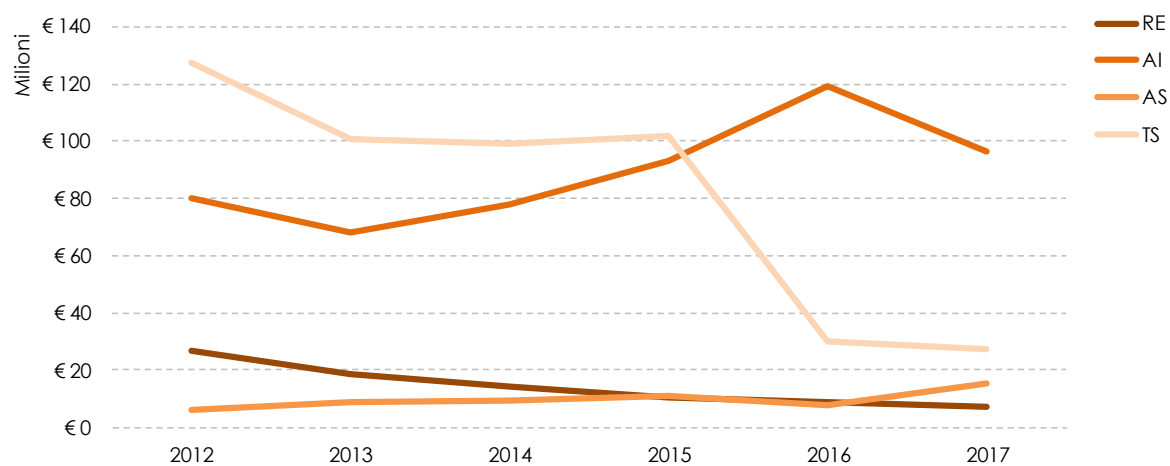
<sup>6</sup> DGR 30 settembre 2013, n. 17-6419, PAR FSC 2007-2013 - DGR N. 8-6174 del 29 luglio 2013 Avvio Asse "Edilizia Sanitaria" - Linea di azione: "Ammodernamento e Messa in sicurezza dei presidi ospedalieri", BUR Piemonte n. 43 del 24/10/2013.

<sup>7</sup> DM 19 marzo 2015, Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002.



2012 e il 2013 (-21% rispetto all'anno precedente), seguito da un secondo brusco calo tra il 2015 e il 2016 (-71% rispetto all'anno precedente). Va segnalato che gli interventi che interessano l'antincendio in genere includono adeguamenti di sicurezza pertinenti con questo obiettivo, come ad esempio la manutenzione o il rinnovo degli impianti elettrici. Per questo motivo è verosimile che questo obiettivo sia spesso secondario, rispetto a quello principale relativo all'antincendio.

**Figura 1.12 Com'è variata la quota riferita alla sicurezza e al risparmio energetico?**



Fonte: EDISAN – DES, anni di proposta dal 2012 al 2017.

# CAPITOLO 2

## L'ADEGUATEZZA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Nella presente sezione vengono riepilogati i principali esiti della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri pubblici, presentati per esteso nel rapporto annuale curato dall'IRES Piemonte, edizione 2017<sup>8</sup>.

**La qualificazione edilizia e funzionale.** E' una metodologia di analisi che permette la descrizione e la valutazione degli asset ospedalieri relativamente ad aspetti strutturali e tecnologici. Dal monitoraggio degli asset è possibile verificare l'efficacia delle politiche di intervento adottate e supportare l'attuazione delle stesse, oppure la definizione di ulteriori strategie per l'evoluzione verso più ampi scenari di adeguatezza, qualità e sostenibilità.

La conoscenza delle criticità e delle potenzialità dell'esistente, infatti, è un presupposto per la programmazione degli interventi in edilizia sanitaria, sia nel caso dell'adeguamento dell'esistente, sia nel caso dell'innovazione della rete ospedaliera o territoriale, anche mediante nuove realizzazioni. Per gli studi ed i progetti di fattibilità delle nuove realizzazioni, infine, gli strumenti, i metodi e gli esiti della qualificazione edilizia e funzionale supportano la valutazione delle opzioni progettuali alternative.

Le metodologie di analisi si basano su strumenti e metodi dell'analisi prestazionale ed economica in materia di interventi ed investimenti in edilizia sanitaria, anche secondo letture dinamico-evolutive od analisi di scenario.

La qualificazione edilizia e funzionale viene aggiornata annualmente e si colloca nel percorso costituito per il monitoraggio dei presidi ospedalieri. Le sue fonti, infatti, sono flussi regionali o ministeriali (FIM ed HSP11, tramite PADDI ed ARPE), il Database Edilizia Sanitaria (DES) e la procedura EDISAN - DES. I dati estratti dalle fonti, infine, sono integrati – ove necessario – dall'interazione con le Aziende nell'ambito della procedura EDISAN - DES.

### QUALI SONO, ATTUALMENTE, LE CONDIZIONI STRUTTURALI DEGLI OSPEDALI REGIONALI?

In Piemonte ci sono 52 ospedali pubblici con circa 12 mila posti letto (escluse le culle ed il nido).

Tenendo conto che la loro superficie complessiva è pari a circa 2,3 milioni di metri quadri, la superficie unitaria a posto letto ammonta a circa 190 m<sup>2</sup>/pl: valore superiore rispetto agli standard di riferimento riconosciuti per condizioni di piena sostenibilità insediativa (100÷150 m<sup>2</sup>/pl). Il sovradimensionamento delle strutture ospedaliere, da considerare come l'effetto dell'inerzia delle opere edilizie ed infrastrutturali rispetto alla variazione dei posti letto, ha effetti sui costi e

---

<sup>8</sup>Tresalli G., Sileno L., Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali – Rapporto annuale 2017, IRES Piemonte, gennaio 2018.

sulle modalità della gestione e della conduzione ospedaliera, nonché sugli interventi comunque necessari per il loro mantenimento in efficienza.

**Il fabbisogno per l'adeguamento.** Considerati i requisiti tecnologici per l'accreditamento degli ospedali come riferimento per valutare la loro qualità edilizia, attualmente il pieno soddisfacimento di tali requisiti è ancora un obiettivo di medio periodo, poiché risultano mediamente riscontrati per il 74,4%. Per garantire il pieno soddisfacimento dei requisiti per l'accreditamento sarebbero necessari interventi di adeguamento per circa 1,73 miliardi di euro<sup>9</sup>.

Occorre comunque mettere in evidenza che parte degli interventi considerati per la quantificazione del fabbisogno sopra indicato potrebbero non essere risolutivi rispetto alle criticità attuali, poiché le strutture non sono pienamente disponibili all'adeguamento a causa dell'elevato livello di obsolescenza che le caratterizza e della presenza di vincoli intrinseci alla realizzazione di interventi diffusi od intensivi.

**L'obsolescenza.** Considerato come livello massimo di obsolescenza quello di un ospedale che non è attuale rispetto ai modelli funzionali e tecnologici di riferimento (ospedale vetusto o superato), il livello medio di obsolescenza degli ospedali regionali è pari al 70,4%. Le strutture ospedaliere obsolete sono circa il 43% del numero totale. Circa due terzi delle strutture ospedaliere obsolete sono inoltre limitate rispetto all'adeguamento da vincoli intrinseci (strutture critiche). Tali strutture sono infatti il 31% del numero totale. Il fatto che tali strutture, oltre a non essere idonee agli usi attuali, abbiano un basso potenziale all'adeguamento e alla trasformazione, impone riflessioni sull'opportunità di investire per il loro adeguamento, oppure per la loro trasformazione ad usi più compatibili alle caratteristiche attuali, anche nell'ottica della contrazione del fabbisogno complessivo.

Il fabbisogno stimato per l'adeguamento di tali strutture ammonta a circa 790 milioni di euro (46% del totale). Il numero dei posti letto in esse presenti è invece pari a circa 4.300 unità (34% del totale). La consistenza delle strutture critiche per obsolescenza e disponibilità all'adeguamento impone di ricondurre il tema degli investimenti a quello più ampio e generale del riordino della rete ospedaliera e territoriale, dove il loro adeguamento o la loro trasformazione possono essere definiti ed attuati parallelamente a nuove realizzazioni.

## QUALI SONO STATI GLI EFFETTI DELLE POLITICHE DI INTERVENTO IN EDILIZIA SANITARIA ADOTTATE?

Nell'ultimo anno le politiche di investimento in edilizia ospedaliera confermano sostanzialmente quelle definite ed adottate nell'ultimo quadriennio. Nella cornice generale del riordino della rete ospedaliera e della rete territoriale delle strutture sanitarie, infatti, si possono identificare le due seguenti politiche di investimento:

- **Adeguamento dell'esistente:** l'obiettivo è di breve periodo e riguarda la risoluzione di criticità ospedaliere indifferibili, come quelle in materia di sicurezza, di conservazione del patrimonio e di completamento degli interventi edilizi già avviati.

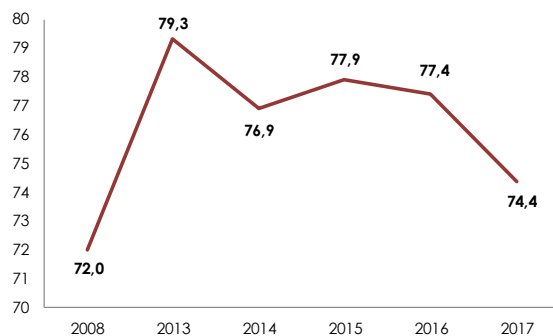
<sup>9</sup> Tale fabbisogno non include quello relativo agli interventi per l'adeguamento antisismico.

- **Innovazione della rete ospedaliera:** l'obiettivo è di medio periodo e riguarda la realizzazione di nuovi ospedali in luogo di più strutture esistenti.

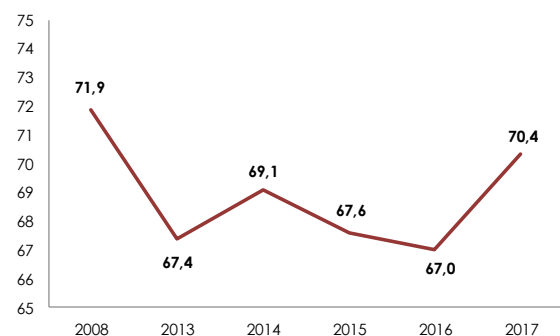
**L'ultimo decennio.** Guardando ai dati sulla qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri si evince che gli effetti determinati dal progressivo peggioramento degli ospedali esistenti - in termini di obsolescenza, di mancato riscontro ai requisiti per l'accreditamento, di fabbisogno per l'adeguamento e di attitudine all'uso, all'adeguamento o alla trasformazione - sono stati in parte compensati dagli investimenti sostenuti per l'adeguamento prioritario e dall'estromissione dalla rete ospedaliera delle strutture più critiche. Fatta eccezione per l'ultimo anno, infatti, le variabili per la qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri restituivano l'immagine di un patrimonio ospedaliero mediamente obsoleto, di qualità migliorabile e con un fabbisogno di adeguamento che imponeva delle scelte sui grandi temi della conservazione o dell'innovazione nel contesto di un disegno complessivo, coerente e coordinato di riordino della rete ospedaliera, nella consapevolezza che circa un quarto degli ospedali si presentava ormai come indisponibile ad importanti e diffusi interventi di recupero. L'immagine era comunque quella di un patrimonio ospedaliero che, pur mantenendo tali caratteristiche, faceva segnalare dei trend positivi.

Si vedano i seguenti grafici.

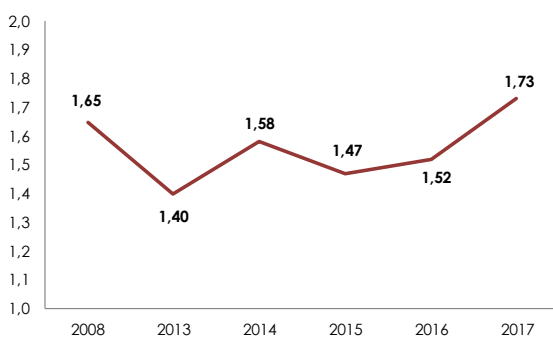
**Figura 2.1 Livelli di qualità strutturale (media regionale)**



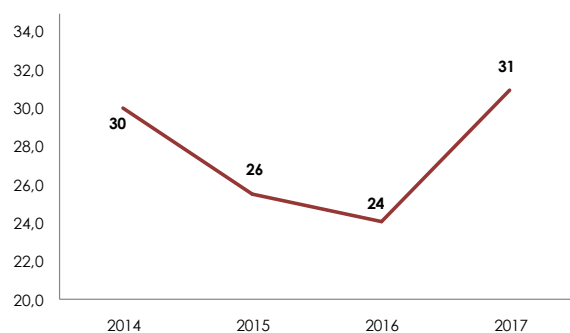
**Figura 2.2 Livelli di obsolescenza (media regionale)**



**Figura 2.3 Fabbisogno per l'adeguamento (in miliardi di euro)**



**Figura 2.4 Percentuale degli ospedali obsoleti e con vincoli intrinseci**



**L'ultimo anno.** Nell'ultimo anno la qualità strutturale è scesa di 3 punti percentuali, l'obsolescenza è aumentata di circa 3,5 punti percentuali, il fabbisogno per l'adeguamento è aumentato fino a raggiungere i maggiori valori dell'ultimo decennio e la percentuale delle

strutture non idonee agli usi attuali, all'adeguamento o alla trasformazione è passata dal 24% al 31%.

Facendo riferimento all'ultimo anno si può quindi sostenere che le strategie di intervento adottate non abbiano apportato benefici apprezzabili nel contesto della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri. Si ritiene che tale circostanza sia imputabile all'esiguità degli investimenti per l'adeguamento degli ospedali rispetto al fabbisogno complessivo e alla strategia del riparto territoriale, che non concentra gli interventi nelle realtà più critiche. La mancata estromissione dalla rete ospedaliera di strutture critiche da un punto di vista edilizio e per le quali la programmazione regionale ha già previsto la dismissione o la trasformazione, inoltre, si è presentata come un fattore penalizzante i valori medi regionali di interesse della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri.

**Le strategie per l'innovazione** Guardando alle strategie per l'innovazione della rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali (Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, Città della Salute e della Scienza di Novara e nuovi ospedali dell'ASL VCO e di Verduno), si rileva che gli stessi riguardano effettivamente Aziende con valori medi critici sia per qualità strutturale, sia per obsolescenza delle loro strutture.

Simulando la realizzazione di tali nuovi ospedali e considerando anche la progettualità riguardante il nuovo ospedale unico dell'ASL TO5, il livello di qualità strutturale medio regionale aumenterebbe dal 74,4% all'83,7%, mentre l'obsolescenza passerebbe dal 70,4% al 52,1%.

## A QUALI CRITERI POTREBBERO ISPIRARSI LE POLITICHE DI INTERVENTO FUTURE IN EDILIZIA SANITARIA?

Gli indirizzi per le politiche di investimento in edilizia sanitaria potrebbero riguardare aspetti organizzativi ed obiettivi di intervento nel contesto generale del riordino della rete degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali.

**Lo scenario di medio periodo.** Guardando ad uno scenario di medio periodo, il potenziamento della rete delle strutture sanitarie territoriali permetterà il ridimensionamento del ruolo degli ospedali, da luoghi omnicomprensivi per la sanità a poli altamente tecnologici e specializzati per il trattamento della fase acuta della malattia o per la diagnostica avanzata. Lo scenario di medio periodo sembra quindi caratterizzato da meno ospedali e più strutture sanitarie territoriali ed anche all'interno degli ospedali il progresso in campo medico, farmaceutico e tecnologico, ma – soprattutto – la razionalizzazione e l'integrazione dei percorsi di diagnosi e cura, fanno prevedere una presenza sempre maggiore dei servizi sanitari e della degenza breve, a discapito dei posti letto per la degenza ordinaria.

Uno scenario di medio periodo così configurato solleva in parte dalla preoccupazione derivante dal livello di criticità strutturale degli ospedali attuali, poiché è evidente che parte delle strutture esistenti dovranno essere incluse in un programma di dismissione o riconversione che le sottrarranno dalla rete ospedaliera. Anche le considerazioni in termini di sostenibilità insediativa degli ospedali attuali e di approvvigionamento delle risorse necessarie per riscontrare il loro fabbisogno per l'adeguamento confermano l'opportunità della razionalizzazione della rete ospedaliera mediante la trasformazione di parte degli ospedali attualmente esistenti.

**I nuovi ospedali.** Per garantire l'adeguatezza dell'offerta ospedaliera o per sostituire più ospedali esistenti con nuove realizzazioni, si conferma la rilevanza del tema dei nuovi ospedali (Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino, della Città della Salute e della Scienza di Novara e dei nuovi ospedali del VCO e di Verduno) e si segnalano, come ambiti di sicuro interesse per ulteriori strategie per l'innovazione, l'ASL TO4, la ex ASL TO2, ora confluita nell'ASL Città di Torino. Si ritiene inoltre che il medesimo tema possa trovare un'opportuna declinazione anche per gli ambiti dell'ASL TO3 e dell'AO di Cuneo.

Si ritiene che la realizzazione di nuovi ospedali debba essere prevista nell'ambito di un disegno complessivo, coerente ed unitario di trasformazione della rete ospedaliera regionale, parallelamente al potenziamento della rete delle strutture sanitarie territoriale, eventualmente da realizzare tramite la riconversione di parte dei presidi ospedalieri attualmente esistenti.

**Un disegno complessivo di trasformazione.** Poiché le nuove realizzazioni ospedaliere, con particolare riferimento a quelle in Partenariato Pubblico Privato, si devono fondare su presupposti giuridici, istituzionali, tecnici ed economici che ne garantiscano la sostenibilità nel medio periodo e ritenuto che, attualmente, tali presupposti debbano essere ancora consolidati nella cultura delle realizzazioni delle opere pubbliche in Piemonte, occorre comunque mettere in evidenza che esiste il rischio che la strategia dell'innovazione mediante la realizzazione di nuovi ospedali sollevi da un problema attuale, trasferendolo però nel medio periodo. La risposta ai problemi strutturali della rete attuale, pertanto, non è da ricercare nella sostituzione di tutti gli ospedali critici, ma nella definizione di un disegno complessivo e coerente di trasformazione della rete ospedaliera, la cui attuazione deve essere rimandata ad un centro di competenza pubblico capace di curare ogni segmento del processo realizzativo delle opere, di valorizzare l'esperienza di ogni singolo intervento ed, a monte, di ottimizzare le risorse da impiegare per l'avvio e la realizzazione dei nuovi ospedali, nel contesto di un percorso istituzionale chiaro.

Nell'ambito delle verifiche sulla sostenibilità delle realizzazioni riguardanti nuovi ospedali si ritiene che oltre alla fattibilità tecnica ed economico-finanziaria debba essere condotta un'attenta analisi delle opzioni alternative, da intendersi come soluzioni differenti per accompagnare l'esistente verso lo scenario di medio periodo. L'analisi, quindi, dovrebbe riguardare tanto le strutture esistenti, quanto le nuove realizzazioni e le soluzioni dovrebbero essere intese sia come alternative progettuali, sia come opzioni per la realizzazione del medesimo intervento, ad esempio secondo modalità tradizionali e forme di Partenariato Pubblico Privato.

Con riferimento alle strutture esistenti, il fabbisogno complessivo per l'adeguamento dei presidi ospedalieri regionali, pari a circa 1,73 miliardi di euro, conferma l'opportunità di continuare a definire delle strategie di investimento per scenari rivolti ad obiettivi specifici, in modo che possano essere risolte – fra tutte quelle esistenti e con le disponibilità economiche effettive – le criticità inderogabili, quali – ad esempio – quelle in materia di sicurezza. Occorre quindi un piano di intervento complessivo che, seguendo criteri di merito, permetta di concentrare le risorse ove le criticità risultano più rilevanti o coerenti agli obiettivi dei finanziamenti disponibili.

Si ritiene che gli obiettivi in materia di sicurezza debbano essere perseguiti per tutti i presidi ospedalieri in esercizio. Per i presidi da trasformare si consiglia comunque la realizzazione di interventi la cui efficacia possa essere recuperata anche negli assetti futuri e la valutazione pre-

ventiva di eventuali misure temporanee ed alternative per il soddisfacimento dei medesimi obiettivi.

Con riferimento agli interventi di manutenzione aventi titolo di rientrare nell'ambito della programmazione dei lavori pubblici, si consiglia in ogni caso di prevedere la disponibilità ciclica delle risorse necessarie a garantire la permanenza od il ripristino dei requisiti minimi dei sistemi tecnologici, impiantistici ed ambientali ospedalieri. Si stima che l'entità annua del fondo per le manutenzioni debba essere pari a circa 145 milioni di euro.

# CAPITOLO 3

## GLI SCENARI PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI

Gli scenari servono alla possibile allocazione di risorse per interventi in edilizia sanitaria, sulla base di metodi di ottimizzazione e razionalizzazione degli investimenti. Si ottengono riconducendo gli obiettivi dichiarati per gli interventi di edilizia sanitaria a specifici lotti di investimento, valutando il ruolo e le caratteristiche delle strutture sanitarie interessate e applicando i criteri di priorità vigenti in tema di appalti pubblici.

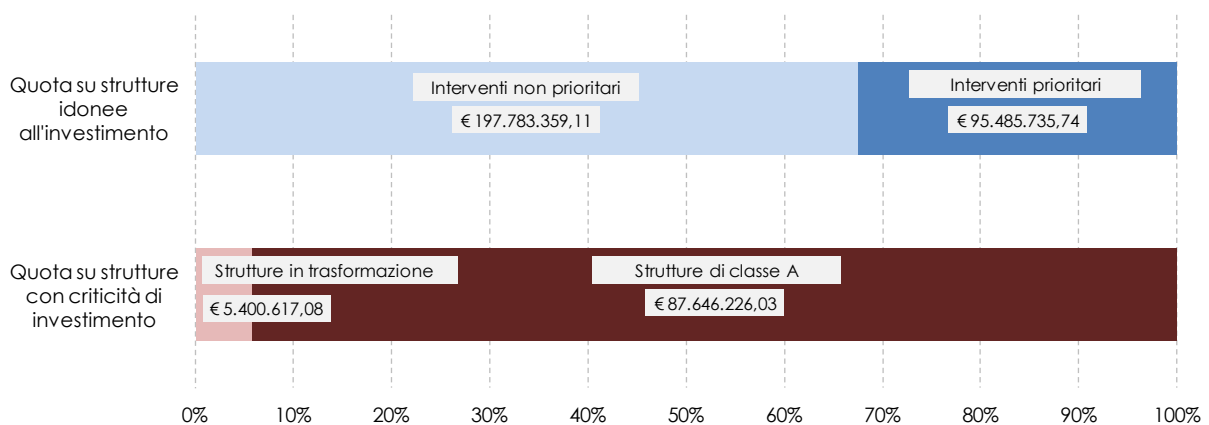
### LOTTI E QUOTE DI INTERVENTO

**La visione di insieme.** L'ammontare degli interventi con tipologia prevalente a carattere edilizio - riferito all'ultima annualità di programmazione - corrisponde ad un numero di 277 proposte di finanziamento, per un importo regionale richiesto pari a 386.695.938 €.

Il 76% della richiesta di finanziamento regionale avanzata dalle Aziende Sanitarie interessa strutture idonee all'investimento, mentre il 24% è riferito a strutture che presentano criticità.

La quota di richiesta di finanziamento su strutture idonee è costituita per il 67% da interventi non prioritari, a fronte del 33% di interventi prioritari. La quota su strutture critiche interessa per la maggior parte strutture in classe A di attitudine all'uso e/o alla trasformazione (94%); il 6% della richiesta di finanziamento è su strutture oggetto di trasformazione o riconversione.

**Figura 3.1 Quote di intervento su strutture idonee e non all'investimento**



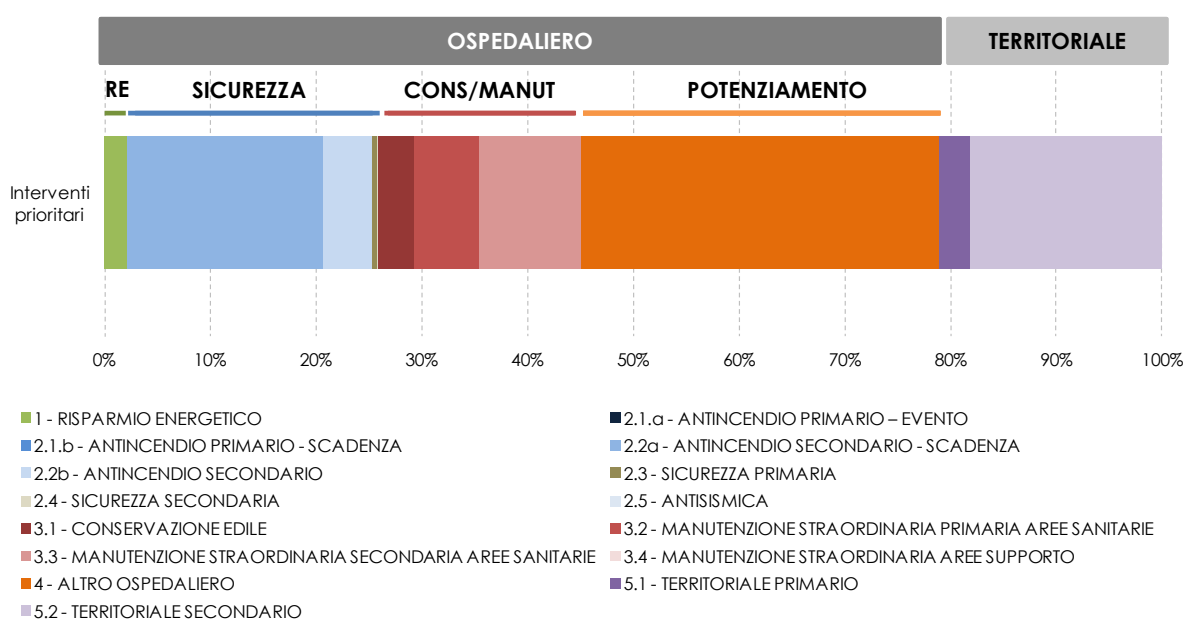
Fonte: Procedura integrata EDISAN - DES. Elaborazione Nucleo Edilizia Sanitaria IRES Piemonte, 2017.

**Quali necessità vengono manifestate tra gli interventi prioritari su strutture idonee?** Gli interventi prioritari riguardano per il 21% della richiesta di finanziamento l'ambito territoriale e per il 79% quello ospedaliero. Questo si suddivide in:



- 43% per interventi di potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria (34% dell'intera quota prioritaria);
- 30% per obiettivi di sicurezza (24% dell'intera quota prioritaria). Interessa per la maggior parte (78%) la richiesta di finanziamento di interventi secondari per scadenza per l'adeguamento antincendio delle strutture;
- 24% per conservazione e mantenimento dell'esistente (19% della quota prioritaria). Interessa per la maggior parte (50%) la richiesta di finanziamento di interventi secondari per il mantenimento e/o il miglioramento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività sanitaria;
- 3% per risparmio energetico (2% della quota prioritaria).

**Figura 3.2 Obiettivi principali di investimento degli interventi prioritari**



Fonte: Procedura integrata EDISAN - DES. Elaborazione Nucleo Edilizia Sanitaria IRES Piemonte, 2017.

Tra gli interventi prioritari sono stati inclusi alcuni interventi in via eccezionale:

- due interventi che insistono su strutture che presentano criticità di investimento (Classe A), ma che appartengono ai lotti con obiettivo principale di sicurezza e che sono completamenti di precedenti interventi.  
In questo caso si ritiene che gli obiettivi in materia di sicurezza debbano essere perseguiti per tutti i presidi ospedalieri in esercizio, prescindendo dalla loro classe di attitudine. Si consiglia comunque la realizzazione di interventi la cui efficacia possa essere recuperata anche negli assetti futuri e la valutazione preventiva di eventuali misure temporanee ed alternative per il soddisfacimento dei medesimi obiettivi.
- un intervento che interessa una struttura non compresa tra quelle della Rete Emergenza-Urgenza ed oggetto di trasformazione, ma che ha un finanziamento con una quota di capitale privato maggioritario.  
Si solleva la questione relativa all'opportunità di investire in questo intervento, poiché non rientra tra gli obiettivi non strategici, ossia è diverso da quelli di sicurezza o di rilevanza normativa.

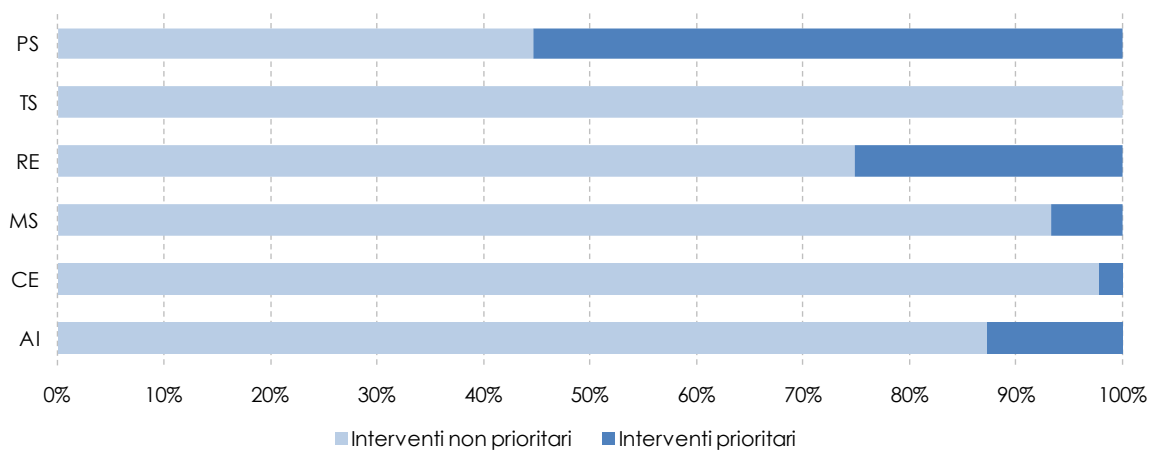
**Quali interventi sono rilevanti tra quelli che insistono su strutture con criticità di investimento?** Vi sono alcuni interventi che appartengono ai lotti con obiettivo principale di sicurezza; si evidenziano:

- cinque interventi che riguardano strutture non comprese tra quelle della Rete Emergenza-Urgenza ed oggetto di trasformazione;
- quindici interventi che insistono su strutture che presentano criticità di investimento (Classe A).

In questo caso si ritiene che gli obiettivi in materia di sicurezza debbano essere perseguiti per tutti i presidi ospedalieri in esercizio, prescindendo dalla loro classe di attitudine e dalla previsione di trasformazione che eventualmente li interessa. Si consiglia comunque la realizzazione di interventi la cui efficacia possa essere recuperata anche negli assetti futuri e la valutazione preventiva di eventuali misure temporanee ed alternative per il soddisfacimento dei medesimi obiettivi.

**Principali obiettivi di investimento in ambito territoriale.** Gli interventi prioritari riguardano maggiormente gli obiettivi di potenziamento/riorganizzazione dell'attività sanitaria, adeguamento antincendio e risparmio energetico.

**Figura 3.3 Quote prioritarie e non per obiettivo principale di investimento in ambito territoriale**



Fonte: Procedura integrata EDISAN - DES. Elaborazione Nucleo Edilizia Sanitaria IRES Piemonte, 2017.

**Dettaglio per lotti e quote di investimento.** Di seguito si riporta il quadro di riepilogo delle richieste di finanziamento in edilizia sanitaria con priorità 2017, suddiviso per lotti d'investimento in base all'obiettivo principale dell'intervento e distinto secondo criteri di ottimizzazione e razionalizzazione dell'allocazione di risorse finanziarie.

**Tabella 3.1 Quadro di sintesi degli scenari di programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria (Importi in Euro)**

Lotto	Obiettivo	Criteri di ottimizzazione e razionalizzazione dell'allocazione di risorse finanziarie				
		Quota su strutture con criticità di investimento			Quota su strutture idonee all'investimento	
		Strutture in previsione di trasformazione (PSSR 2012/2015)	Strutture in previsione di sostituzione	Strutture di classe A: struttura critica e non flessibile (IRES)	Interventi non prioritari	Interventi prioritari
1	RISPARMIO ENERGETICO			2.000.000,00	750.000,00	2.000.000,00
2.1.a	ANTINCENDIO PRIMARIO EVENTO				600.000,00	
2.1.b	ANTINCENDIO PRIMARIO SCADENZA				8.104.023,00	
2.2.a	ANTINCENDIO SECONDARIO SCADENZA	2.200.000,00		7.300.000,00	39.495.000,00	17.693.050,00
2.2.b	ANTINCENDIO SECONDARIO	3.000.000,00		5.100.000,00	4.050.000,00	4.500.000,00
2.3	SICUREZZA PRIMARIA			6.261.163,21	3.959.836,79	400.000,00
2.4	SICUREZZA SECONDARIA	110.512,29		3.800.000,00	8.668.900,00	111.487,71
2.5	ANTISISMICA	53.790,23		12.968.444,20	2.525.765,57	
3.1	CONSERVAZIONE EDILE	36.314,56		3.543.914,46	4.690.000,00	3.264.770,98
3.2	MANUTENZIONE STRAORDINARIA PRIMARIA AREE SANITARIE			29.279.200,00	13.630.000,00	5.900.000,00
3.3	MANUTENZIONE STRAORDINARIA SECONDARIA AREE SANITARIE			6.680.000,00	18.620.000,00	9.093.276,22
3.4	MANUTENZIONE STRAORDINARIA AREE SUPPORTO			600.000,00	7.370.000,00	
4	ALTRO OSPEDALIERO			10.113.504,16	40.760.000,00	32.450.916,00
5.1	TERRITORIALE PRIMARIO				30.539.833,75	2.749.800,00
5.2	TERRITORIALE SECONDARIO				14.020.000,00	17.322.434,83
<b>TOTALE</b>		5.400.617,08	0,00	87.646.226,03	197.783.359,11	95.485.735,74

Fonte: Procedura integrata EDISAN - DES. Elaborazione Nucleo Edilizia Sanitaria IRES Piemonte, 2017.

Note: la priorità o meno degli interventi è stata definita rispetto alla normativa vigente in tema di appalti pubblici [D.lgs n. 50/2016, ex art. 128 - D.lgs n. 163/2006 e smi], così come previsto dalla metodologia adottata.

La tabella mette in evidenza le singole quote in cui è stata ripartita la richiesta di finanziamento regionale, mettendo in evidenza una serie di aspetti:

- i lotti "2.1.a. Antincendio primario per evento" e "2.2.a. Antincendio primario per scadenza", pur rappresentando obiettivi di primario interesse e urgenza per l'adeguamento delle strutture ospedaliere, sono riferiti a strutture idonee all'investimento, ma non rientrano nella quota prioritaria, così come definita dalla metodologia adottata;
- il lotto "4. Altro ospedaliero" – principalmente composto da interventi di potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria e avente il peso maggiore nella quota di interventi prioritari su strutture idonee - non esprime unicamente strategie d'insieme, bensì propone anche interventi definiti all'interno della programmazione aziendale, promossi prima in ambito locale e poi condivisi a livello centrale;
- il lotto "1. Risparmio Energetico" ricade in parte tra gli interventi prioritari, pur non rappresentando un obiettivo di primario interesse e urgenza, bensì il completamento di un intervento già avviato.

#### **Suddivisione in lotti di investimento.**

Le richieste di finanziamento in edilizia sanitaria sono state suddivise in 15 lotti di investimento, sulla base dell'obiettivo principale di ciascun intervento:

- Lotto 1 – obiettivo Innovazione ed Energia: richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento ai requisiti della normativa per il risparmio energetico [RE];
- Lotto 2.1.a – obiettivo Antincendio (primario per evento): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento ai requisiti della normativa antincendio [AI], con particolare riferimento ad interventi di primaria necessità, poiché riferiti ad azioni che consentono il rilascio del Certificato di Prevenzione Incendi (CPI) a fronte di indicazioni impartite dai Vigili del Fuoco (Circolare prot. n. 26648-P del 18/09/2015, Ministero della Salute);
- Lotto 2.1.b – obiettivo Antincendio (primario per scadenza): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento ai requisiti della normativa antincendio [AI], con particolare riferimento ad interventi di primaria necessità, poiché riferiti ad azioni che consentono il rispetto della prima scadenza (24 aprile 2016) dettata dal DM 19 marzo 2015;
- Lotto 2.2.a – obiettivo Antincendio (secondario per scadenza): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento ai requisiti della normativa antincendio [AI], con particolare riferimento ad interventi di secondaria necessità, poiché riferiti ad azioni che consentono il rispetto della seconda scadenza (24 aprile 2019) dettata dal DM 19 marzo 2015, nonché in specifico a quanto previsto all'art. 2, comma 1, lettera c) del medesimo DM;
- Lotto 2.2.b – obiettivo Antincendio (secondario): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento ai requisiti della normativa antincendio [AI], con particolare riferimento ad interventi di secondaria necessità, ovvero quanto non incluso nei lotti precedenti;
- Lotto 2.3 – obiettivo Sicurezza (primario): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento rispetto alla normativa per la tutela e sicurezza dei luoghi di lavoro [TS], con particolare riferimento ad interventi su aree sanitarie quali DEA, reparti di degenza, reparti operatori e di terapia intensiva;
- Lotto 2.4 – obiettivo Sicurezza (secondario): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di adeguamento rispetto alla normativa per la tutela e sicurezza dei luoghi di lavoro [TS], ad esclusione di aree sanitarie quali DEA, reparti di degenza, reparti operatori e di terapia intensiva.;
- Lotto 2.5 – obiettivo Antisismica: richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo principale di investimento per l'adeguamento rispetto alla normativa antisismica [AS];

- Lotto 3.1 – obiettivo Recupero dell'esistente: richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di conservazione e consolidamento edile delle strutture [CE]. Tipo d'intervento prioritario sulla base del D.Lgs 163 del 12 aprile 2006, art.128 e smi;
- Lotto 3.2 – obiettivo Manutenzione (primario): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di mantenimento e/o il miglioramento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività sanitaria [MS], con particolare riferimento ad interventi su aree sanitarie quali DEA, reparti di degenza, reparti operatori e di terapia intensiva. Tipo d'intervento prioritario sulla base del D.Lgs 163 del 12 aprile 2006, art.128 e smi;
- Lotto 3.3 – obiettivo Manutenzione (secondario): richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di mantenimento e/o il miglioramento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività sanitaria [MS], ad esclusione di aree sanitarie quali DEA, reparti di degenza, reparti operatori e di terapia intensiva. Tipo d'intervento prioritario sulla base del D.Lgs 163 del 12 aprile 2006, art.128 e smi;
- Lotto 3.4 – obiettivo Manutenzione su aree non sanitarie: richieste di finanziamento su strutture ospedaliere con obiettivo di mantenimento e/o il miglioramento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività di supporto [MN]. Tipo d'intervento prioritario sulla base del D.Lgs 163 del 12 aprile 2006, art.128 e smi;
- Lotto 4 – Altri obiettivi: richieste di finanziamento sui presidi ospedalieri per altri obiettivi di investimento [PS, PN, BA, AE];
- Lotto 5.1 – interventi su Strutture Territoriali: richieste di finanziamento su strutture territoriali per obiettivi di investimento predefiniti [RE, AI, TS, CE, MS, AS];
- Lotto 5.2 – interventi su Strutture Territoriali: richieste di finanziamento su strutture territoriali per altri obiettivi di investimento [PS, PN, BA, AE].

#### **Idoneità delle strutture interessate.**

Per razionalizzare l'allocazione delle risorse finanziarie, gli interventi sono stati analizzati in relazione a:

- processi di trasformazione dei presidi ospedalieri, secondo quanto previsto dalle previsioni del PSSR 2012-2015;
- processi di sostituzione delle strutture esistenti mediante costruzione di nuovi edifici ospedalieri, secondo quanto riferibile a procedure programmatiche, amministrative o esecutive in corso;
- ruolo dei presidi ospedalieri nella rimodulazione della rete ospedaliera emergenza-urgenza;
- classi di attitudine all'uso e/o alla trasformazione dei presidi ospedalieri, sulla base delle analisi svolte da IRES Piemonte nell'ambito della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri.

#### **Priorità dell'intervento.**

Sono stati applicati dei criteri di ottimizzazione per definire la priorità degli interventi, sulla base della normativa vigente in tema di appalti pubblici.

Il D.Lgs n. 50 del 18/04/2016 (art. 21, comma 8) indica che sarebbero stati individuati "i criteri per la definizione degli ordini di priorità, per l'eventuale suddivisione in lotti funzionali", "i criteri e le modalità per favorire il completamento delle opere incompiute". Fino all'adozione di tale decreto, però, si applica l'articolo 216, comma 3 del medesimo testo, che rimanda ai caratteri di priorità indicati dall'art.128 comma 3 del precedente D.Lgs 163 del 12 aprile 2006 e smi.

Si è tenuto, quindi, conto del completamento di opere già avviate, dei progetti esecutivi già approvati e dei lavori di manutenzione e recupero del patrimonio esistente, nonché degli interventi finanziati con capitale privato maggioritario.

# CONCLUSIONI

## INDICAZIONI PER IL DECISORE E PROPOSTE DI INNOVAZIONE

A valle del processo di analisi delle richieste di finanziamento, di determinazione della qualificazione edilizia e funzionale delle strutture ospedaliere e di definizione degli scenari di investimento, vengono proposti gli esiti della lettura di insieme, per mezzo delle indicazioni per il decisore e di proposte di innovazione.

### INDICAZIONI PER IL DECISORE

#### Apprendere dal contesto...

**La staticità del sistema.** Nell'ultimo anno le politiche di investimento in edilizia ospedaliera confermano sostanzialmente quelle definite ed adottate nell'ultimo quadriennio. Nella cornice generale del riordino della rete ospedaliera e della rete territoriale delle strutture sanitarie, infatti, si possono identificare politiche di investimento rivolte all'adeguamento dell'esistente per obiettivi prioritari e strategici ed all'innovazione della rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali in luogo di più strutture esistenti.

Tale tendenza si colloca in un contesto poco dinamico, in cui le esigenze di intervento espresse dalle stesse Aziende Sanitarie non sono variate negli ultimi quattro anni. Circa l'80% della richiesta di finanziamento regionale viene riproposta con i medesimi obiettivi da un'annualità di programmazione all'altra.

**I riflessi delle attuali politiche di investimento.** Per il patrimonio ospedaliero il soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento rimane un obiettivo di medio periodo:

- l'obsolescenza mette in evidenza che il 42% degli ospedali non è attuale rispetto ai modelli funzionali e tecnologici di riferimento (ospedali vetusti o superati);
- due terzi di queste strutture non sono pienamente disponibili all'adeguamento o alla trasformazione a causa di vincoli intrinseci (ad esempio la tipologia costruttiva e le misure di tutela della Soprintendenza);
- nell'ultimo anno il fabbisogno per l'adeguamento degli ospedali è aumentato fino a 1,73 miliardi di euro, raggiungendo i maggiori valori dell'ultimo decennio.

Facendo riferimento all'ultimo anno si può sostenere che le strategie di intervento adottate non abbiano apportato benefici apprezzabili nel contesto della qualificazione edilizia e funzionale dei presidi ospedalieri.

#### ...per muoversi in prospettiva.

**Gli effetti dell'evoluzione della rete sanitaria.** Guardando ad uno scenario di medio periodo, il potenziamento della rete delle strutture sanitarie territoriali permetterà il ridimensionamento del ruolo degli ospedali, da luoghi omnicomprensivi per la sanità a poli altamente tecnologici e specializzati per il trattamento della fase acuta della malattia o per la diagnostica avanza-

ta. Lo scenario di medio periodo sembra quindi caratterizzato da meno ospedali e più strutture sanitarie territoriali ed anche all'interno degli ospedali il progresso in campo medico, farmaceutico e tecnologico, ma – soprattutto – la razionalizzazione e l'integrazione dei percorsi di diagnosi e cura, fanno prevedere una presenza sempre maggiore dei servizi sanitari e della degenza breve, a discapito dei posti letto per la degenza ordinaria.

Quanto così configurato solleva in parte dalla preoccupazione derivante dal livello di criticità strutturale degli ospedali attuali, poiché è evidente che parte delle strutture esistenti dovranno essere incluse in un programma di dismissione o riconversione che le sottrarranno dalla rete ospedaliera. Anche le considerazioni in termini di sostenibilità insediativa degli ospedali attuali e di approvvigionamento delle risorse necessarie per riscontrare il loro fabbisogno per l'adeguamento confermano l'opportunità della razionalizzazione della rete ospedaliera mediante la trasformazione di parte degli ospedali attualmente esistenti.

**La possibilità di finanziamento per filoni di investimento.** Gli scenari, grazie alla loro struttura per lotti e per quote di investimento, permettono di scomporre l'entità della richiesta di finanziamento complessiva in sottoinsiemi dagli importi più contenuti e con caratteristiche differenti, tenendo conto della qualificazione edilizia e funzionale delle strutture ospedaliere e dei criteri di priorità vigenti in tema di appalti pubblici. In questa condizione è possibile procedere al finanziamento per assi di investimento, seguendo la ripartizione per lotti o parti di essi, oppure promuovendo aspetti di priorità e idoneità degli interventi.

**La gestione delle situazioni peculiari.** Si è riscontrata la presenza di interventi su strutture non idonee all'investimento, ma con caratteristiche di priorità. In questo caso si ritiene che:

- nel caso in cui si tratti di obiettivi in materia di sicurezza, questi debbano essere perseguiti per tutti i presidi ospedalieri in esercizio, prescindendo dalla loro classe di attitudine o previsione di trasformazione.  
Si consiglia comunque la realizzazione di interventi la cui efficacia possa essere recuperata anche negli assetti futuri e la valutazione preventiva di eventuali misure temporanee ed alternative per il soddisfacimento dei medesimi obiettivi;
- qualora non si tratti di intervento con finalità di sicurezza o di rilevanza normativa, si solleva la questione relativa all'opportunità di investire, poiché non rientra tra gli obiettivi strategici.

**La ricerca di una strategia regionale.** Le esigenze manifestate dalle Aziende Sanitarie nella fase di proposizione delle richieste di finanziamento (Procedura EDISAN - DES) evidenziano l'eterogeneità degli obiettivi di investimento e dei contesti in cui esse si collocano:

- il potenziamento e la riorganizzazione dell'attività sanitaria nelle strutture ospedaliere rappresenta la maggior parte della richiesta di finanziamento per interventi prioritari su strutture idonee. Questo obiettivo non può essere considerato strategico; rappresenta un'esigenza promossa a livello aziendale che, a parte casi specifici, non si inserisce a pieno in un disegno regionale di riorganizzazione dei servizi e di rinnovamento delle strutture;
- la necessità di completamento degli interventi già finanziati indica come questi non si esauriscano in un solo finanziamento e non raggiungano in modo autonomo gli obiettivi di investimento previsti. Devono essere, però, comunque considerati prioritari, poi-

ché la mancata esecuzione degli interventi proposti a completamento, d'altra parte, non consente di raggiungere obiettivi di investimento, per i quali sono già state erogate risorse economiche;

- tra gli interventi prioritari risulta una quota, seppur minima, riferita al risparmio energetico. Neppure questo obiettivo può essere considerato strategico, poiché non consiste in un adeguamento di sicurezza e al momento non trova riscontro in un filone di finanziamento dedicato;
- l'adeguamento antincendio delle strutture, invece, è da considerarsi essenziale per via della normativa vigente (DM 19 marzo 2015), che prevede una serie di scadenze tra il 2016 e il 2025 per l'adeguamento alle nuove indicazioni.

Alla luce di quanto esposto, gli obiettivi prioritari di investimento andrebbero indicati come tali a monte della procedura di proposizione delle richieste di finanziamento, lasciando minor margine a interventi con intenti differenti e meno prioritari. Questi dovrebbero trovare collocazione in una strategia regionale, che dovrebbe identificare i filoni prioritari in ciascun anno di programmazione degli investimenti.

## PROPOSTE DI INNOVAZIONE

**Centri di coordinamento regionale.** Per la definizione e l'attuazione delle strategie di intervento in edilizia sanitaria si auspica la costituzione di centri regionali di competenza in grado di definire, nell'ambito di una cornice giuridica, istituzionale, tecnica ed economico-finanziaria chiara, piani e programmi di intervento di medio periodo, capaci di coordinare dismissioni, nuove realizzazioni ed adeguamenti nel contesto di una strategia complessiva regionale per il riordino e l'innovazione della rete ospedaliera e territoriale.

**Fondo annuo per le manutenzioni.** Parallelamente alle strategie per l'adeguamento mirato e per l'innovazione si ritiene opportuna la costituzione, da parte della Regione Piemonte, di un fondo annuo per le manutenzioni straordinarie, in modo da garantire la conservazione ed il mantenimento in efficienza del patrimonio ospedaliero regionale. Si stima che l'entità di tale fondo, che potrebbe costituire la quota di investimento annua minima, debba ammontare a circa 140 milioni di euro.

**Ospedale come generatore di valore.** Nell'ambito delle strategie per l'innovazione si ritiene che si possa puntare ai benefici derivanti dall'integrazione e dalle sinergie di risorse e potenzialità appartenenti a sistemi differenti, compresi quello territoriale, produttivo, economico, culturale e sociale locale. Operativamente tale strategia ha come obiettivo l'evoluzione del concetto stesso di ospedale, dalla visione classica di luogo di cura a nodo di una rete locale che scambia risorse con il sistema del quale è parte costitutiva al fine di generare valore e dare avvio ad un processo di integrazione e sviluppo locale. A solo titolo di esempio, ad interventi per la riqualificazione energetica possono corrispondere quelli per la sostenibilità ambientale che puntino alla valorizzazione del territorio e delle sue risorse produttive, anche come incentivo all'occupazione o alla competitività delle piccole e medie imprese locali.

A tal proposito si propone un modello simile a quello già definito dall'Azienda Sanitaria Locale di Asti, al fine del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Sostenibilità energetica



Realizzazione di impianti a biomasse ed – eventualmente – contemporanea conduzione di interventi per il miglioramento delle prestazioni energetiche degli involucri edilizi.

■ **Sostenibilità ambientale**

Tali impianti, funzionando a biomasse, utilizzano i prodotti a basso impatto ambientale delle coltivazioni locali, oltre ai residui organici recuperabili dalle stesse (scarti della lavorazione dei prodotti agricoli) e, quindi, sottratte dalla catena della gestione dei rifiuti in termini di inquinamento e di costo per lo smaltimento.

■ **Valorizzazione del territorio**

Le biomasse possono essere coltivate nel medesimo ambito territoriale, permettendo la valorizzazione delle aree agricole dismesse o non produttive. Anche per le aree già produttive, il fabbisogno di biomasse può incentivare ed orientare la produzione già in atto e favorire il riassetto – anche in termini patrimoniali – dei lotti e dei residuali agricoli.

■ **Sostegno all'occupazione**

La coltivazione delle biomasse nelle aree agricole dismesse o non produttive può incentivare l'occupazione nel settore produttivo agricolo od impegnare, eventualmente, utenze disaggiate nell'ambito di percorsi verso il reinserimento sociale.

■ **Mobilità e sviluppo**

Concretizzazione del modello della filiera corta per la produzione dei pasti ospedalieri, con effetti sia sull'impatto in termini di trasporti, sia sulle economie delle piccole imprese locali. Tenendo conto dei requisiti per l'accesso alla rete delle forniture in ambito sanitario, inoltre, le piccole imprese saranno incentivate ad adottare sistemi di qualità, certificazione e controllo, nonché di reciproca aggregazione, con effetti anche sulla loro competitività alla scala più vasta e sui livelli di occupazione locale.

■ **Cooperazione fra istituzioni locali**

La progettualità in argomento implica il coinvolgimento e la cooperazione fra più soggetti (Azienda Sanitaria, Enti Locali, Operatori economici, Operatori sociali ed Enti di ricerca) e può quindi incentivare la condivisione di politiche e strategie comuni per la tutela degli interessi locali, anche della Comunità, ovvero per la risoluzione di criticità e problematiche di rilevanza collettiva o, ancora, per l'ottimizzazione delle risorse destinate – a titolo e competenza varia – alle singole istituzioni territorialmente competenti.

## BIBLIOGRAFIA

- Jachino C., *Scenari di programmazione degli investimenti per richieste di finanziamento in edilizia sanitaria nella Regione Piemonte. Report anno 2017*, IRES Piemonte, Torino, 2018.
- G. Tresalli, L. Sileno, *Qualificazione edilizia e funzionale degli ospedali pubblici regionali - Rapporto annuale 2017*, IRES Piemonte, Torino, 2018.
- Giordano L., *Adeguamento, criticità e programmazione antincendio. Report dello stato dei presidi ospedalieri regionali. Rilevazione 2017*, IRES Piemonte, Torino, 2018.
- Jachino C., Bellelli S., *Analisi delle Richieste di finanziamento in Edilizia e Attrezzature sanitarie nella Regione Piemonte - Report anno 2017*, IRES Piemonte, Torino, 2017.
- Jachino C., *Relazione sulle metodologie di analisi, l'identificazione delle fonti ed i criteri per la definizione degli scenari di investimento*, IRES Piemonte, Torino, 2016.
- Carpinelli M., Giordano L., Jachino C., Macagno S., Sileno L., Tresalli G., Bellelli S. Morena F. M., *Strumenti e metodi a supporto della pianificazione strategica degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie della Regione Piemonte*, in La Rosa M., Perino G. (a cura di), *Strumenti per la sanità 2014*, pp. 115-180, IRES Piemonte, Torino, 2016.

## NOTE EDITORIALI

Editing

IRES Piemonte

Ufficio Comunicazione

Maria Teresa Avato

© IRES

Ottobre 2018

Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte

Via Nizza 18 -10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

si autorizzano la riproduzione, la diffusione e l'utilizzazione del contenuto con la citazione della fonte.

*Ambiente e Territorio*

*Cultura*

*Finanza locale*

*Immigrazione*

*Industria e Servizi*

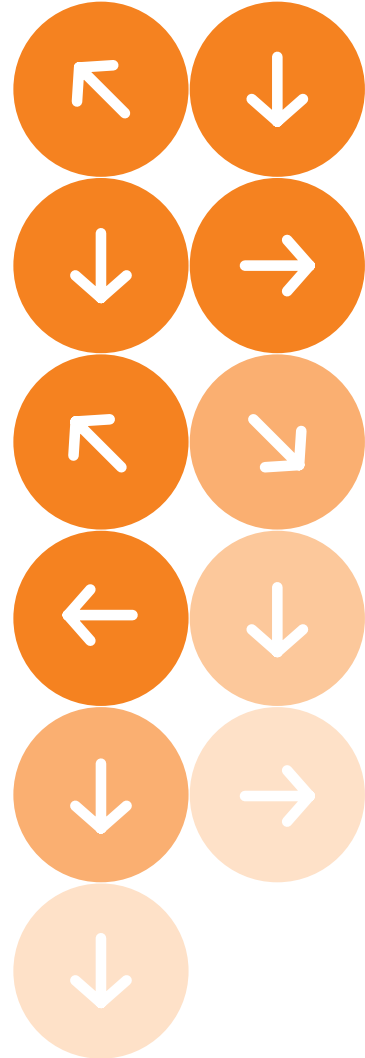
*Istruzione e Lavoro*

*Popolazione*

**Salute**

*Sviluppo rurale*

*Trasporti*



**IRES Piemonte**

Via Nizza, 18

10125 TORINO

+39 0116666-461

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)