

Deliberazione della Giunta Regionale 27 marzo 2023, n. 22-6662

Riqualificazione e Riuso degli ex Ospedali di Alba e Bra con realizzazione Ospedali di Comunita' e Case della Comunita'. Approvazione della proposta da sottoporre all'approvazione del Ministero della Salute del Documento Programmatico ai fini del finanziamento ai sensi dell'art.20 legge n.67 del 11.03.1988 e s.m.i.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- l'articolo 20 della Legge n. 67 del 11.03.1988 e s.m.i. autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti;
- il Decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, e in particolare l'art. 5 del Decreto legislativo 19.06.1999 n. 229 e successivamente integra con l'art. 55 della legge 27.12.2002 n. 289, dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'art. 20 della legge 67/88;
- in data 19.06.2007 con D.C.R. 131-23049 la Regione Piemonte ha approvato il programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma tra Stato e Regione a valere sui fondi di cui all'art. 20 della legge n. 67/88;
- in data 19.11.2014 con D.G.R. 1-600 la Regione ha previsto le modalità di adeguamento della rete ospedaliera agli standard della Legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;
- in data 23.01.2015 con D.G.R. n. 1-924 la Giunta Regionale ha approvato le integrazioni alla D.G.R. n. 1-600 sopra menzionata.

Considerato che:

- in questi ultimi anni il sistema sanitario sta affrontando una forte trasformazione che riguarda oltre l'innovazione del modello organizzativo e la tecnologia, anche il rapporto servizi-paziente, con ripercussioni sui diversi livelli del sistema stesso: istituzionale, professionale, gestionale e sociale e che su questa trasformazione ha inciso in maniera rilevante la modifica del concetto di salute;
- la Regione, a seguito dell'opera effettuata di censimento del patrimonio sanitario piemontese che ha evidenziato condizioni di obsolescenza strutturale che generano importanti costi di gestione e di manutenzione; intende aggiornare il programma di investimenti in edilizia sanitaria;
- la rete ospedaliera regionale, a causa della eccezionale sollecitazione ai servizi sanitari nazionali e regionali dovuti alla pandemia Covid-19, é stata interessata ad attivare prevalentemente interventi di ristrutturazione e riorganizzazione al fine di migliorare gli aspetti gestionali e strutturali risultati critici;
- negli ultimi anni la Regione ha avviato un percorso di programmazione complessiva strutturata, pianificando interventi riguardanti adeguamenti per la messa in sicurezza e l'ammodernamento degli ospedali, contribuendo al completamento dei presidi ospedalieri in

via di realizzazione e permettendo il controllo di indifferibili esigenze di conservazione del patrimonio immobiliare;

- che parallelamente alle strategie per l'ammodernamento e la messa in sicurezza dei presidi esistenti, la Regione, ha definito un percorso per le innovazioni delle reti sanitarie, attraverso la realizzazione di nuove strutture contestualmente alla dismissione o alla trasformazione di presidi ospedalieri critici.

Dato atto che:

- in data 22.02.2022 il Consiglio regionale ha approvato la D.C.R. n 199-3824 ad oggetto *"Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali"*, dove tra gli altri, negli allegati A e B risultano ulteriori 9 case di comunità e 3 ospedali di comunità da finanziare con altri finanziamenti anziché con il PNRR, da individuarsi nell'ambito del Piano INAIL di investimento immobiliare nel campo dell'edilizia sanitaria, dei fondi ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1988), attraverso iniziative di partenariato pubblico privato o altre tipologie di finanziamenti;

- tra le Case di Comunità da finanziare con altri finanziamenti anziché con il PNRR risultano per l'ASL CN2 Alba e Bra sedi di Ospedali di Comunità e sedi Case di Comunità, localizzati in Alba via Belli n. 26 e Bra via Vittorio Emanuele n. 1/3 e via Goito n1;
- con Determina Dirigenziale n. 526 del 9.03.2023 l'Amministrazione regionale ha autorizzato l'ASL CN2 alla cancellazione dal patrimonio "disponibile" e conseguente iscrizione a quello "indisponibile" per gli immobili di Alba Via P. Belli n. 26 P.O. San Lazzaro e Bra Via V. Emanuele nn. 1-3 P.O. Santo Spirito e Via Goito n. 1 Poliambulatorio, iscritti al patrimonio disponibile in quanto riutilizzati per i fini istituzionali dell'Ente.

Preso atto che:

con deliberazione n. 615 del 14.10.2022 il Direttore Generale dell'ASL CN2 ha approvato il progetto di fattibilità Tecnico ed Economica dell'Ospedale di Comunità Case di Comunità da realizzarsi ad Alba – CUP G88122000670002, con il seguente Quadro Economico riepilogativo.

- Lavori, arredi e attrezzature € 20.757.200,00
- Somme a disposizione dell'Amministrazione (25%) € 5189.300,00

TOTALE

€ 25.946.500,00;

- con deliberazione n. 616 del 14.10.2022 il Direttore Generale dell'ASL CN2 ha approvato i progetti di fattibilità Tecnico ed Economica degli Ospedali di Comunità Case di Comunità da realizzarsi a Bra – CUP G78122001470002, con il seguente Quadro Economico riepilogativo.

- Lavori, arredi e attrezzature €16.404.700,00
- Somme a disposizione dell'Amministrazione (25%) € 4101.175,00

TOTALE

€ 20.505.875,00;

con Deliberazione n. 21 del 10.01.2023 il Direttore Generale dell'ASL CN2 ha aggiornato e integrato il progetto di fattibilità relativo alla realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa di Comunità di Bra;

- con Deliberazione n 22 del 10.01.2023 il Direttore Generale dell'ASL CN2 ha aggiornato e integrato il progetto di fattibilità relativo alla realizzazione dell'Ospedale di Comunità e della Casa di Comunità di Alba.

Dato atto, inoltre, che:

- la Regione sta dando attuazione all'attività programmatica di potenziamento della rete di prossimità, e in tale ambito é prevista la riconversione degli ex presidi di Alba e Bra in un aggregato di servizi territoriali comprendenti, tra l'altro, in ognuno dei presidi, un Ospedale di Comunità, una Casa di Comunità per un costo complessivo di € 46.452.375,00 così suddivisi:

INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	IMPORTO TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Alba	24.649.175,00	1.297.325,00	25.946.500,00
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Bra	19.480.581,25	1.025.293,75	20.505.875,00
IMPORTO COMPLESSIVO	44.129.756,25	2.322.618,75	46.452.375,00

- per l'importo statale 95% dell'intervento di Riqualficazione e Riuso degli ex Ospedali di Alba e Bra con realizzazione Ospedali di Comunità case della Comunità, si intende utilizzare una quota di finanziamento statale di cui ai precedenti finanziamenti ex art. 20 in particolare la quota statale viene sottratta dal finanziamento previsto dall'art. 1, c. 555, legge n. 145/2018 - Delibera CIPE 51/2019.
- che la copertura della quota di cofinanziamento regionale del 5% sarà vincolata a seguito dell'approvazione degli stanziamenti iscritti negli allegati al bilancio di cui all'art. 2 del disegno di legge regionale n. 231 (Bilancio di previsione finanziario 2023–2025) e nel prospetto delle spese di bilancio per titoli e per missioni, programmi per ciascuno degli anni considerati nel bilancio triennale;
- che il Ministero della Salute con nota prot. 6880 del 7.02.2023 ha richiesto alcune integrazioni alla Regione Piemonte relativamente alla proposta presentata con prot. 2912 in data 18.01.2023 del Documento Programmatico riguardante il progetto “Riqualficazione e Riuso degli ex Ospedali di Alba e Bra” con realizzazione Ospedali di Comunità case della Comunità, a cui è stato dato riscontro per le vie brevi in data 13.02.2023;
- che ai sensi della Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il finanziamento art. 20 L. 67/88 in oggetto non si sovrappone ad altri programmi di investimento e che è garantito, pertanto, il rispetto dell'assenza del doppio finanziamento.

Ritenuto:

- di approvare la proposta di Documento Programmatico, da sottoporre all'approvazione da parte del Ministero della Salute, elaborato e condiviso di concerto tra il Settore Politiche degli Investimenti, il Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari e l'Azienda Sanitaria Locale CN2, finalizzato alla sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma integrativo ai sensi dell'art. 5 bis del D.Lgs. n. 502/92, come introdotto dal D.Lgs. n. 229/1999, allegato quale parte integrante, sostanziale al presente provvedimento, che prevede il seguente quadro economico finanziario: euro 46.452.375,00 così suddiviso:

INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	IMPORTO TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Alba	24.649.175,00	1.297.325,00	25.946.500,00
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Bra	19.480.581,25	1.025.293,75	20.505.875,00
IMPORTO COMPLESSIVO	44.129.756,25	2.322.618,75	46.452.375,00

Dato, inoltre, atto che:

- la presente proposta di Documento Programmatico sarà inviata al Ministero della Salute al fine di essere sottoposto al parere del Nucleo tecnico di valutazione per l'ammissione al finanziamento, finalizzato alla sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma integrativo.

Preso atto che:

- con comunicazione inviata con prot. 8114 in data 14.02.2023 dal Direttore della S.C. Servizi Tecnici dell'ASL di CN2 tra l'altro, si conferma: *“la possibilità e l'impegno di rendicontare in maniera separata le opere di realizzazione delle C.O.T. (fondi PNRR), rispetto a quelle di realizzazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità (da realizzare con fondi dell'art. 20 L. 67/88). Come precisato nelle Delibere n. 21 e 22 del 10 gennaio 2023 (trasmesse alla regione con prot. 1929 del 10.01.2023) le due realizzazioni non sono sovrapposte in termini di spazi e tempi di realizzazione, beneficiando altresì di diverse modalità di approvazione e finanziamento. La rendicontazione sarà perciò rigorosamente separata”*.

Visti:

l'art. 20 della L. n. 67 del 11.03.1988;
la D.C.R. 131-23049 del 19.06.2007;
la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014;
la D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015;
la D.G.R. n. 26-1653 del 29.06.2015;
la D.C.R. n. 199 -3824 del 22.02.2022;
Legge Regionale n. 2 del 14.02.2020.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, così come modificata con D.G.R. 1-3361 del 14.06.2021.

Tutto ciò premesso, udita la proposta del Relatore, la Giunta Regionale unanime.

delibera

1. di approvare, ai fini dell'approvazione da parte del Ministero della Salute, la proposta di Documento Programmatico finalizzato alla sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma Integrativo ai sensi dell'art. 5 bis del D.Lgs. n. 502/92, come introdotto dal

D.Lgs. n. 229/1999, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, per l'intervento di "Riqualificazione e Riutilizzo degli ex Ospedali di Alba e Bra realizzazione Ospedali di Comunità case della Comunità - CUP G88122000670002 di Alba e CUP G78122001470002 di Bra" che prevede il seguente quadro economico finanziario: costo complessivo euro 46.452.375,00, di cui euro 44.129.756,25 (95%) a carico dello Stato ed euro 2.322.618,75 (5%) a carico della Regione;

INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	IMPORTO TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Alba	24.649.175,00	1.297.325,00	25.946.500,00
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Bra	19.480.581,25	1.025.293,75	20.505.875,00
IMPORTO COMPLESSIVO	44.129.756,25	2.322.618,75	46.452.375,00

- 2 di dare atto che ai sensi della Circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il finanziamento art. 20 L. 67/88 in oggetto non si sovrappone ad altri programmi di investimento e che è garantito il rispetto dell'assenza del doppio finanziamento;
3. di dare atto che l'importo pari ad euro 44.129.756,25 trova copertura con il fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti derivanti dall'ex art. 20 della legge 67/88, in particolare la quota statale viene sottratta dal finanziamento previsto a partire dalla Delibera CIPE n. 97/2008;
4. di dare atto che la copertura della quota di cofinanziamento regionale del 5% sarà vincolata a seguito dell'approvazione degli stanziamenti iscritti negli allegati al bilancio di cui all'art. 2 del disegno di legge regionale n. 231 (Bilancio di previsione finanziario 2023-2025) e nel prospetto delle spese di bilancio per titoli e per missioni, programmi per ciascuno degli anni considerati nel bilancio triennale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO
FINANZIAMENTI ART. 20 LEGGE 67/88
PER L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE, TECNOLOGICO ED ORGANIZZATIVO
DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE**

**RIQUALIFICAZIONE E RIUSO DEGLI EX OSPEDALI DI ALBA E BRA (CN)
CON REALIZZAZIONE OSPEDALI DI COMUNITA'
CASE DELLA COMUNITA'**

DATA: MARZO 2023

INDICE

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	4
0.a Identificazione dell'Accordo	4
0.b Quadro finanziario	5
0.c Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.	6
0.d Sintesi della coerenza interna	8
0.e Sintesi delle coerenze esterne	22
0.f Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale	24
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI	26
1.a Il contesto internazionale e nazionale	26
1.b La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono	27
1.b.1 Quadro demografico	28
1.b.2 Quadro epidemiologico	30
1.b.3. Quadro socio-economico	31
1.b.3.bis Situazione demografica e epidemiologica ASL CN2	37
1.b.3.tris. Il carico di alcune patologie croniche nell'ASL CN2	45
1.b.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso	50
1.b.5 Offerta ante operam	53
1.b.6 Analisi e valutazione della continuità assistenziale	54
1.c Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	60
1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali.....	60
1.c.2 Descrizione della strategia	61
2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	63
2.a Obiettivi del Programma	63
2.a.1 Analisi dei problemi e priorità.....	64
2.a.2 La catena degli obiettivi.....	64
2.a.3 Interventi progettuali.....	65
2.a.4 Quadro economico finanziario dell'intervento	66
2.a.5 Offerta post-operam.....	66
2.b Coerenza interna della strategia	70
2.b.1 Relazione e complementarietà tra le priorità.....	70
2.b.2. Analisi dei rischi	72
3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON QUELLE COMUNITARIE	74
3.a. Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale	74
3.a.1.Coerenza con le priorità nazionali e regionali della nuova Programmazione europea 2021/2027	74
3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale	75
3.b Sostenibilità degli interventi	77
3.b.1 Analisi delle condizioni generali.....	77
3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria dell'intervento.....	78
3.b.3 Fattibilità amministrativa e gestionale.....	78
3.b.4 Sostenibilità di risorse umane.....	79
3.b.5 Sostenibilità ambientale	79
3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche.....	80
4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	80
4.a Sistema di indicatori	80
4.a.1 Indicatori di contesto	81
4.a.2 Indicatori di Programma.....	81

4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza	82
4.a.4 Definizione del sistema di indicatori	83
4.a.5 Fonti di verifica	84
4.b Impatti del Programma.....	84
4.b.1 Accettabilità sociale del Programma	84
4.b.2 Valore aggiunto del programma	84
4.b.3 Health Tecnhnology Assessment	84
5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	85
5.a Presupposti e sistemi di gestione del programma	85
5.a.1 Presupposti organizzativi e finanziari	85
5.a.2 Presupposti economici e sociali	85
5.a.3 Modalità realizzative	85
5.b Sistemi di monitoraggio del Programma	85
5.c Sistema di monitoraggio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.....	85
5.c.1 Programmazione degli interventi.....	86
5.c.2 Attuazione e gestione degli interventi finanziati	86
5.c.3 Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati	86

ALLEGATO 1: SCHEDE DI RIFERIMENTO

- Matrice del Quadro Logico
- Analisi S.W.O.T.
- Obiettivi/indicatori/interventi
- Quadro finanziario contenuto nella proposta di APQ
- Verifica dell'analisi di contesto
- Analisi dell'offerta attuale
- Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie
- Fabbisogno finanziario per Obiettivi
- Fabbisogno finanziario per Categorie
- Fabbisogno finanziario per Tipologie di intervento

ALLEGATO 2: DOCUMENTI INTEGRATIVI

- Schede tecniche

0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.a Identificazione dell'Accordo

Con l'approvazione del presente Documento programmatico la Regione Piemonte intende aggiornare il programma di investimenti in edilizia ed attrezzature che è stato negli ultimi anni integrato con la sottoscrizione in data 14 febbraio 2018 degli Accordi di Programma finalizzati alla realizzazione del Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e della Città della Salute e della Scienza di Novara.

La pandemia Covid-19 ha inciso fortemente sulla rete ospedaliera e territoriale e se il Piano sopra citato, approvato con Decreto direttoriale del Ministero della Sanità in data 13 luglio 2020 ha rappresentato il più consistente investimento in tema edilizio e delle attrezzature con un finanziamento statale di circa 111,2 milioni di euro, sono da segnalare anche il Piano per le aree sanitarie temporanee di cui all'art.4 del DL 18/2020 con un finanziamento statale e regionale di circa 3,8 milioni di euro.

A seguito della pandemia, visti i rincari nel settore dell'edilizia, si è provveduto all'aggiornamento del Piano finanziario e del quadro economico per la realizzazione della Città della Salute e della Scienza di Novara, sottoscrivendo un nuovo Accordo di programma integrativo in data 17 novembre 2022.

Nel luglio 2020 si è concluso il trasferimento delle attività ospedaliere dai presidi ospedalieri San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra verso il nuovo presidio Ospedaliero Michele e Pietro Ferrero a Verduno, al termine dei lavori di costruzione dello stesso.

Il trasferimento delle attività ospedaliere ha determinato la necessità di organizzare all'interno dei centri abitati di Alba e di Bra (che rappresentano le maggiori concentrazioni abitative della ASL CN2) le strutture ove accogliere la maggior parte dei bisogni di salute ed assistenza dei cittadini.

Era ed è infatti necessario sia evitare che i cittadini debbano recarsi a Verduno per prestazioni che non necessitano di struttura ospedaliera (anche in considerazione degli effetti sul traffico veicolare), sia per seguire i programmi di presa in carico della cronicità e dei bisogni territoriali di salute, presa in carico che è opportuno seguire il più vicino possibile al domicilio dei cittadini e nel modo più integrato possibile all'interno dei percorsi assistenziali sul territorio.

Tale necessità è stata più recentemente confermata da provvedimenti specifici (DCR n. 199-3824 del 22/02/2022 e DGR 1-4892 del 20/04/2022) con i quali la Regione Piemonte ha indicato gli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra come sede di future Casa della Comunità, Ospedale di Comunità e Centrale Operativa Territoriale (una struttura per tipologia e per presidio) nell'ambito della programmazione regionale piemontese di attuazione delle indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2003, n. 28-8781, avente ad oggetto la "approvazione piano finanziario del nuovo ospedale di Alba - Bra" prevedeva, tra le diverse fonti di finanziamento, la "anticipazione Regione Piemonte alienazione immobili di proprietà ASL in dismissione con l'attivazione del nuovo presidio, nel caso in cui si renda necessario per tardiva alienazione dei beni" per un valore stimato di Euro 25.822.844,95.

All'art. 4 della Legge Regionale n.9 del 14 maggio 2015, la Regione Piemonte aveva infatti previsto che "Al fine di completare la costruzione del nuovo ospedale di Verduno, l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) CN2 Alba-Bra provvede nel proprio bilancio alla copertura finanziaria dell'opera tramite i proventi derivanti dall'alienazione degli immobili di proprietà in dismissione con l'attivazione del nuovo presidio" e "Nelle more dell'acquisizione dei proventi di cui al comma 1, la Giunta regionale a valere sulle risorse disponibili nei limiti degli stanziamenti di bilancio è autorizzata ad anticipare all'ASL CN 2 il ricavato previsto nei limiti dell'importo stimato".

A seguito dell'esito negativo delle aste pubbliche di vendita degli immobili, espletate negli anni 2019 e 2020, la Legge Regionale 25 del 19/10/2021 ha stabilito che la copertura della somma di € 25.822.844,95, necessaria per completare il finanziamento del nuovo ospedale di Verduno, fosse reperita esclusivamente a valere sull'utile della GSA dell'esercizio 2014,

attraverso la modifica del comma 1 dell'art. 4 della L.R. 9/2015, e l'abrogazione del comma 2 dello stesso articolo.

Sono ad oggi in corso le procedure amministrative di ricollocazione e reinscrizione da parte della Regione e dell'Azienda degli immobili San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra nel patrimonio indisponibile dell'ASL CN2.

Durante questo arco temporale, caratterizzato dall'incertezza dell'alienazione degli immobili, la ASL Cuneo 2 ha utilizzato le parti meno recenti degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra per accogliere alcune attività ambulatoriali territoriali già presenti nei presidi San Lazzaro e Santo Spirito.

Il progetto rientra nella programmazione di livello regionale della rete dei servizi sanitari che si pone l'obiettivo di rispondere alle nuove esigenze sanitarie indotte dai cambiamenti in corso nella società: l'invecchiamento della popolazione, il rapido evolversi della medicina, lo sviluppo delle cure ambulatoriali e di assistenza in costante aumento, la crescita delle attese degli utenti (soprattutto in tema di qualità del sistema e, dal punto di vista della qualità percettiva), il coordinamento con i centri specialistici di eccellenza e dei dipartimenti di emergenza, la ricerca di efficacia ed efficienza nella gestione dell'intero sistema di cura ed assistenza.

Al fine di poter meglio comprendere le ragioni sottese all'Accordo di Programma obiettivo del presente Documento Programmatico, si ritiene utile rappresentare l'intero quadro strategico delle azioni individuate per il perseguimento della riqualificazione e modernizzazione complessiva del sistema sanitario piemontese. Nella trattazione si farà quindi riferimento a interventi non contenuti nel nuovo Accordo ma che costituiscono tasselli fondamentali per realizzazione del sistema da realizzarsi ovvero in corso di realizzazione.

0.b Quadro finanziario

La Regione Piemonte sta dando attuazione all'attività programmatica di potenziamento della rete di prossimità, per questa attività è prevista la riconversione degli ex presidi di Alba e Bra in un aggregato di servizi territoriali comprendenti, in ognuno dei presidi, un Ospedale di Comunità, una Casa di Comunità e una Centrale

La Regione Piemonte sta dando attuazione all'attività programmatica di potenziamento della rete territoriale e delle strutture di prossimità e in tale ambito prevista la riconversione degli ex presidi di Alba e Bra in un aggregato di servizi territoriali comprendenti tra l'altro, in ognuno dei presidi, un Ospedale di Comunità e una Casa di Comunità. Per gli interventi sopracitati si rendono necessarie opere che ammontano complessivamente ad euro 46.452.375,00.

TABELLA			
FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88 – INTERVENTI PREVISTI			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Alba	€ 24.649.175,00	€ 1.297.325,00	€ 25.946.500,00
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Bra	€ 19.480.581,25	€ 1.025.293,75	€ 20.505.875,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€ 44.129.756,25	€ 2.322.618,75	€ 46.452.375,00

Con l'Accordo di Programma che sarà sottoscritto a seguito del presente Documento Programmatico, si intende utilizzare una quota di finanziamento statale pari ad euro 44.129.756,25 del fondo residuo di cui ai precedenti finanziamenti ex art. 20. La copertura economica è garantita a partire dalle delibere CIPE n. 65 del 02.08.2002 e dalla delibera CIPE n. 97 del 18 dicembre 2008, come meglio specificato dalla tabella sottostante.

RISORSE COMPLESSIVE A DISPOSIZIONE EX ART. 20 L. 67/88

	REGIONE PIEMONTE	IMPORTI
a	Risorse residue per Accordi di Programma da sottoscrivere (derivanti dalle Delibere CIPE nn. 52/98 al netto delle risorse assegnate con CIPE n. 53/98 - 65/2002 - 98/2008 - 97/2008)	141.754.340
b	Delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019 G.U. n. 15 del 20 gennaio 2020. (Al netto degli Accordi sottoscritti)	207.193.933
c	Legge n. 160 del 27/12/2019 (Legge di bilancio 2020) Ripartiti con Legge di Bilancio 2021 (art. 1 comma 443 della L. n. 178/2020)	149.995.638
d	Legge n. 178 del 30/12/2020 (Legge di bilancio 2021) Ripartiti con la stessa Legge (art. 1, comma 442)	149.995.638
e	Importo complessivo art. 1 comma 264 e 265 legge n. 234/2021 (RIPARTO PANFLU). DM 19/12/2022 (Copertura a valere sulle risorse assegnate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, commi 442 e 443 L. n. 178/2020)	62.283.090
f=(c+d)-e	Importi residui di cui all'art. 1 comma 442 e 443 L. n. 178 del 30/12/2020 (Legge di bilancio 2021) al netto delle quote assegnate dall'art. 1 comma 264 e 265 della L. n. 234/2021 (RIPARTO PANFLU) per le sole REGIONI	237.708.186
g	Risorse legge 30 dicembre 2021 n. 234 art. 1 comma 263. Ripartiti con DM firmato digitalmente 20 luglio 2022	142.614.541
h=a+b+f+g	TOTALE RISORSE A DISPOSIZIONE	729.271.001

0.c Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.

L'oggetto riferito alla rete strutturale a supporto dei Servizi sanitari è quello della riqualificazione e riuso degli ex ospedali di Alba e Bra, quasi totalmente dismessi dopo il trasferimento delle attività ospedaliere presso il nuovo presidio ospedaliero Michele e Pietro Ferrero a Verduno. La riqualificazione prevede in sintesi:

- San Lazzaro di Alba: recupero e ristrutturazione del corpo di fabbrica storico, demolizione degli edifici più recenti, ricostruzione di un corpo di fabbrica coerente con il contesto architettonico e urbanistico funzionalmente integrato con l'edificio monumentale;
- Santo Spirito di Bra: recupero e ristrutturazione del corpo di fabbrica storico e di quello di più recente edificazione rendendolo coerente con il contesto architettonico e urbanistico funzionalmente integrato con l'edificio monumentale, riqualificato dal punto di vista energetico.

Gli interventi si inseriscono nel processo di riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di assistenza sanitaria che si sta realizzando a livello nazionale ed europeo, e che deriva dalla necessità di rispondere sia alle radicali evoluzioni tecnologiche che stanno caratterizzando la medicina, che alla profonda trasformazione della società e del concetto stesso di salute, da cui deriva la rivisitazione del rapporto servizi-paziente e dei modelli di assistenza.

Interventi previsti:

Ex Ospedale San Lazzaro di Alba

(dallo Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'ASL CN2)

La riqualificazione del San Lazzaro di Alba per realizzare l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale, il Polo Formativo dell'ASL CN2 nella città di Alba e la concentrazione di tutte le restanti attività sanitarie, socio-assistenziali ed

amministrative nel sito dell'ex complesso Ospedaliero, prevede la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione, la ristrutturazione ed il riuso dell'edificio storico monumentale con integrazione di un edificio di elevata qualità di nuova costruzione, al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché la realizzazione di un edificio tecnico e la sistemazione delle aree esterne comprese nell'attuale recinto dell'ex ospedale.

L'organizzazione funzionale delle unità operative è strutturata in modo da prevedere la collocazione delle attività più prettamente sanitarie nell'edificio di nuova edificazione riservando l'edificio storico ad accogliere del tutto prevalentemente le attività di carattere più amministrativo e formativo; come indirizzo progettuale prioritario si prevede inoltre che le funzioni che sono caratterizzate da flussi quantitativamente maggiori di cittadini/utenti vengano posizionate al piano terra e le altre funzioni dislocate ai vari livelli secondo la gradualità di cura e permeabilità di accesso.

Fra le attività già insediate nell'edificio, nell'ottica di pianificazione dei futuri sviluppi progettuali, si troverà la Centrale Operativa Territoriale, in corso di allestimento all'atto della stesura del presente documento e finanziata con fondi assegnati dal PNRR. La sua collocazione è già stata prevista in un'area dell'edificio che non verrà più interessata dai lavori considerati nel presente Documento e sarà cura del progettista preservarne la funzionalità nel pianificare gli interventi nelle restanti parti dell'edificio.

Si conferma la possibilità e l'impegno di rendicontare in maniera separata le opere di realizzazione delle C.O.T. (fondi PNRR), rispetto a quelle di realizzazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità (da realizzare con fondi dell'art. 20 L. 67/88). Come precisato nelle Delibere ASL CN2 n. 21 e 22 del 10 gennaio 2023, le due realizzazioni non sono sovrapposte in termini di spazi e tempi di realizzazione, beneficiando altresì di diverse modalità di approvazione e finanziamento. La rendicontazione sarà perciò rigorosamente separata.

Ex Ospedale Santo Spirito di Bra

(dallo Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'ASL CN2)

La realizzazione del polo di attività territoriali comprendente le attività sanitarie, socio-assistenziali ed amministrative territoriali, l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale (COT), l'Hospice Oncologico dell'ASL CN2 nella città di Bra nel sito dell'ex complesso Ospedaliero Santo Spirito, prevede la ristrutturazione ed il riuso sia dell'edificio storico monumentale che dell'edificio di più recente edificazione con interventi atti a riqualificarli ed elevarne le caratteristiche di qualità prestazionali e funzionali. Si prevede inoltre la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione addossati al muro perimetrale originale al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché il recupero funzionale degli edifici tecnici e la sistemazione delle aree esterne comprese nel recinto dell'ex ospedale, rendendole maggiormente fruibili e funzionali.

L'edificio più recente sarà da destinarsi prevalentemente ad attività clinico-assistenziali e di degenza, avrà accesso indipendente dal cortile interno collegato con Via San Secondo. Oltre ad esser prossimo alle aree di sosta già presenti, l'ingresso è già di fatto strutturato nel complesso, seppur mai utilizzato. Privo di barriere architettoniche, consente un immediato accesso ai collegamenti verticali e orizzontali primari e la possibilità di prevedere un punto di accoglienza e controllo. Il cortile sul quale si affaccia tale accesso è idoneo ad essere adattato ad un'area esterna adeguata per l'accoglienza.

Il tetto piano dovrà essere realizzato in modo da ospitare i pannelli fotovoltaici e le unità di trattamento aria opportunamente schermate sia visivamente che dal punto di vista acustico, e completato con tipologie di finitura che offrano adeguate garanzie di tenuta alle acque meteoriche pur in presenza di traffico pedonale derivante dalle suddette dotazioni impiantistiche.

Le dotazioni impiantistiche dovranno garantire l'accreditabilità della struttura secondo la Delibera del Consiglio Regionale 616 del 22.06.2000 oltre a funzionalità, comfort e risparmio energetico tramite l'utilizzo, ad esempio, di sistemi di domotica e di recupero e produzione di energia, la revisione completa del sistema di tamponamento perimetrale (pareti, serramenti, solai).

Fra le attività già insediate nell'edificio, nell'ottica di pianificazione dei futuri sviluppi progettuali, si troverà la Centrale Operativa Territoriale, in corso di allestimento all'atto della stesura del presente documento e finanziata con fondi assegnati dal PNRR. La sua collocazione è già stata prevista in un'area dell'edificio che non verrà più interessata dai lavori considerati nel presente Documento e sarà cura del progettista preservarne la funzionalità nel pianificare gli interventi nelle restanti parti dell'edificio.

Si conferma la possibilità e l'impegno di rendicontare in maniera separata le opere di realizzazione delle C.O.T. (fondi PNRR), rispetto a quelle di realizzazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità (da realizzare con fondi dell'art. 20 L. 67/88). Come precisato nelle Delibere ASL CN2 n. 21 e 22 del 10 gennaio 2023, le due realizzazioni non sono sovrapposte in termini di spazi e tempi di realizzazione, beneficiando altresì di diverse modalità di approvazione e finanziamento. La rendicontazione sarà perciò rigorosamente separata.

0.d Sintesi della coerenza interna

Gli obiettivi previsti dalla strategia adottata dal presente Accordo di Programma sono delineati in coerenza con i riferimenti programmatici in tema di sanità contenuti sia nei diversi livelli di programmazione regionale e nazionale, sia negli specifici documenti attuativi regionali.

Per una lettura cronologica dei documenti si veda la tabella sotto riportata:

Obiettivi e ambiti	Documenti di riferimento
Linee generali di programmazione sanitaria	PSSR 2012-2015 Intesa del 3.12.2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome (Nuovo Patto per la Salute 2010-2012);
	D.G.R. n. 1-415 del 02.08.2010, Approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
	D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011, Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191;
	L.R. n. 3 del 28.02.2012, Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale;
	D.G.R. n. 167-14087, del 03.04.2012, Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali;
	D.L. n. 95 del 06.07.2012, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
	Legge 07.08.2012, n. 135, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
	D.P.G.R. n. 71 del 06.12.2013, Costituzione dell'azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino;

	D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013, Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015);
	D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;
	PSN 2014-2016;
	D.P.G.R. n. 23 del 19.03.2014, Beni immobili, mobili e mobili registrati esistenti al 31/12/2013 facenti parte del patrimonio, con vincolo di destinazione sanitaria, dell'ex A.O. Città della Salute e della Scienza, con sede in Torino. Trasferimento alla nuova Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza con sede in Torino a far data dal 1 gennaio 2014;
	Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
	D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015, AA.SS.RR.- Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali – Art. 3 D. L.gs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 – D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 – Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par.5.1;
	DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
	D.G.R. n. 1-5911 del 14.11.2017 approvazione del Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Piemonte – aggiornamento 2017 “Realizzazione Nuova Città della Salute e della Scienza di Novara” - Art.20 L.67/88;
	D.G.R. n. 2-5912 del 14.11.2017, Approvazione del “Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio sanitario della Regione Piemonte-aggiornamento Novembre 2017” del Parco della Salute, della Ricerca e dell'innovazione di Torino di cui alla d.g.r. n.5-5391 del 24.07.2017;
	D.G.R. n. 3-5999 del 29.11.2017 é stata rettificata la D.G.R.n.1-5911 del 11.2017 e riapprovato il Documento Programmatico;
	D.G.R. n. 1-5997 del 29.11.2017, Rettifica per mero errore materiale dell'allegato alla

	<p>D.G.R. n. 3-6109 del 15.11.2017, Approvazione del Protocollo d'Intesa, ai sensi dell'articolo 15 della legge 241/1990 e s.m.i., tra la regione Piemonte e il Politecnico di Torino per l'approfondimento scientifico di alcune tematiche relative al Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino;</p> <p>D.C.R. n. 259-4501 del 30.01.2018, Modifiche ed integrazioni alle deliberazioni del Consiglio regionale n.10-20273 del 28 giugno 2005 e n.131-23049 del 9 giugno 2007. Progetto finalizzato agli interventi di riqualificazione di assistenza sanitaria nella città di Torino ai sensi dell'articolo 71 della legge 448/1998. adeguamento e rideterminazione degli interventi in applicazione del decreto del Ministero della sanità del 5 aprile;</p> <p>D.G.R. n. 17.4952 del 29.04.2022 D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824. Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Missione 6 Componente 1.</p> <p>Decreto 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".</p> <p>D.G.R. n. 25-5186 del 14.06.2022 "PNRR Missione 6 Salute Ripartizione ai sensi dell'art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l'attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC per complessivi Euro 524.744.995,00".</p> <p>D.G.R. n. 23-5124 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)."</p> <p>D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 "Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2."</p> <p>D.P.G.R. n. 32 del 01.04.2018, Accordo di Programma sottoscritto in data 2 marzo 2016, ai sensi dell'art.34 del D.Lgs. 296/200 e s.m.i. tra la Regione Piemonte, il Comune di Novara e l'Università degli studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" finalizzato alla realizzazione della città della Salute e della Scienza di Novara;</p>
Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale	<p>D.C.R. n. 286-18810 del 8.05.2018, rete ospedaliera regionale. programma di interventi in edilizia sanitaria;</p> <p>D.G.R. n. 73-46441 del 05.06.95, D.G.R. 299-7789 del 03.04.96, Criteri di utilizzo degli ospedali con meno di 120 posti letto;</p> <p>D.G.R. n. 27-26318 del 21.12.98, Linee guida per l'individuazione dei distretti e dei dipartimenti, definizione dei parametri organizzativi dell'assistenza ospedaliera e dei rapporti con la Regione;</p>

D.G.R. n. 32-29522 del 01.03.00, Definizione del bacino d'utenza per la nascita di nuove strutture;
D.G.R. n. 50-1391 del 20.11.00, Definizione della rete oncologica regionale; D.G.R. n. 59-2531 del 03.04.06, D.G.R. n. 60-2532 del 03.04.06, Norme di riordino del Servizio sanitario regionale, accorpamento delle Aziende sanitarie;
D.G.R. n. 32-4991 del 22.12.06, Riduzione del numero complessivo delle Aziende Sanitarie;
D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.06, Individuazione (accorpamento) delle aziende del sistema Sanitario Regionale;
D.G.R. n. 71-5059 del 28.12.06, Modalità di organizzazione dei day surgery e day hospital diagnostico;
D.G.R. n. 10-5605 del 02.04.07, Riorganizzazione della rete riabilitativa;
D.G.R. n. 5-5900 del 21.05.07, Piano Sangue e Plasma Regionale;
D.G.R. n. 51-1358 del 29.12.2010, Avvio progetto di riordino del sistema sanitario regionale. Definizione principi generali ed approvazione proposta di nuova configurazione degli ambiti organizzativi e territoriali delle ASR. Proposta al Consiglio Regionale;
D.G.R. n. 13-1826 del 07.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Revisione dei requisiti strutturali ed organizzativi e ridefinizione della rete dei laboratori di emodinamica e revoca D.G.R. n. 47 - 8608 del 14.4.2008;
D.G.R. n. 15-1828 del 07.04.2011, Attuazione del Piano di Rientro Appropriatazza dell'attività di ricovero e rideterminazione dei posti letto di acuzie della rete ospedaliera. Attuazione delle indicazioni dell'Addendum al piano di rientro approvato con la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 e al relativo programma attuativo;
D.G.R. n. 16-1829 del 07.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Disposizioni alle Aziende Sanitarie Regionali in merito alla riorganizzazione della rete dei Laboratori Analisi, Anatomie Patologiche e Servizi di Immunoematologia e Medicina TrASFusionale (SIMT) e indirizzi su appropriatezza prescrittiva;
D.G.R. n. 17-1830 del 07.04.2011, Attuazione del Piano di Rientro. Criteri regionali per l'individuazione delle Strutture e delle dotazioni dei relativi posti letto nell'ambito della rete ospedaliera;
D.G.R. n. 19-1832 del 07.04.2011, Attuazione Piano di Rientro Distribuzione territoriale e funzionale dei centri ospedalieri per l'ictus in Piemonte;
D.G.R. n. 1- 4117 del 05.07.2012, Programma attuativo dell'addendum al piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera;
D.G.R. n. 46-5884 del 03.06.2013, Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 149/CSR del 25 luglio 2012, sancito ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 28.08.97, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti";

	<p>D.G.R. n. 67-1716 del 06.07.2015, Articolazione dei posti letto per attività di ricovero in acuzie e post-acuzie e per prestazioni di assistenza territoriale da contrattare con le strutture private accreditate con il SSR erogatrici di attività di ricovero ed individuazione dei correlati tetti massimi di spesa;</p> <p>D.G.R. n. 50-2484 del 23.11.2015, Riorganizzazione e razionalizzazione della rete Laboratori Analisi. Prime indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione;</p> <p>D.G.R. n. 51- 2485 del 23.11.2015, Individuazione dei centri HUB e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici;</p> <p>D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;</p> <p>D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale;</p> <p>D.G.R. n. 27-2582 del 18.12.2020 programmazione della rete ospedaliera regionale sostituzione della scheda allegato 7 della D.C.R. n.286-18810 del 8.05.2018 con la scheda "Ospedale Unico Plurisede ASL AT presidio Ospedaliero Valle Belbo Proposta al consiglio regionale revoca finanziamento di cui alla;</p>
Accreditamento, qualità, appropriatezza	<p>D.G.R. n. 156-21885 del 06.08. 97, Accreditamento provvisorio delle Case di Cura private;</p> <p>D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.00, Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;</p> <p>D.G.R. n. 11-4878 del 21.12.01, Degenza media e il tasso di utilizzo dei posti letto richiesto alle Aziende sanitarie;</p> <p>D.G.R. n. 14-10073 del 28.07.03, Piano attuativo Regionale per il governo delle liste d'attesa, definizione del sistema di priorità cliniche;</p> <p>D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.07, Definizione dei tempi d'attesa;</p> <p>D.G.R. n. 13-1439 del 28.01.2011, Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di Recupero e Rieducazione funzionale di 3', 2' e 1' livello e per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria;</p> <p>D.G.R. n. 13-2022 del 05/08/2015, Approvazione degli schemi di contratto/accordo contrattuale per il triennio 2014-2016 da stipulare ex art. 8 quinquies D. lgs. n. 502/1992 con le Case di cura private ed i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78;</p>

	D.G.R n. 32-2366 del 2/11/2015, Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie;
	D.G.R n. 35-3310 del 16.5.2016, Disciplina della Chirurgia Ambulatoriale Complessa. Individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'attività e modalità applicative;
Piano di rientro	D.G.R. n. 12-1665 del 07.03.2011, Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione DD.G.R. n. 44-2284 del 27/10/1997 e n. 10-5605 del 2/04/2007;
	D.G.R. n. 20-1833 del 07.04.2011, Art. 8/ter D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. Modalità, termini e criteri per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie. Integrazioni alla D.G.R. n. 46-528 del 4 agosto 2010, relativamente all'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone disabili;
	D.G.R. n. 43-1979 del 29.04.2011, Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa - Protesica. Linee di indirizzo;
	D.G.R. n. 44-1980 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
	D.G.R. n. 45-1981 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. La rete territoriale;
	D.G.R. n. 46-1982 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Decisioni in merito alla revisione del sistema di Continuità Assistenziale;
	D.G.R. n. 48-1984 del 29.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Armonizzazione D.G.R. n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 con Addendum adottato con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011;
	D.G.R. n. 49-1985 del 29.04.2011, Rettifica D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011 relativa all'adozione dell'Addendum;
	D.G.R. n. 50-1986 del 29.04.2011, Approvazione dell'accordo con l'Associazione ARIS relativamente alle Case di cura private accreditate ad essa aderenti per l'attuazione del Piano di rientro nel biennio 2011-2012;
	D.G.R. n. 15-2091 del 24.05.2011, Attuazione Piano di rientro. Criteri di appropriatezza prescrittiva e di esecuzione di prestazioni dell'area radiologica. Modifiche e aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.04 e s.m.i.;
	D.D. n. 164 del 01.03.2011, Attuazione del Piano di rientro. Linee di indirizzo per la valutazione qualitativa/economica dei dispositivi medici e ruolo dei servizi aziendali di ingegneria clinica nelle procedure di acquisto;

	<p>D.D. n. 165 del 01.03.2011, Attuazione del Piano di Rientro. Appropriatelyzza e razionalizzazione di utilizzo dei farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo D.G.R. 6 Giugno 2011, n. 4-2121, Attuazione del Piano di rientro. Approvazione degli accordi con le Associazioni AIOP, ANISAP, CONFAPI, GRISP-FEDERLAB, META, per le Case di cura private e le prestazioni ambulatoriali per il biennio 2011-2012. Approvazione Protocollo di Intesa con ARIS e AIOP;</p>
	<p>D.D. n. 235 del 31.03.2011, Piano di rientro. Distribuzione del primo ciclo terapeutico in dimissioni da ricovero ospedaliero e visita ambulatoriale, ai sensi della L. 405/2001. Monitoraggio;</p>
	<p>D.D. n. 314 del 02.05.2011, D.G.R. n. 16-1829 del 7 aprile 2011 - allegato A - attuazione Piano di rientro per i Servizi di Laboratorio di Analisi - Nomina coordinatore regionale;</p>
	<p>D.D. n. 383 del 26.05.2011, D.G.R. 44-1980 del 29 aprile 2011. Istituzione Tavolo di confronto permanente;</p>
	<p>D.G.R. n. 5-2122 del 06.06.2011, Attuazione Piano di rientro. Accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. per il biennio 2011-2012. Determinazioni per il periodo transitorio 1 giugno - 31 luglio 2011;</p>
	<p>D.D. n. 425 del 09.06.2011, Istituzione gruppo di lavoro sulla rete territoriale, per l'attuazione del Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011;</p>
	<p>D.D. n. 426 del 09.06.2011, Istituzione gruppo di lavoro per la verifica e il monitoraggio dell'attuazione dell'Addendum del Piano di Rientro della Regione Piemonte;</p>
	<p>D.G.R. n. 4-2495 del 03.08.2011, Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza;</p>
	<p>D.G.R. n. 5-2496 del 03.08.2011, Attuazione Piano di rientro. Accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.lgs. per il biennio 2011-2012. Determinazioni per il periodo transitorio 1 Agosto - 31 ottobre 2011;</p>
	<p>D.G.R. n. 1- 4117 del 05.07.2012, Programma attuativo dell'addendum al piano di rientro. Percorso di ridefinizione della rete ospedaliera;</p>
	<p>D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;</p>
Implementazione sistemi ICT	<p>D.G.R. n. 34-3555 del 02.08.06, Riordino del sistema informativo regionale;</p>
Investimenti in sanità	<p>D.C.R. n. 131-23049 del 19.06.07, Programma degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di un nuovo accordo di programma tra Stato e Regione;</p>

	D.G.R. n. 86-6713 del 03.08.2007, Assegnazione di fondo alle A.S.R. Approvazione elenco "Urgenze 2007" relative ad interventi in edilizia ed attrezzature sanitarie per € 27.205.828,45;
	D.G.R. n. 6-8817 del 26.05.2008, Procedure operative per la programmazione, la gestione ed il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie;
	D.G.R. n. 49-8994 del 15.06.2008 e successive modificazioni ed integrazioni, Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste sul cap. 246973 e sul cap. 248779 per gli anni 2008, 2009 e 2010;
	D.C.R. n. 248-13733 del 24.03.2009, Rimodulazione del programma di investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 131-23049 del 19 giugno 2007;
	D.C.R. n. 258-20424 del 05.06.2009, Modifiche al programma degli interventi in edilizia e attrezzature sanitarie approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 131-23049 del 19 giugno 2007;
	D.G.R. n. 49-8994 del 15.06.2008 e successive modificazioni ed integrazioni, Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali delle risorse previste sul cap. 246973 e sul cap. 248779 per gli anni 2008, 2009 e 2010;
	D.G.R. n. 40-11758 del 13.07.2009, Programmazione investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie. Approvazione elenco interventi ammissibili al finanziamento e relativo riparto tra le Aziende Sanitarie regionali delle risorse previste su capitoli di bilancio per gli anni 2009 e successivi;
	D.G.R. n. 9-11837 del 28.07.2009, Interventi di edilizia sanitaria. Provvedimenti urgenti;
	D.G.R. n. 96-12017 del 04.08.2009, Interventi di edilizia sanitaria: provvedimenti urgenti;
	D.G.R. n. 56-12585 del 16.11.2009, Accordo di Programma Stato Regioni del 22 aprile 2008. Azienda Ospedaliera "S.ta Croce e Carle" di Cuneo – "Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga" di Orbassano – Riallineamento interventi;
	D.G.R. n. 3-12649 del 24.11.2009, Approvazione del testo della modifica strutturale dell'Accordo di programma vigente sottoscritto in data 10.11.2004 dalla Regione Piemonte, dal Comune di Venaria, dall'ASL 6 di Cirié ora ASL TO3 Collegno-Pinerolo, finalizzato alla realizzazione della nuova Struttura Sanitaria della Città di Venaria Reale;
	D.G.R. n. 54-13392 del 22.02.2010, Approvazione modifiche al programma degli interventi in edilizia ed attrezzature sanitarie approvato con D.C.R. n. 131-23049 del 19 giugno 2007 e s.m.i.;

	<p>D.G.R. n. 73-13726 del 29.03.2010, Manifestazione di intenti per la proposta di un accordo di Programma ex art. 20, legge 67/88, tra la Regione Piemonte e lo Stato per la: “Realizzazione della Città della salute e della scienza di Novara” - Importo euro 350.000.000,00;</p>
	<p>D.G.R. n. 29-13683 del 29.03.2010, “Integrazioni e modifiche delle procedure amministrative e informatiche per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie di cui alla D.G.R. n. 6-8817 del 26/05/2008”;</p>
	<p>D.G.R. n. 35-1108 del 30.11.2010, Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna di Torino. Interventi urgenti relativi a prescrizioni del Comando VV.FF. di Torino. Assegnazione finanziamento di euro 4.900.000,00 UPB 20102;</p>
	<p>D.G.R. n. 17-6419. del 30.09. 2013, PAR FSC 2007-2013 – D.G.R. 8-6174 del 29 luglio 2013 Avvio Asse “Edilizia Sanitaria” linee di azione: “Ammodernamento e Messa in sicurezza dei presidi ospedalieri”;</p>
	<p>D.C.R. 250-32638 del 22.10.2013 “Programma per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici giudiziari”;</p>
	<p>D.G.R. n. 18-7208 del 10.03.2014 “Approvazione delle nuove procedure amministrative ed informatiche per la programmazione, la gestione ed il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie ai sensi della L.R. 40 del 3 luglio 1996. Revoca DD.G.R. n. 18-28854 del 6.12.1999, n. 6-8817 del 26.05.2008 e n. 29-13683 del 29.03.2010”;</p>
	<p>D.G.R. n. 17-2093 del 24.05.2011, Iter procedurale per l'autorizzazione alla cancellazione dal patrimonio indisponibile, conseguente iscrizione in quello disponibile ed alienazione o diverso uso, dei beni mobili, mobili registrati ed immobili di proprietà delle Aziende Sanitarie Regionali: Locali, Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie. Aggiornamento. Revoca D.G.R. n. 37-7963 del 9/12/2002;</p>
	<p>D.G.R. n. 34-1131 del 2.03.2015, Programmi operativi 2013-2015. Intervento 4.6. Progetto CUP unico provinciale affidamento alla Società Committenza Regionale SCR Piemonte S.p.A. della convenzione relativa;</p>
	<p>D.G.R. n. 17-980 del 24.05.2015, Approvazione “Protocollo d’intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale avente per oggetto gli adempimenti previsti dal DPCM 26 marzo 2008 per la realizzazione del Progetto Medici in Rete (Ricetta elettronica) e quelli previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata, sottoscritto in data 16 maggio 2013 Integrazione D.G.R. n. 21-5961/2013;</p>

	<p>D.G.R. n. 58-2757 del 29.12.2015, Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di T D.G.R n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788-Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013. riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28; orino- definizione del Cofinanziamento;</p>
	<p>D.G.R., n. 17-4010 del 03.10.2016 Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici pediatri di libera scelta avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p>
	<p>D.G.R. n. 18-4011 del 3.10.2016, Recepimento del "Protocollo d' intesa tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale avente ad oggetto gli adempimenti previsti dal DM 2 novembre 2011 per la realizzazione del Progetto Ricetta Dematerializzata";</p>
	<p>D.G.R. n. 27-4665 del 13.02.2017 Programma investimenti ex art. 20 legge 67/88 adeguamento alla normativa antincendio risorse assegnate con Delibera CIPE 16 dell'8 marzo 2013. Riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28 – Integrazione D.G.R. n.2-3900 del 08.09.2016;</p>
	<p>D.G.R., n. 19-4900 del 20.04.2017 POR FESR 2014-20 - Asse II. Ob.vo specifico II.2c.2. Azione II.2c.2.1 "Soluzioni tecnologiche per la digitalizzazione e l'innovazione dei processi interni dei vari ambiti della P.A. nel quadro del Sistema pubblico di connettività, quali ad es. la giustizia, la sanità, il turismo, le attività e i beni culturali, i servizi alle imprese". Approvazione di quattro schede tecniche di misura;</p>
	<p>D.G.R. n. 27-6517 del 23.02. 2018, Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale. Linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020;</p>
	<p>D.G.R. n. 23-6689 del 29.03.2018, Decreto Ministeriale 11.12.2009 "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del sistema Tessera sanitaria". – validità attestazioni di esenzione rilasciati dalle AA.SS.LL. – anno 2018;</p>
	<p>D.G.R. n. 41-7098 del 22.06.2018, L. 4.7.2005 n. 123. Erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di prodotti dietetici per la malattia celiaca - Individuazione dei punti autorizzati all'erogazione, istituzione del buono dematerializzato e ridefinizione dei tetti di spesa. Modifica DGR n. 7-5661 del 10.4.2007;</p>
	<p>D.G.R., n. 44-7225 del 13.07.2018 Riconoscimento in capo all'ASL 301 - Città di Torino delle funzioni di azienda capofila in ordine all'intero processo di avvio, realizzazione e gestione del centro unico di prenotazione (CUP). Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), dei Direttori Operativi e del Gruppo tecnico regionale;</p>

	D.G.R. n. 1-192 del 09.08.2019, Ulteriori adempimenti in attuazione del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Approvazione "Linee guida in materia di protezione dei dati", corredate dagli elenchi delle minacce per Valutazione di Impatto sulla Protezione dei Dati (DPIA) e delle misure di sicurezza tecniche ed organizzative;
	D.G.R. n. 2-1409 del 23.05.2020, Gestione informatico-informativa della pandemia COVID a supporto dei sistemi di sorveglianza e contact tracing nella fase 2;
	D.G.R. n. 6-1613 del 3.07.2020, Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telem 2.10.2020 Medicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
	D.G.R. n. 5-1639 del 9.07.2020, Attuazione del Piano Triennale Nazionale per l'informatica nella P.A. 2019-2021. Indirizzi alle aziende sanitarie pubbliche del SSR per l'adozione della Piattaforma di Community Cloud regionale di CSI Piemonte, e interventi per l'evoluzione dell'infrastruttura Regionale Backbone Wi-Pie. Integrazione D.G.R. n. 45-8954 del 16/5/2019;
	D.G.R., n. 8-2034 del 2.10.2020, D.G.R. n. 27-6517 del 23.02.2018: Intervento 7) Realizzazione del Sistema amministrativo contabile unico per gli Enti del SSR e del consolidato sanitario regionale. Disposizioni;
	D.G.R. n. 13-2103 del 16.10.2020, Estensione del numero di prestazioni ambulatoriali della branca 8 Cardiologia erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria e inserimento nel Nomenclatore Tariffario di una nuova prestazione della branca di cardiologia per il controllo e il monitoraggio, anche a distanza, di particolari patologie cardiologiche;
	D.G.R. n. 17-2318 del 20.11.2020, D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione;
	D.G.R. n. 13-2525 del 11.12.2020, Sanità digitale. Semplificazione nel processo di consegna delle ricette dematerializzate alle farmacie da parte dell'assistito piemontese. Indicazioni per l'adozione del nuovo servizio telematico "Consegno Ricette";
	D.G.R. n. 6-2913 del 26.02.2021, Indirizzi per il servizio di "Preadesione vaccinazione anti COVID-19";
	D.G.R. n. 11-2936 del 5.03. 2021, D.G.R. n. 27-6517 del 23.02.2018 in materia di sanità digitale: Intervento 6) Evoluzione dei sistemi per la prevenzione e l'assistenza territoriale. Disposizioni attuative per la Realizzazione del Sub Intervento relativo al sistema unico per la gestione della Medicina Trasfusionale (SIRMET);

	<p>D.G.R n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788-Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013. riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28;</p>
	<p>D.G.R. n. 27-4665 del 13.02.2017 Programma investimenti ex art. 20 legge 67/88 adeguamento alla normativa antincendio risorse assegnate con Delibera CIPE 16 dell'8 marzo 2013. Riparto a favore delle Aziende Sanitarie Regionali di complessivi € 7.119.668,28 – Integrazione D.G.R. n.2-3900 del 08.09.2016;</p>
	<p>D.G.R. n. 7-1492 del 12.06 2020 emergenza da COVID 19. Approvazione del “Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID 19” da proporre al Ministero della Salute ai sensi dell’art.2 del D.L. n.34 del 19.05.2020;</p>
	<p>D.G.R. n. 25-5186 del 14.06.2022 “PNRR Missione 6 Salute Ripartizione ai sensi dell’art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l’attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC per complessivi Euro 524.744.995,00”.</p>
	<p>D.G.R. n. 23-5124 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).”</p>
	<p>D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 “Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all’ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2. 1.1.2.”</p>
Consistenze organiche, approvvigionamento e gestione dei magazzini	<p>D.G.R. n. 28-3039 de 26.03.2021 l’Approvazione degli indirizzi relativi al protocollo tra la Regione Piemonte, Federfarma Piemonte e Assofarm Piemonte per la campagna di vaccinazione anti Covid-19 nell’ambito sperimentale della "Farmacia dei servizi";</p>
	<p>D.G.R. n. 62-896 del 25.10.2010, Articolo 1, comma 3 del programma attuativo del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico del SSR. Approvazione delle linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche del personale e per l’approvvigionamento e la gestione dei magazzini delle Aziende Sanitarie Regionali;</p>
Clinical Governance	<p>D.G.R. n. 17-547 del 22.11.2019 Partenariati Pubblici Privati in ambito sanitario ai sensi della Parte IV del D.Lgs. n.50 del 16.04.2016 Primi indirizzi per le valutazioni di congruità in ordine alla sostenibilità economica e finanziaria e alla coerenza con le politiche di programmazione della Regione Piemonte;</p>

<p>Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali</p>	<p>D.G.R. n. 34-8769 del 12.05.08, D.G.R. n. 11-11336 del 04.05.09, D.G.R. n. 38-11960 del 04.08.09, D.G.R. n. 4-9886 del 27.10.08 (percorso nascita); D.G.R. n. 21-10664 del 02.02.09 (percorso ictus cerebrale); D.G.R. n. 16-2317 del 20.11.2020, Aggiornamento linee di indirizzo rete ictus D.G.R. n. 80-1700 del 11.12.00, Organizzazione aziendale; D.G.R. n. 21-10664 del 02.02.09, Applicazione sperimentale di nuove forme organizzative; D.G.R. n. 48-8609 del 14.04.2008, Linee Guida regionali per l'Osservazione Breve Intensiva nei Pronto Soccorso e nei DEA;</p>
<p>Revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria urgenza sanitaria</p>	<p>D.G.R. n. 19-13297 del 15.02.10, Linee guida per la gestione dell'emergenza; D.G.R. n. 18-1831 del 07.04.2011, Attuazione Piano di rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema della Rete dell'Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte; D.G.R. n. 44-1980 del 29.04.2011, "Attuazione Piani di Rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale". Provvedimenti; D.D. n. 463 del 22.06. 2011, Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. Istituzione gruppo tecnico regionale per il monitoraggio della rete. D.G.R. n. 11-1193 del 3.04.2020 D.L. 17.03.2020 n. 18. Attuazione dell'articolo 4 "Disciplina delle aree sanitarie temporanee" Approvazione Piani degli interventi straordinari delle Aziende Sanitarie Regionali per l'Emergenza Covid 19 per complessivi euro 3.886.910,00 a valere sull'articolo 20 della legge 11 marzo1988 n.67; D.G.R. n. 1-2162 del 26.10.2020, emergenza epidemiologicada COVID-19. Allestimento urgente posti letto di terapia intensiva/semintensiva con attrezzature, tecnologie e relativi lavori strettamente necessari. Revoca D.G.R. n. 62-8116 del 14.12.2018 e assegnazione all'ASL Città di Torino – D.I.R.M.E.I. dei finanziamenti; D.G.R. n. 1-2297 del 16.11.2020, Emergenza Epidemiologica da COVID-19. Approvazione protocollo d'intesa fra prefettura di Torino, città di Torino, Regione Piemonte. Incarico all'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, per la realizzazione e gestione di un'area temporanea ai sensi dell'art.4 del D.L. 17 marzo202, n.18, convertito in Legge 24 aprile 2020, all'interno del V Padiglione di Torino Esposizioni; D.G.R. n. 10-3149 del 30.04.2021, Emergenza COVID-19 Art. 2 del D.L. 34 del 19 maggio 2020. D.G.R. n. 7-1492 del 12.06.2020. Prima rimodulazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19;</p>

	D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i. "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte" è stato definito un modello assistenziale unico di assistenza sanitaria erogata al domicilio
	D.G.R. 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i."
	D.G.R. 7 novembre 2016, n. 17-4167 "Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015";
	D.G.R. 16 maggio 2019, n. 91-9000 "D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.";
	D.G.R. 3 novembre 2020, n. 1-2188 "L. n. 27 del 24.4.2020 e L. n. 77 del 17.7.2020. Piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e criteri di riparto delle risorse";
	D.G.R. 2 luglio 2021, n. 6-3472 "Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale";
	D.G.R. 29 dicembre 2021, n. 16-4469 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione"
	D.G.R. 11 febbraio 2021 n. 4 - 4628 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale";
	DCR 22 febbraio 2021 n. 199 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali".

	<p>D.G.R. 31 marzo 2022, n. 18-4834 “Modifica e integrazione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, del progetto regionale di cui alla D.G.R. n. 9-3951 del 22.10.2021 per la sperimentazione di strutture di prossimità, nella tipologia di Centro Servizi Distrettuali Integrato (CSDI), secondo le linee d’indirizzo di cui all’Intesa sancita in Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 4.8.22” ha definito l’avvio di un progetto propedeutico alle case della Comunità.</p>
	<p>D.G.R. 20 aprile 2022, n. 1-4892 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.). Anticipazione quota parte del finanziamento del fondo sanitario indistinto all’ASL VC”</p>
	<p>D.G.R. 12 settembre 2022, n. 22-5599 “Recepimento Intesa, art.8, c.6 della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’art. 1, c. 406, della L. 178/2020” (151/CSR del 4 agosto 2021) – Primi indirizzi per l’attuazione”.</p>
	<p>D.G.R. 7 ottobre 2022, n. 20-5757 “D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018 e s.m.i. – Ridefinizione e rimodulazione dei posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) nel territorio delle ASL CN1 e ASL AL”</p>

Rispetto alla programmazione dei lavori pubblici e delle acquisizioni, in particolare, si dà atto di quanto segue:

Gli interventi riguardanti la Riqualificazione degli ex Ospedali di Alba e di Bra di cui al presente documento programmatico sono compresi nella programmazione triennale dei lavori pubblici dell’Azienda Sanitaria, che riporta:

- a. Adeguamento strutturale Sede Distrettuale 1 Casa della salute Alba – importo € 6.000.000,00;
- b. Adeguamento strutturale Sede Distrettuale 2 Casa della salute Bra – importo € 6.000.000,00.

A seguito delle intervenute esigenze e della nuova programmazione l’ASL CN2 provvederà ad adottare gli atti con gli aggiornamenti necessari:

- aa. Riqualificazione ex Ospedale San Lazzaro di Alba – Realizzazione Ospedale di comunità, Casa della Comunità, Centrale Operativa territoriale – importo € 25.946.500,00;
- bb. Riqualificazione ex Ospedale Santo Spirito di Bra – Realizzazione Ospedale di comunità, Casa della Comunità, Centrale Operativa territoriale – importo € 20.505.875,00.

0.e Sintesi delle coerenze esterne

Nell’ottica di una stretta correlazione tra le differenti azioni settoriali della Regione, le coerenze esterne del presente programma di investimento riguardano innanzitutto le politiche dello sviluppo economico del territorio interessato dall’intervento.

La centralità della questione energetica impone che tutti gli interventi di ampliamento ed adeguamento delle strutture esistenti e le strutture di nuova concezione e realizzazione

debbano essere coerenti con i criteri di contenimento e razionalizzazione dei consumi energetici e prevedere l'utilizzo di principi progettuali e realizzativi, nonché l'adozione di tecnologie energetiche orientate alla sostenibilità e al risparmio, promuovendo una eco-sostenibilità di lungo termine.

Tutti questi aspetti trovano riferimento nei principali documenti di programmazione strategica regionali e nazionali, quali:

- Piano Energetico Ambientale Regionale, approvato con D.C.R. n. 351-3642 del 3 febbraio 2004 – Vigente
<http://www.regione.piemonte.it/energia/pianoEnergReg.htm>
- Nel 2015 è stato approvato il “Documento Preliminare di Piano al Piano Energetico Ambientale Regionale”
http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2015/13/attach/dgr_01253_430_30032015.pdf
- Piano territoriale regionale (Ptr), approvato il 21 luglio 2011 con D.C.R. n. 122-29783
http://www.regione.piemonte.it/territorio/pianifica/nuovo_ptr.htm
- Sistema regionale piemontese per la ricerca e l'innovazione - Linee generali di intervento (L.R. n.4/2006, art. 4) - Vigenti
http://www.regione.piemonte.it/innovazione/images/stories/ricerca/dwd/linee_generali_intervento_IX.pdf
- Quadro strategico nazionale (QSN) 2007-2013
http://www.dps.tesoro.it/documentazione/qsn/docs/qsn2007-2013_giu_07.pdf

Per la programmazione 2014-2020:

- Programmazione europea 2014-2020 e i regolamenti UE
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/programmazione.htm>
- Programma operativo regionale (POR) 2007-2013
<http://www.regione.piemonte.it/industria/por/>
- POR Fondo Sociale Europeo (POR FSE)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/fse/index.htm>
- POR Fondo Europeo Sviluppo Regionale (POR FESR)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/fesr/index.htm>
- Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR)
<http://www.regione.piemonte.it/europa2020/feasr/>
- Documento Strategico Preliminare 2007-2013 (approvato l'11 ottobre 2005 con deliberazione del Consiglio regionale n. 26-31183)
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/2007_2013.pdf
- Documento Strategico Unitario (DSU) per la programmazione dei fondi europei a finalità strutturale per il periodo 2014-2020
<http://www.regione.piemonte.it/partnersariato1420/dwd/DSUFondistrutturali.pdf>
- Documento di Programmazione Strategico-Operativa per la politica di coesione 2007-2013 (approvato dal Consiglio regionale il 21 dicembre 2006 con DCR n. 94 – 43541)
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/testo_dpso.pdf
- Documento Unitario di Programmazione (DUP) (approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 21 luglio 2008 con deliberazione n. 19 – 9238)
<http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/dup+dgr73.pdf>
- Relazione Programmatica sull'Energia, approvata con D.G.R. n. 30 – 12221 del 28.09.2009)
<http://www.regione.piemonte.it/energia/relProgrammatica.htm>
- Proposta del Documento di Programmazione Economica Finanziaria Regionale 2010–2012, adottato con Deliberazione Giunta Regionale n. 51 – 12886 del 21 dicembre 2009
http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/dpefr2010_2012.pdf
- Documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale 2014-2016.
[http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/DPEFR%202014_16%20completo\(3\).pdf](http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/DPEFR%202014_16%20completo(3).pdf)

0.f Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale

Normativa regionale

- D.C.R. n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 - Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- L.R. n. 4/2006 "Sistema regionale per la ricerca e l'innovazione".
- L.R. n. 18/2007 - Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.
- L.R. n. 3/2012 "Disposizioni in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale".
- D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007 - Individuazione delle Aziende del sistema sanitario regionale.
- D.C.R. n. 167 – 14087 del 3 aprile 2012, - Piano socio-sanitario regionale 2012-2015.
- D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
- D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015, Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.
- D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015, AA.SS.RR.- Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali – Art. 3 D. L.gs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 – D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 – Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par.5.1;
- D.G.R. n. 2-3900 del 08.09.2016, programma di investimenti ex art.20 Legge n.67788-Adeguamento alla normativa antincendio;
- D.C.R. n. 286-18810 del 8.05.2018, rete ospedaliera regionale. Programma di interventi in edilizia sanitaria;
- D.C.R. n. 259-4501 del 30.01.2018, Modifiche ed integrazioni alle deliberazioni del Consiglio regionale n.10-20273 del 28 giugno 2005 e n.131-23049 del 9 giugno 2007. Progetto finalizzato agli interventi di riqualificazione di assistenza sanitaria nella città di Torino ai sensi dell'articolo 71 della legge 448/1998. adeguamento e rideterminazione degli interventi in applicazione del decreto del Ministero della Sanità del 5 aprile;
- D.G.R. n. 7-1492 del 12.06 2020 emergenza da COVID 19. Approvazione del "Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID 19" da proporre al Ministero della Salute ai sensi dell'art.2 del D.L. n.34 del 19.05.2020;
- D.G.R. n. 10-3149 del 30.04.2021, Emergenza COVID-19 Art. 2 del D.L. 34 del 19 maggio 2020. D.G.R. n. 7-1492 del 12 giugno 2020. Prima rimodulazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19";
- D.G.R. 20.11.2020, n. 17-2318 D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione;
- D.G.R. n. 17.4952 del 29.04.2022 "D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824 - Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. Missione 6 Componente 1.
- D.G.R. n. 25-5186 del 14.06.2022 "PNRR Missione 6 Salute Ripartizione ai sensi dell'art.5. comma 1 del contratto istituzionale di sviluppo (CIS), delle attività per l'attuazione del PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti (PNC), alle Aziende sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori esterni delegati. Riparto agli Enti del SSR delle risorse del PNRR e PNC per complessivi Euro 524.744.995,00".
- D.G.R. n. 23-5124 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)."

- D.G.R. n. 6-4630 del 11.02.2022 “Approvazione Programma di Investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all’ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.21.1.2.”
- DGR n. 7-1492 del 12/06/2020 Approvazione del Piano di riorganizzazione di cui al citato art. 2, comma 1 e seguenti del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

Normativa nazionale

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 (art. 20): “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)”.
- D.M. 29 agosto 1989, n. 321: “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell’edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell’art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67”.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.
- Legge 492/93 (conversione in Legge del D.L. 2 – 10 – 1993 n. 396): “Disposizioni in materia di edilizia sanitaria”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- Delibera CIPE 21/03/97: “Disciplina della programmazione negoziata”.
- decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430.
- Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691.
- deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141.
- Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza.
- Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005.
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312 disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni.
- Nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell’8 febbraio 2006 avente per oggetto “Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006).
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008).
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, (Patto sulla Salute).

- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità.
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la “definizione delle modalità e procedura per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità” a integrazione dell’accordo del 19 dicembre 2002.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81.
- Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - Anno 2009
- Legge 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010)
- Decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118, Principi contabili.
- Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 di “Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro (14G00050).
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- C.S.R. del 7 settembre 2016, Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).
- D.L. del 26.10.2019 n.124, art. 32-sexies convertito in legge 19.12.2019 n. 157 Legge 124, Ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex Ospedali Psichiatrici”. Ricognizione fabbisogni;

Normativa relativa all’emergenza epidemiologica COVID-19 ed in particolare:

- D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID 19.
- Il presente Piano di Riorganizzazione e rafforzamento delle Terapie Intensive e Semi-Intensive s’inserisce nell’ambito della Missione 6 “Salute” e nello specifico nell’ambito della Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, e l’approvazione dello stesso rappresenta una specifica Milestone del PNRR.

1. ANALISI SOCIO-SANITARIA ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

1.a Il contesto internazionale e nazionale

Negli ultimi decenni la realtà sociale ed economica del Piemonte si è profondamente modificata: settori tradizionali che per quasi tutto il secolo scorso avevano caratterizzato la economia regionale, generando ricchezza ed occupazione, hanno subito, in alcuni casi, una profonda trasformazione, in altri casi sono stati ridimensionati o sono addirittura scomparsi. Parliamo soprattutto di automotive, di industria manifatturiera, di servizi tradizionali che oggi non identificano più, anche all'estero, la nostra realtà torinese.

Sono rimaste tuttavia eccellenze, professionalità, esperienze imprenditoriali, che in un contesto di nuove iniziative e di nuovi settori di sviluppo, rappresentano un valore aggiunto per la nostra città e devono essere rivitalizzate. Non solo, ma un forte ruolo degli atenei torinesi,

Università e Politecnico, da anni ai vertici della didattica e della ricerca europea, sono risorse strategiche che, in una fase di così accentuato cambiamento, possono fortemente contribuire al rilancio del nostro territorio.

Il sistema sanitario sta affrontando, in questi anni, una profonda trasformazione rivolta non solo all'innovazione del modello organizzativo ed alla tecnologia, ma soprattutto ad una rivisitazione del rapporto servizi-paziente, nella riscrittura della scala dei bisogni, con conseguenze sui diversi livelli del sistema stesso, istituzionale, professionale, gestionale e sociale. Su questa trasformazione ha inciso, in maniera rilevante, non solo la trasformazione del concetto di salute, non solo una radicale revisione dello Stato sociale, ma anche una congiuntura economica e finanziaria drammatica; quest'ultimo aspetto ha causato un ribaltamento dei tradizionali rapporti tra Stati nazionali ed Unione Europea, cui è oggi attribuito un ruolo centrale e quasi esclusivo in materia di bilanci pubblici e di politiche finanziarie.

Alcuni sono gli aspetti che si vogliono mettere in rilievo per evidenziare la natura della evoluzione in atto nel sistema sanitario italiano, peraltro in certa misura analoga a quanto avviene in altri paesi europei.

Una nuova configurazione di welfare che si sta radicando nel nostro paese:

- è cambiata la società, nei suoi rapporti tra collettività, individuo e mondi vitali. È impossibile ragionare su un nuovo welfare ed un nuovo sistema sanitario se non si riflette sui mutamenti della “società interessata”, a cui il servizio deve essere erogato. Quindi diventa inevitabile porre attenzione ad un modello sociale in rapido mutamento ed agli effetti progressivi e continui su questo da parte di una crisi economica che rischia di mutarsi da ciclica in definitiva. In sintesi sono cambiate, in riduzione, le risorse disponibili, per cui oggi assistiamo ad una strenua ricerca di un equilibrio sostenibile nella spesa sanitaria pubblica, con il rischio di perdere, in questa corsa, pezzi di società che, per indigenza, non vedono garantiti il minimo di tutela;
- sono cambiate le aspettative nei confronti del servizio sanitario, in quanto si ricerca non solo più la salute, ma il benessere, lo star bene e conseguentemente è mutato nei cittadini il concetto di diritto alla salute, ma anche il concetto di livelli essenziali di assistenza e di appropriatezza della cura in rapporto alla scala individuale dei bisogni;
- è cambiato il rapporto cittadino-sistema sanitario, per cui l'individuo ricerca sempre più l'accesso consapevole alla prestazione sanitaria. Siamo passati dal paziente passivo al paziente attivo e quindi si sta allargando, l'ambito di autonomia dei cittadini nella scelta dei servizi, a volte per necessità di sopravvivenza e di risposte immediate;
- si è indebolito il governo della domanda, istituzionalmente assegnato ai medici di medicina generale ed assistiamo alla proliferazione di nuovi modelli di erogazione dei servizi, in parte guidata dall'evoluzione delle esigenze, unitamente a nuovi approcci terapeutici e nuove tecnologie, ma anche determinata dalla ricerca di una risposta più convincente all'evoluzione del sistema.

1.b La situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

L'Italia è tra i Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata in entrambi i sessi. Il Piemonte presenta valori sovrapponibili a quelli nazionali, con una maggiore percentuale di anziani. Nel 2019, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 80,8 anni, una bambina di 85,2.

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione, con riferimento all'anno 2021.

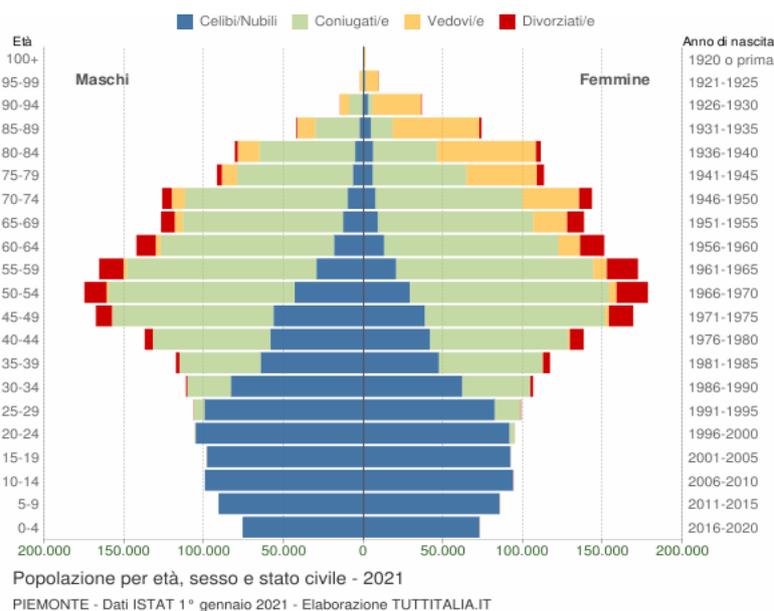


Figura 1. Piramide di età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2021)

La risultante dell'aumento della speranza di vita, della riduzione della mortalità e della costante riduzione dei tassi di natalità, è rappresentata dall'aumento dell'indice di vecchiaia, ovvero dal rapporto percentuale tra gli over 65 e gli under 14.

Negli anni si assiste, in Piemonte, a un aumento dell'aspettativa di vita: era di 77 anni per le donne e 70 anni per gli uomini nel 1980; è cresciuta a 84,9 anni per le donne e 80,4 anni per gli uomini nel 2016, per mantenersi pressoché invariata nell'ultimo triennio. La speranza di vita 2019 è di 85,2 anni per le donne e 80,8 per gli uomini.

Contestualmente, prosegue la drastica riduzione del tasso di natalità (nati vivi/1.000 residenti): nel 2015 era 7,5 in Piemonte e nel 2018 era 6,7. Nel 2019 il tasso di natalità è ulteriormente sceso, a 6,4 per 1.000. Negli anni l'indicatore si è mantenuto costantemente più basso rispetto al valore medio nazionale, che faceva rilevare 8 nati vivi/1.000 residenti nel 2015, 7,3 nel 2018 e 7 nel 2019.

In Piemonte nascono quindi meno bambini, e questo dato può contribuire a spiegare come la percentuale di anziani sul totale dei piemontesi sia così elevata.

1.b.1 Quadro demografico

In breve

- *Nel 2021 in Piemonte sono presenti quasi 4,3 milioni di abitanti.*
- *E' stimata una progressiva riduzione della popolazione.*
- *Aumento dell'aspettativa di vita e riduzione della natalità: progressivo invecchiamento della popolazione.*

L'analisi delle tendenze evolutive della popolazione piemontese nel ventennio 2019 – 2039 segnala un quadro in trasformazione e variabile negli anni, differente per le diverse classi di età.

Nel 2000 il Piemonte contava 4.289.731 residenti, saliti a 4.457.335 nel 2010 e poi scesi a 4.252.279 nel 2021. Una crescita del 3,9% nel primo decennio del millennio, una diminuzione di 0,87% nel ventennio 2000-2021.

Nel 2000 i residenti con meno di 18 anni in Piemonte erano 661.062, nel 2010 erano 721.689, nel 2021 erano 661.462. Una crescita della popolazione con meno di 18 anni quindi nel primo decennio del secolo (+9,17 %), controbilanciata da una diminuzione nel decennio successivo, che ha portato i valori del 2021, in Piemonte, quasi al livello dei valori del 2000.

Nel 2000 i residenti con 65 anni e più in Piemonte erano 888.743, nel 2021 1.115.901: una crescita del 25,56 % negli ultimi 20 anni.

Di questi, nel 2000 i residenti con più di 75 anni in Piemonte erano 391.965 e nel 2021 584.962: una crescita del 49,24 % nell'ultimo ventennio.

Nel 2000 l'indice di invecchiamento (percentuale degli ultra65enni sul totale della popolazione) in Piemonte era 20,71, nel 2021 era 26,2.

Nel 2000 i nati in Piemonte erano 35.874, nel 2010 erano 38.385, nel 2020, ultimo dato disponibile, erano 27.107: una crescita quindi del 7 % nel primo decennio, una diminuzione, nel ventennio 2000 – 2020, che sfiora il 25 %.

Le previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2019-2039 indicano una diminuzione della popolazione piemontese di circa 140.000 unità: tale perdita è determinata in particolare dalla bassa natalità che caratterizza da tempo la regione.

La perdita di popolazione riguarderà, secondo le previsioni ISTAT, soprattutto la classe di età 45-64 anni (286.000 unità in meno, 21,6 % in termini percentuali) e in secondo luogo la popolazione con meno di 18 anni (- 70.500 10,2 % in termini percentuali). Per contro, per la popolazione anziana si prevede un incremento, che investe sia la classe 65-74 anni (+ 142.000 unità, 27,1% in termini percentuali), sia la classe di età superiore ai 75 anni (+153.000 unità, 26,2% in termini percentuali).

Si conferma, in sostanza, la tendenza verso una popolazione meno numerosa, ma con una percentuale di anziani superiore con maggiori più problemi sanitari.

Tabella popolazione residente in Piemonte per gruppi di età 2019-2039					
Popolazione (età)	2019	2029	2039	Variazione 2039-2019 (v.a.)	Variazione 2039-2019 (%)
Totale	4.355.500	4.278.604	4.215.377	-140.123	-3,2
<= 18 anni	693.861	628.121	623.248	-70.613	-10,2
19 - 44	1.229.321	1.162.491	1.150.328	-78.993	-6,4
45 - 64	1.322.692	1.264.978	1.036.950	-285.742	-21,6
65 - 74	524.431	575.072	666.570	142.139	27,1
75 +	585.195	647.942	738.281	153.086	26,2

Fonte: Elaborazione IRES da ISTAT, anni vari

Gli stili di vita rappresentano il principale fattore di protezione o di rischio comportamentale modificabile rispetto alla costruzione del proprio benessere e, in particolare, all'insorgenza delle patologie croniche non trasmissibili. La prevenzione delle malattie e la promozione della salute si realizzano tramite politiche e strategie intersettoriali e attraverso azioni mirate a specifiche fasce d'età e genere della popolazione, per promuovere abitudini di vita salutari, primi fra tutti: sana alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo e al consumo di alcol.

Gli indicatori sugli stili di vita della popolazione per genere, fascia d'età e area geografica consentono di fornire un quadro conoscitivo del contesto regionale attraverso i dati raccolti dalle principali fonti informative nazionali e regionali.

Nella prospettiva di genere si rileva come le donne hanno stili di vita più salutari, riferiti a obesità, fumo e alcol, ma livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini.

Anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, come già sottolineato la principale problematica di salute che devono affrontare oggi i sistemi sanitari, così come evidenziano studi e evidenze internazionali, sono le patologie croniche. La presa in carico di queste patologie determina la necessità di risorse aggiuntive, umane e economiche, finalizzate a gestirne l'impatto.

I dati recentemente pubblicati nel Rapporto BES relativi allo stato di salute degli anziani forniscono indicatori utili per le future politiche e gli interventi sanitari e sociali che potranno essere indirizzati a questa fascia di popolazione. Infatti, emerge che quasi la metà della popolazione piemontese ultra 75enne presenta una condizione di multicronicità o ha gravi limitazioni nelle attività abituali: in particolare, nel 2020 tale percentuale era del 46,4%, mentre si stima che nel 2021 sia circa il 44%, valore simile a quello delle altre regioni del Nord e inferiore alla media nazionale, dove quasi il 48% della popolazione si trova in queste condizioni.

Nell'anno 2020 l'impatto della pandemia Covid-19 ha portato alla luce nuovi bisogni, dei quali deve farsi carico il Servizio sanitario regionale nel prossimo futuro; le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) devono pertanto operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti.

1.b.2 Quadro epidemiologico

In breve

- *Il progressivo invecchiamento della popolazione è correlato all'incremento delle patologie croniche.*
 - *4 Piemontesi su 10 hanno almeno una patologia cronica.*
 - *Si evidenzia una progressiva riduzione del tasso di ricovero (la cronicità sollecita il comparto territoriale).*
 - *Si evidenzia una criticità delle cure territoriali (ad. esempi monitorate tramite ADI).*
-

Come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, aumentano le patologie croniche in Piemonte, determinando un aumento di risorse, umane ed economiche, finalizzate a gestirne l'impatto: l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, a livello mondiale, circa il 70-80 % delle risorse spese oggi in sanità sia destinato alla gestione delle malattie croniche. Peraltro l'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita.

Anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, come già sottolineato la principale problematica di salute che devono affrontare oggi i sistemi sanitari, così come evidenziano studi e evidenze internazionali, sono le patologie croniche. La presa in carico di queste patologie determina la necessità di risorse aggiuntive, umane e economiche, finalizzate a gestirne l'impatto.

I dati recentemente pubblicati nel Rapporto BES relativi allo stato di salute degli anziani forniscono indicatori utili per le future politiche e gli interventi sanitari e sociali che potranno essere indirizzati a questa fascia di popolazione. Infatti, emerge che quasi la metà della popolazione piemontese ultra 75enne presenta una condizione di multicronicità o ha gravi limitazioni nelle attività abituali: in particolare, nel 2020 tale percentuale era del 46,4%, mentre si stima che nel 2021 sia circa il 44%, valore simile a quello delle altre regioni del Nord e inferiore alla media nazionale, dove quasi il 48% della popolazione si trova in queste condizioni.

Se la presenza di una o più malattie croniche, soprattutto se in stadio lieve-moderato, non è immediatamente correlata con l'espressione di una grave riduzione delle autonomie, quest'ultima è sempre correlata con una condizione di multimorbilità e l'espressione di bisogni che richiedono interventi di lungo termine.

In tale ambito va osservato che il Piemonte fa rilevare una prevalenza di patologie croniche più elevata rispetto alla media nazionale: su 100 piemontesi, 41,5 dichiaravano almeno una patologia cronica nel 2019, 1,5 % in più rispetto ai valori medi nazionali.

Il paziente cronico è una persona solitamente anziana, spesso affetta da più patologie, che richiede l'intervento di più figure professionali.

Poco più del 67,3 % dei pazienti cronici, in Piemonte, godeva di buona salute nel 2019. La percentuale nazionale, 68,8, è più elevata: maggior fabbisogno assistenziale dei pazienti cronici piemontesi

Tra le patologie croniche più diffuse, secondo le Indagini Multiscopo dell'Istat, vi sono quelle di seguito elencate, che nel complesso rappresentano il 45 % del totale delle patologie croniche:

- Ipertensione;
- artrosi;
- malattie allergiche.

I cambiamenti epidemiologici stanno determinando un cambiamento negli scenari di cura.

Negli ultimi 15 anni si assiste a una riduzione del tasso di ricovero, passato in Piemonte da 180 ricoveri (ordinari e in regime di day hospital) ogni 1.000 residenti nel 2001, a 122,6 nel 2018.

La tendenza alla diminuzione del tasso di ricovero, costante dall'inizio del millennio, prosegue nell'ultimo triennio. Il Piemonte fa rilevare, peraltro, uno dei tassi di decremento più elevati tra il gruppo di Regioni benchmark con cui viene messo a confronto nella tabella che segue: 11%, superato solo dall'Emilia Romagna con 11,3%.

1.b.3. Quadro socio-economico

In breve

- *Prima della pandemia l'economia piemontese manifestava già un marcato rallentamento.*
- *Fra i settori in crisi ci sono quelli dell'industria manifatturiera, dei mezzi di trasporto e dell'industria meccanica. I settori che resistono sono quelli dell'alimentare e delle apparecchiature meccaniche.*
- *Durante la pandemia: crollo delle esportazioni regionali e del commercio internazionale; si riduce il reddito delle famiglie ed aumenta la disoccupazione.*
- *L'incertezza fa aumentare il costo del denaro: contrazione degli investimenti finanziari e rischio di bolle speculative.*
- *La crisi sanitaria ha colpito maggiormente chi già viveva in condizioni sociali meno favorevoli; rischio di amplificazione delle disuguaglianze.*
- *Una famiglia su dieci è monogenitore (necessità di servizi per la famiglia e per i giovani, garanzia del reddito).*
- *3,5 famiglie su dieci sono costituite da una sola persona (necessità di servizi per la continuità).*
- *La popolazione anziana è socialmente attiva (volontariato).*
- *Un quarto dei Millennials (età fra i 22 ed i 37 anni) è di origine straniera.*
- *La percentuale delle giovani donne di origine straniera che sono coniugate o conviventi è doppia rispetto a quella delle giovani donne piemontesi; le giovani donne*

di origine straniera hanno in media due figli, mentre quelle piemontesi ne hanno poco più di uno.

- *Il problema della povertà riguarda più spesso i minori e, fra questi, quelli di origine straniera.*
 - *Nel 2019: in Piemonte aumento delle migrazioni all'interno della Regione o rispetto ad altre Regioni; stabilità delle migrazioni dall'estero o verso l'estero.*
 - *E' previsto un incremento della disoccupazione ed una riduzione della natalità.*
-

La dimensione economica

L'economia regionale nel 2019, prima della pandemia esplosa nei primi mesi del 2020, manifestava un marcato rallentamento: si stima che il Pil della regione nel 2019 abbia riflesso una crescita dello 0,2% nella media dell'anno. La domanda estera risultava in marcato rallentamento e si è tradotta in una ulteriore contrazione delle esportazioni, in termini reali del -4%, segnando un'ulteriore diminuzione rispetto all'anno precedente, mentre la dinamica dei consumi si è azzerata. Gli investimenti hanno rappresentato l'unica componente della domanda ancora dinamica (+3%).

Il livello degli investimenti in Piemonte in rapporto al Pil è risultato inferiore rispetto ai livelli raggiunti prima della crisi del 2008, ma comunque crescente negli ultimi anni e in misura superiore rispetto alla media nazionale. Un segnale che nel contesto generalmente negativo non è da trascurare. Le esportazioni, in Euro correnti, sono diminuite per il Piemonte del 3,5% a fronte di una crescita del 2,3% a livello nazionale.

La performance della regione è da attribuire prevalentemente all'andamento sui mercati esteri del comparto dei mezzi di trasporto, che assorbe per intero la diminuzione dell'export regionale. Peraltro la contrazione riguarda pressoché l'intero spettro dei settori, con l'eccezione del tessile-abbigliamento, che presenta valori costanti rispetto al 2018 e, all'opposto l'alimentare che, con una crescita in valore del 9,3% contribuisce in misura considerevole ad arginare la dinamica negativa complessiva. Il rallentamento congiunturale nel 2019 è guidato dall'andamento dell'industria manifatturiera, che ha virato in area negativa, con una contrazione dell'1,2%, a cui fa riscontro una decelerazione del valore aggiunto dei servizi (+0,6) rispetto all'anno precedente. Anche nel settore delle costruzioni si è considerevolmente smorzata la ripresa dell'attività che si stava evidenziando. La produzione industriale in Piemonte, secondo le stime di Unioncamere, è diminuita nella media annua dello 0,5%. L'andamento generale è stato fortemente condizionato dalla caduta nel settore dei mezzi di trasporto e nelle industrie meccaniche. Il comparto del tessile-abbigliamento ha fatto riscontrare una contrazione rilevante. Invece si conferma la dinamica espansiva nell'alimentare e nel comparto delle apparecchiature meccaniche, sostenute dall'andamento favorevole degli investimenti aziendali in macchinari e attrezzature.

Figura dinamica della produzione industriale in Piemonte: variazioni percentuali



Fonte: Elaborazioni IRES su dati Indagine Congiunturale Unioncamere Piemonte

La crisi innescata dall'emergenza sanitaria interviene, quindi, su un'economia in via di indebolimento e, per certi versi, destinata a pagare ancora il prezzo dell'incertezza dell'evoluzione in corso.

Tabella andamento dell'economia del Piemonte: tassi medi annui di variazione percentuale

	2000-2007	2008-2014	2015-2017	2018	2019	2020	2020-2023
Pil	0,9	-1,7	1,7	1,3	0,2	-7,1	1,8
Consumi famiglie	0,9	-0,9	1,6	0,3	0,0	-4,7	1,9
Consumi collettivi	1,6	-0,8	-0,4	0,5	-0,5	1,8	-0,7
Investimenti fissi lordi	0,4	-2,9	3,9	2,2	3,0	-14,1	2,7
Esportazioni	1,6	0,8	3,7	-1,3	-4,0	-9,5	4,6

Fonte: Elaborazioni IRES su dati ISTAT e Prometeia (provvisori)

La dinamica più sfavorevole rispetto al dato nazionale è coerente con la specificità settoriale dell'economia piemontese: oltre ai settori dei servizi, colpiti in misura rilevante dalle chiusure, la filiera automotive risulta avere subito gli effetti più rilevanti fra i settori industriali. Alcuni scenari, formulati in periodi più recenti, indicano come probabile una caduta dell'attività più consistente rispetto alle cifre dati sopra riportate: per l'Italia la Spring forecast dell'Unione europea stima una contrazione del -9,5% del PIL, sostanzialmente in linea con la previsione del Fondo monetario internazionale. Le esportazioni regionali vedono una caduta del 9,5%: la contrazione del commercio internazionale secondo il FMI, già sostanzialmente stazionaria nel 2019, a seguito della guerra commerciale innescata dal confronto Usa-Cina, è diminuita dell'11%; nell'anno successivo è prevista risalire di poco al di sopra dell'8% determinando una riduzione consistente dei flussi di commercio internazionale, che potrebbe divenire strutturale nella fase di successiva ripresa se, come prevedibile, la tendenza al near-shoring si instaurasse, riallocando le catene del valore su scala continentale. Questo fenomeno, già in corso prima della crisi, potrebbe essere accelerato, spinto da un ridisegno delle strategie aziendali volto a ridisegnare le catene di fornitura su una scala territoriale più sicura rispetto all'eventualità di ulteriori ondate epidemiche. Ciò potrebbe anche rappresentare un'opportunità per le imprese piemontesi sia per la componente più forte, ben integrata sui mercati europei, sia per i fornitori meno proiettati su scala internazionale: questi ultimi potrebbero operare su mercati meno rischiosi e più facilmente presidabili da piccole realtà aziendali e, nel contempo, potrebbero beneficiare di un'attenuazione della concorrenza da parte di produttori che operano in paesi con condizioni di costo più favorevoli e per questo più competitive. In particolare si possono trovare in questa situazione le imprese che producono beni intermedi, del settore

moda e forse fornitori del comparto automotive. A fronte di tali opportunità, peraltro, il canale estero rappresentato dai mercati più lontani, che per alcuni comparti aveva costituito un importante sbocco in una situazione di mercato interno asfittico, diverrà un fattore critico: ciò soprattutto per i comparti maggiormente internazionalizzati quali le produzioni del Made in Italy (alimentare, moda, prodotti per la casa).

Il calo dei consumi è stato stimato pari al 4,7% nel 2020, anche a causa della contrazione del reddito delle famiglie. Questo aspetto rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio dello scenario prospettico, nel quale vi è il timore di un avvistamento dell'economia che conduce ad una situazione di equilibrio su livelli di reddito e produzione più bassi: un processo circolare e cumulativo che parte dalla diminuzione dell'offerta indotta dal lockdown produttivo; la quale determina un impatto negativo sul reddito e sulle aspettative delle famiglie, anche attraverso il canale della disoccupazione, che a sua volta retroagisce sulla domanda al sistema produttivo; il quale alimenta un'ulteriore impatto negativo sul reddito. In questa situazione il mercato del credito agisce come amplificatore: l'incertezza fa salire il costo del denaro e si riduce la propensione degli intermediari finanziari a concedere credito per le imprese ritenute più a rischio di chiusura. Lo schema di aiuti messi in campo mira a 'congelare' la situazione, impedendo questa dinamica involutiva: sostegno alle imprese perché mantengano intatta la loro capacità produttiva e la loro capacità di soddisfare le obbligazioni evitando chiusure e fallimenti, sostenere il reddito delle persone affinché il livello dei consumi possa riprendere.

La dimensione sociale

La crisi sanitaria ha avuto impatti diversificati nei vari gruppi sociali, impatti che ancora non si conoscono in modo analitico. Dalle prime valutazioni emerge comunque che chi viveva in condizioni sociali meno favorevoli e di vulnerabilità prima della crisi pandemica, è colpito maggiormente dai cambiamenti imposti dalle misure di contenimento del contagio. Questi impatti diversificati rischiano di accentuare la dinamica di crescita delle disuguaglianze sociali in atto prima della crisi sanitaria. Infatti le reti familiari e sociali in cui si è inseriti, le risorse economiche a disposizione, i contesti istituzionali a cui accedere creano possibilità e opportunità di gestione di una crisi come quella in corso che possono essere molto diverse. Una prospettiva da cui osservare l'eterogeneità di situazioni sociali è quella di guardare ai tipi di famiglia esistenti. Essi emergono in conseguenza del fatto che le persone si trovano in differenti fasi del percorso di vita, o hanno fatto scelte o subito eventi che hanno prodotto una ristrutturazione delle relazioni familiari. Si tratta di comportamenti familiari che risentono delle condizioni socioeconomiche e dei modelli culturali prevalenti, ma anche di quelli emergenti.

Pertanto l'attuale distribuzione dei modi di fare famiglia è il risultato anche di cambiamenti socioeconomici e culturali occorsi negli ultimi decenni. Le famiglie sono diventate sempre più piccole e di tipo nucleare, mentre in passato – quando le attività agricole e artigianali erano preponderanti rispetto a quelle industriali e dei servizi – le famiglie raccoglievano sotto lo stesso tetto più nuclei (coppie con o senza figli) e più generazioni. L'instabilità matrimoniale e il diffondersi delle unioni civili e di convivenza hanno contribuito a modificare i percorsi di vita e familiari. La longevità ha anch'essa avuto un'influenza sulla crescita di certi tipi di famiglia come quello della famiglia composta da una sola persona.

Nel 2019 la dimensione media delle famiglie piemontesi è inferiore a quella delle famiglie in Italia, 2,1 contro 2,3 persone per famiglia. È inferiore anche a quella di regioni come la Lombardia e l'Emilia Romagna (2,2), e il Veneto (2,3). Caratteristica della tipologia familiare piemontese è la bassa percentuale composta da famiglie di coppie con figli (di cui, sulla base di stime campionarie Eu Silc, la stragrande maggioranza con almeno un figlio minorenni): solo il 27,5% delle famiglie è di questo tipo, mentre in Italia è il 32,7%. La Lombardia ha un valore simile a quello italiano (32,6%), il Veneto supera di molto quest'ultimo (34,7%), mentre l'Emilia Romagna mostra come il Piemonte una percentuale inferiore al valore italiano (29,7%), anche se non così bassa come il Piemonte.

La percentuale piemontese è superiore solo a quella della Valle d'Aosta e della Liguria. Ha invece acquisito peso la famiglia monogenitore, in genere una madre con uno o più figli, che

nel 2019 rappresenta il 9,9% delle famiglie piemontesi, una percentuale più elevata rispetto a quelle delle regioni di confronto. In Piemonte è alta anche la percentuale di persone che vivono da sole, il 35% delle famiglie è composta da una sola persona. Tra le regioni prese a confronto, solo l'Emilia Romagna supera il valore piemontese, con il 36%. La Lombardia è al 33,8%, mentre in Veneto solo 28,4 famiglie su 100 sono composte da una sola persona. In Italia si tratta per oltre la metà dei casi di persone con meno di 65 anni di età (nel 2019 il 52,7%). Dunque non è un fenomeno connesso solo all'allungamento della vita, che vede le donne rimanere da sole a causa dei differenziali nella longevità tra uomini e donne. La diffusione delle famiglie unipersonali è connessa pure al declino della nuzialità, a motivi di studio e al desiderio di autonomia e indipendenza (ISTAT, Rapporto annuale 2019). Tuttavia sono molti e in crescita i giovani che vivono nella famiglia di origine. I giovani celibi e nubili tra 18 e 30 anni che in Piemonte nel 2019 vivono con almeno uno dei genitori sono il 77,5% dei coetanei, una percentuale inferiore alla media italiana, 81,5%, simile a quella lombarda (76,3%), ma superiore a quella in Emilia Romagna (71,6%). Secondo indagini ISTAT svolte a livello nazionale, la lunga permanenza dei giovani nella famiglia di origine può essere indice di una libera scelta, ma è anche rappresentata dall'esistenza di difficoltà alla realizzazione di progetti di vita autonoma per motivi di lavoro (precario e/o pagato poco) e per i costi delle abitazioni. Le vite familiari delle persone anziane si stanno modificando per effetto dei guadagni di longevità degli uomini a partire dalla fine degli anni '90, per la crescita dei livelli d'istruzione e per i conseguenti cambiamenti nelle relazioni sociali e amicali, e nell'aumento dell'utilizzo di internet (ISTAT, Rapporto annuale 2019). I guadagni in longevità stanno facendo aumentare il numero di donne anziane che vivono in coppia, per effetto della riduzione delle vedovanze. Nel 2019 in Piemonte le donne tra 65 e 74 anni erano coniugate nel 68% circa dei casi: pochi anni prima, nel 2012, lo erano nel 65% dei casi. Parallelamente le vedove sono il 21% delle donne tra 65 e 74 anni di età, una quota minore rispetto a quanto osservato nel 2012, quando erano quasi il 26%.

La pandemia Covid-19 potrebbe aver interrotto momentaneamente questo trend di crescita, in particolare nelle zone dove il contagio è stato elevato, dal momento che colpisce maggiormente la popolazione maschile anziana. L'allungamento della longevità potrebbe però riprendere a crescere se il virus verrà debellato anche con il supporto di un vaccino.

Vi sono tuttavia altre minacce che incombono sulla continua crescita delle speranze di vita a cui si è assistito negli ultimi decenni sia per gli uomini sia per le donne. Sono minacce provenienti dai cambiamenti climatici, dall'inquinamento e dalla diffusione di percorsi lavorativi frammentati che recenti studi hanno mostrato avere ricadute negative sulla salute. L'aumento della longevità non riduce comunque la quota di persone anziane che vivono sole. Ciò che si modifica è lo spostamento in avanti dell'età della vedovanza. A livello nazionale, e in particolare al Nord, sta crescendo la partecipazione delle persone in età anziana alle attività di volontariato e all'associazionismo civico e culturale, sia tra gli uomini sia tra le donne (ISTAT, Relazione annuale 2019). Non vi sono ragioni per non credere che questo fenomeno sia presente anche in Piemonte. Le attuali generazioni di persone anziane sono dunque più attive rispetto a quelle precedenti. I loro livelli di partecipazione sociale e culturale precedenti alla pandemia potrebbero però risentire nei prossimi mesi e anni delle conseguenze della crisi sanitaria, qualora la prevenzione del contagio consigliasse una maggiore limitazione delle attività sociali

delle persone in età anziana. Se ciò non avvenisse, al contrario, le persone in età anziana e vulnerabili potrebbero continuare ad essere pienamente partecipi delle attività sociali e culturali e dare un contributo di valore alla società, ancora più prezioso in una fase storica in cui vi sarà necessità di fare maggiore leva sulle risorse relazionali di prossimità e nelle comunità locali.

Le generazioni e le cittadinanze

Ai cambiamenti accennati sopra nel modificare la composizione della popolazione piemontese, si intrecciano negli ultimi vent'anni le immigrazioni dall'estero. Dal momento che chi migra lo fa generalmente in età giovane, e il Piemonte ha ricevuto importanti flussi migratori all'inizio del nuovo secolo, i cambiamenti socio-demografici più recenti si sono verificati nelle

generazioni giovani, in particolare tra i Millennials, coloro che all'inizio del 2019 hanno un'età compresa tra i 22 e 37 anni circa. Stime dell'IRES Piemonte indicano che la proporzione di donne di origine straniera in questa generazione è di circa il 25% e nel caso degli uomini di 23,7%, ovvero su 100 residenti in Piemonte appartenenti a questa generazione un quarto circa è di origine straniera.

Tenere presente questo rilevante cambiamento in corso nella composizione della popolazione piemontese è importante per considerare che queste nuove componenti possono essere portatrici di comportamenti e scelte legati al fare famiglia diversi da quelli dei cosiddetti autoctoni considerati nel loro insieme. Esistono delle differenze tra le comunità di origine straniera, come per esempio nei livelli di fecondità, che mostrano variazioni importanti. Così come possono essere rilevanti le diversità nel ruolo rivestito dalle donne, diversità che peraltro si osservano anche all'interno della popolazione di origine italiana. Tuttavia il confronto tra i valori medi delle due popolazioni di origine italiana e di origine straniera sono evidenti nelle età al matrimonio, nel numero di figli, nei tassi di occupazione delle donne, nei livelli d'istruzione. Se nella generazione dei Millennials con cittadinanza italiana è più frequente – con riferimento al 2016 - la posizione familiare di figlio o figlia (rispettivamente 68% e 54%), nella generazione dei Millennials con cittadinanza straniera – considerando la classe di età 20-34 anni per mantenere la comparabilità con i dati appena citati - la posizione familiare più frequente è quella di coniuge/convivente con o senza figli: in particolare tra le donne con cittadinanza straniera la percentuale è pari al 74%. Nella stessa situazione familiare si trovano solo il 38% delle donne con cittadinanza italiana di quella generazione (tra 20 e 34 anni di età). In Piemonte le donne con cittadinanza straniera hanno in media due figli, mentre quelle con cittadinanza italiana poco più di uno. Le donne di origine straniera sono più spesso inattive o disoccupate. Questo potrebbe essere collegato ai bassi livelli di istruzione che contraddistinguono tutte le generazioni di donne di origine straniera, non solo le più giovani. Mentre nella popolazione di origine italiana le generazioni giovani hanno titoli di studio mediamente più elevati delle generazioni precedenti, ciò non è avvenuto nella popolazione di origine straniera né per le donne né per gli uomini. Nella popolazione di origine straniera le generazioni giovani mostrano i livelli d'istruzione più bassi più frequenti e i titoli di studio terziari persino in diminuzione tra gli uomini. Questi diversi aspetti rimandano ai diversi modelli culturali e alle differenti risorse relazionali, economiche, istituzionali che formano il perimetro entro cui le persone co-costruiscono i propri comportamenti familiari (formare coppie, nuclei famigliari, fare figli). Si producono così situazioni sociali diversificate rispetto alle possibilità di inclusione sociale e ai rischi di esclusione sociale. Il dato della diffusione della povertà riassume le difficoltà incontrate da chi proviene da altri paesi e da chi ha una famiglia numerosa, dove oggi significa avere più di un figlio. Nel 2018 nel nord d'Italia le famiglie formate solo da persone straniere sono povere nel 29,8% dei casi, contro il 4,3% delle famiglie composte solo da italiani (ISTAT, Prospetti povertà 2017-2018, <https://www.istat.it/it/archivio/231263> visitato il 29 aprile 2020). La povertà colpisce maggiormente le famiglie con figli, e meno le persone anziane. Ne consegue che la povertà riguarda più spesso i minori e, tra questi, i minori di origine straniera. La dinamica anagrafica, le tendenze in atto e la crisi pandemica i cambiamenti nella composizione della popolazione avvengono nel breve periodo attraverso gli spostamenti delle persone, in ingresso e in uscita, e nel lungo periodo mediante i comportamenti riproduttivi (la natalità) così come per effetto degli stili e percorsi di vita, a loro volta formati in connessione con le condizioni socioeconomiche e istituzionali determinatisi nel gioco di azione e retroazione delle scelte di tutti.

L'ISTAT stima che in Italia il calo delle nascite sia causato per circa i tre quarti del calo dalla diminuzione dei genitori potenziali (ISTAT, Relazione annuale 2019). Ciò è spiegato dalla denatalità degli anni '70, oggi avvertita nella decrescita della popolazione in età riproduttiva, e che proseguirà in Piemonte, secondo le previsioni demografiche dell'IRES Piemonte, fino al 2028. A questa causa, la denatalità degli anni '70, si aggiunge un abbassamento del numero medio di figli per coppia dovuto alle difficoltà di realizzare i progetti riproduttivi, difficoltà legate alla questione della conciliazione vita lavoro, alle basse remunerazioni, alla frammentarietà dei percorsi lavorativi, fattori che tendono a posticipare sia i matrimoni sia le nascite. In

Piemonte nel 2019 le migrazioni, altro importante fattore di cambiamento, hanno fatto registrare un incremento di mobilità interna alla regione e con le altre regioni, mentre i flussi dall'estero e per l'estero si sono mostrati stabili o in leggero calo. Entrambi i tipi di flussi hanno generato un saldo positivo, più importante quello con l'estero, ma non ai livelli del primo decennio del secolo. I valori osservati nel 2019 più intensi rispetto al 2018 possono essere interpretati come un segnale che le famiglie e gli individui avevano ricominciato ad avere risorse e fiducia negli spostamenti, per l'allentamento della crisi economica del 2008.

Dal momento che ci si attende che la pandemia provochi una crescita del fenomeno della disoccupazione, è possibile che il calo delle nascite si accentui a partire da dicembre 2020 per poi proseguire nel 2021. Secondo simulazioni svolte dal Presidente dell'ISTAT per il paese nel suo complesso, le nascite potrebbero diminuire nel 2021 tra il 2% e il 7,3%. Si tratta di stime che includono gli effetti dell'incertezza e della paura indotte dalla crisi sanitaria, insieme a quelli derivanti dall'insicurezza economica causata dalla crescita del fenomeno della disoccupazione, con scenari compresi tra +2,5 punti fino a +20 punti percentuali del tasso di disoccupazione. Se un aumento della disoccupazione potrà avere un effetto di depressione sulla natalità, la diffusione del lavoro agile potrebbe invece agevolare la conciliazione vita lavoro e incoraggiare le famiglie non colpite dalla disoccupazione a realizzare progetti riproduttivi finora posticipati per le difficoltà di conciliazione. In realtà stanno emergendo primi studi dai quali risulta un impatto differenziato dei vantaggi e svantaggi del lavoro agile in tempo di lockdown sulle famiglie con figli.

In conclusione, le dinamiche anagrafiche piemontesi in atto indicano che le famiglie con figli potranno ancora calare, a meno che non intervengano mirate misure a loro sostegno, mentre per il momento dovrebbe stabilizzarsi o crescere poco la quota di persone di origine straniera. È inoltre prevedibile per il 2021 un consistente calo della popolazione piemontese, a causa dell'incremento di mortalità, del rallentamento dei flussi migratori e del rischio che riprendano le emigrazioni verso l'estero.

1.b3.bis Situazione demografica e epidemiologica ASL CN2

La popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2 risulta dalla B.D.D.E. essere al 31.12.2021 di 169.579 abitanti, pari al 4% della popolazione residente nella Regione Piemonte. Il territorio dell'ASL CN2 comprende n. 75 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti: Il Distretto 1 di Alba, costituito da 64 Comuni e con una popolazione di 103.538 abitanti; Il Distretto 2 di Bra, costituito da 11 Comuni e con una popolazione di 66.041 abitanti. La densità della popolazione residente nell'ASL CN2 nell'anno 2021 è di 151,1 abitanti per chilometro quadrato (nel 2012 era di 152), mentre quella del Piemonte è di 167,5.

La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (50,9% contro il 49,1%); a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 71,6% della popolazione.

Popolazione residente ASL CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2021

Età	Maschi	Femmine	TOTALE
Da 0 a 4	3.258	3.182	6.440
Da 5 a 9	3.901	3.612	7.513
Da 10 a 14	4.093	3.927	8.020
Da 15 a 19	3.966	3.791	7.757
Da 20 a 24	4.417	4.023	8.440
Da 25 a 29	4.509	4.302	8.811
Da 30 a 34	4.672	4.604	9.276
Da 35 a 39	4.852	4.732	9.584
Da 40 a 44	5.383	5.506	10.889
Da 45 a 49	6.531	6.425	12.956
Da 50 a 54	6.873	6.897	13.770
Da 55 a 59	6.748	6.799	13.547
Da 60 a 64	5.635	5.717	11.352
Da 65 a 69	4.891	5.182	10.073
Da 70 a 74	4.636	5.135	9.771
Da 75 a 79	3.374	3.949	7.323
Da 80 a 84	2.980	4.009	6.989
Da 85 a 89	1.774	2.734	4.508
Da 90 a 94	630	1.400	2.030
Da 95 a 99	89	387	476
Oltre 100	9	45	54
Totale	83.221	86.358	169.579

Fonte: Intranet RUPARPIEMONTE: PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E. (dati provvisori al 17.08.2022)

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, per l'ASL CN2 si attesta nel 2019 a 81,3, 47,3 e 19,5 anni per gli uomini e a 84,9, 50,2 e 22,3 anni per le donne (in Piemonte per i maschi 81, 46,8 e 19,3, mentre per le femmine 85,3, 50,8 e 22,4).

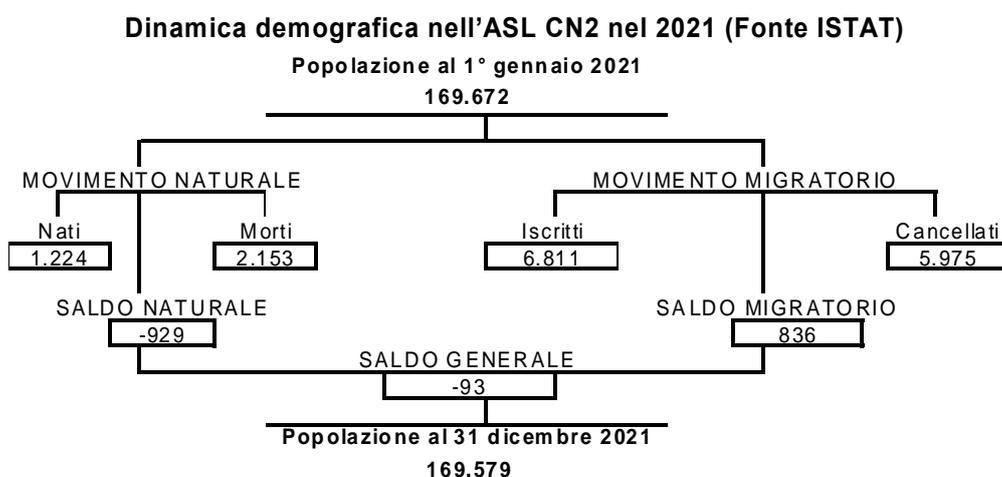
Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2010-2019)						
Anno	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2010	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22
2011	80,1	84,7	46,1	50,5	18,3	22,2
2012	80,2	85,2	46,1	50,5	18,7	22,1
2013	80,5	84,8	46,4	50,7	19,1	22,2
2014	81,4	85,1	46,8	50,7	19,4	22,5
2015	80,3	85,2	46,3	50,5	18,7	21,9
2016	80,7	85,1	46,8	50,5	19,3	22,1
2017	81,7	84,9	47,1	50	19,5	21,7
2018	81	85,3	47,4	50,6	19,9	22,4
2019	81,3	84,9	47,3	50,2	19,5	22,3

Fonte: Intranet RUPARPIEMONTE: PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E. (dati provvisori al 17.08.2022)

L'età media, calcolata sulla base della stima della distribuzione per età della popolazione residente al 31.12.2021, è di 45,8 anni (nel 2012 di 44,3), in Piemonte si attesta a 47,1 anni.

Gli stranieri residenti al 31.12.2021 nell'ASL CN2 sono 19.986, pari all'11,8% del totale dei residenti con un incremento del 4,7% rispetto all'anno 2012. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2021 sono 415.637, pari al 9,8% del totale dei residenti.

Il numero medio di componenti della famiglia nell'ASL CN2 nel 2011, calcolato in occasione del 15° "Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011", ultimo dato ad oggi disponibile, è pari a 2,4, valore lievemente più elevato rispetto al dato regionale (2,2), mentre la quota di famiglie unipersonali nel 2011 è pari a 31,4% (Regione Piemonte 34,4%).



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica - Settore Programmazione macroeconomica, Bilancio e Statistica - Regione Piemonte

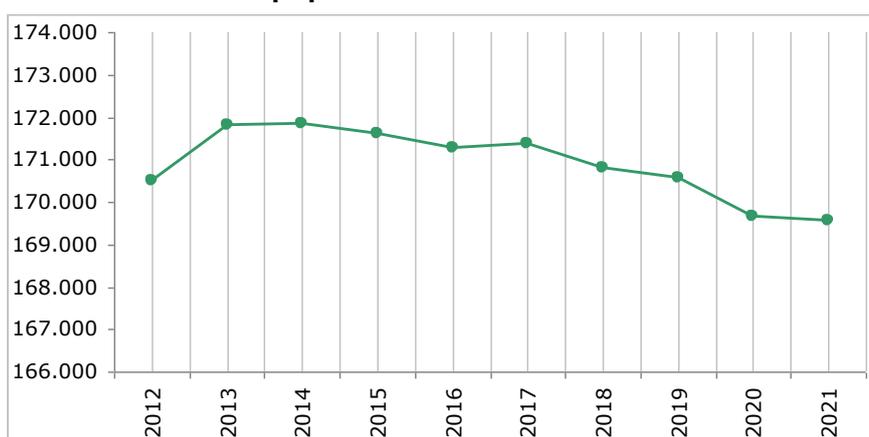
Andamento demografico

Anche per il 2021 nell'ASL CN2, il saldo naturale è negativo (929) con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (836).

L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL CN2 nell'ultimo decennio è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale della popolazione, dopo un incremento nel triennio 2012-2014, dal 2015 ha subito una riduzione pressoché costante. Il dato attualmente disponibile per il 2021 è di poco inferiore a quello dell'anno precedente (saldo generale = -93);

Andamento della popolazione dell'ASL CN2. Anni 2012-2021



Fonti: Intranet RuparPiemonte: PiSTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E. (dati provvisori al 17.08.2022) ed Elaborazioni Ufficio di Statistica - Settore Programmazione macroeconomica, Bilancio e Statistica - Regione Piemonte

- dal 2012 al 2021 il numero assoluto dei nati si è ridotto; nel 2021 i nuovi nati sono 1.224. Il tasso di natalità, in diminuzione nel periodo 2012-2021, è nel 2021 di 7,2 nati x 1.000;
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2021 il numero assoluto dei decessi (2.153) è diminuito di 298 unità rispetto al 2020 (dato provvisorio);
- nel 2021 il tasso di mortalità (dato provvisorio 12,7 x 1.000) è inferiore rispetto al 2020, anche se l'andamento, nel periodo 2012-2020, apparirebbe essere in leggero aumento. Il tasso di cancellazione è inferiore a quello di iscrizione nel 2021.

Tassi strutturali della popolazione per 1.000 dell'ASL CN2 Anni 2012-2021				
Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2012	8,8	11	48,8	38,7
2013	8,8	10,9	47,2	37,6
2014	8,8	10,8	37,4	35,1
2015	8,1	12,1	37,5	34,9
2016	8,2	11,3	37,6	36,6
2017	8,2	11,8	40	35,6
2018	8	11,4	39	36,7
2019	7,2	11,9	41,8	38,5
2020	7,1	13,9	37	36,1
2021	7,2	12,7	40,2	35,2

Fonti: Intranet RuparPiemonte: PiSTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E. (dati provvisori al 17.08.2022) ed Elaborazioni Ufficio di Statistica - Settore Programmazione macroeconomica, Bilancio e Statistica - Regione Piemonte

Natalità

Nel 2021, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1.000, è di 7,2, superiore al dato regionale (6,3).

Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, per il Distretto 2 di Bra si registra una natalità più elevata (8,4) rispetto al Distretto 1 di Alba (6,4).

L'indice di carico di figli per donna in età feconda (rapporto tra il numero di bambini di età inferiore a 5 anni e il numero di donne di età compresa tra i 15 e i 50 anni) nell'anno 2021 è di 19,3. Quello del 2012 è di 19,8 e quello del Piemonte nel 2021 è di 17,8. Questo indicatore ha un significato di tipo socioeconomico in quanto stima il "carico" di figli in età prescolare per donna in età fertile, cioè in un'età in cui, soprattutto nei paesi economicamente più sviluppati, è più elevata la frequenza di donne lavoratrici impegnate anche nella cura dei bambini.

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della popolazione ASL CN2 (numero morti/popolazione totale x 1.000) nel 2021 è di circa 12,7 ogni 1.000 abitanti residenti. In base alle stime attuali, il dato risulta inferiore rispetto a quello dell'anno precedente (13,9).

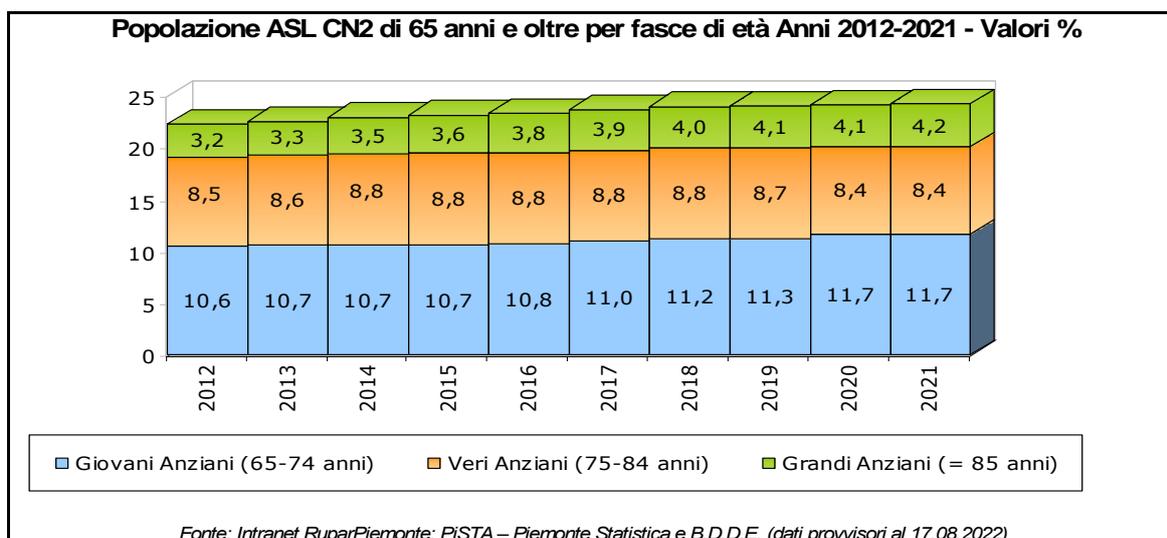
Il tasso grezzo di mortalità per il Distretto 2 di Bra (11,7) è inferiore al dato complessivo dell'ASL CN2, della provincia di Cuneo (12,9) e della Regione (13,3).

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL CN2, calcolato col metodo della standardizzazione utilizzando la popolazione europea, è nel 2019 (ultimo anno disponibile) di 515,1 per 100.000 per i maschi e di 370,9 per 100.000 per le femmine. Quello del 2010 è di 603,5 per i maschi e 365 per le femmine, mentre quello della Regione Piemonte nel 2019 è di 533,9 per gli uomini e di 351,3 per le donne.

Gli anziani

Nell'ASL CN2 al 31.12.2021, si stimano 41.224 ultrasessantacinquenni ossia il 24,3% della popolazione totale (44,6% maschi; 55,4% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13%.

Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'ASL CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 11,7%, quelli di età compresa tra i 75-84 anni 8,4% e gli ultraottantacinquenni 4,2%.



Nel 2021 nell'ASL CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 187,6, mentre quello piemontese è di 219,8. Nel 2012 l'indice di vecchiaia per l'ASL CN2 era di 164,6.

L'indice di invecchiamento nell'ASL CN2 nel 2021 è di 24,3, e riflette il peso relativo della popolazione anziana.

L'indice di dipendenza o carico sociale (popolazione in età 0–14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15–64 anni) nell'ASL CN2 è di 59,4 nel 2021; nel 2012 era pari a 56,1. Quello del Piemonte nel 2021 è di 61,8. Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

L'indice di struttura (popolazione in età 40–64 anni x 100 abitanti in età 15–39 anni) nell'anno 2021 è di 142,5; nel 2012 127,4; quello del Piemonte nel 2021 è di 151,6.

Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche, hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI (dati 2020-2021) consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche (percepita) e lo stato lavorativo.

Tabella popolazione residente in Piemonte per gruppi di età (2019-2039)					
ETA'	2019	2029	2039	Variazione 2039-2019 (v.a.)	Variazione 2039-2019 (%)
Totale	4.355.500	4.278.604	4.215.377	-140.123	-3,2
<= 18 anni	693.861	628.121	623.248	-70.613	-10,2
19 - 44	1.229.321	1.162.491	1.150.328	-78.993	-6,4
45 - 64	1.322.692	1.264.978	1.036.950	-285.742	-21,6
65 - 74	524.431	575.072	666.570	142.139	27,1
75 +	585.195	647.942	738.281	153.086	26,2

La popolazione oggetto di studio è costituita al 31.12.2021 da 111.799 residenti nell'ASL CN2 (dati ISTAT – B.D.D.E. - dati provvisori al 17.08.2022) di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Nell'ASL CN2, il 65,8% degli intervistati ha complessivamente un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea); l'alta scolarità è più frequente tra i giovani di 18-34enni (86,5%) e tra le donne (74%).

Dai dati PASSI 2020-2021 risulta occupato l'81,2% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 69,9% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 28,4% "autonomo"; lo 0,7% è in "cassa integrazione/solidarietà".

Il 3,5%, secondo i dati Passi 2020-2021, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 16,3% con "qualche" e l'80,2% con "nessuna".

Popolazione di riferimento ASL CN2 (18-69 anni) (Dati ISTAT: popolazione al 31.12.2021 dato provvisorio)		111.799	
PASSI 2020-2021 (pop. 18-69 anni) ASL CN2 Alba-Bra			
Numero interviste effettuate		550	
Dati socio-anagrafici	%	(IC al 95%)	
Sesso			
uomini	50	-	-
donne	50	-	-
Classi di età			
18-34	25,5	-	-
35-49	29,6	-	-
50-69	44,9	-	-
Stato civile			
coniugato/convivente	59,1	55,5	62,7
celibe/nubile	35,1	31,9	38,5
vedovo/a	1,9	1,1	3,4
separato/divorziato	3,8	2,5	5,8
Vive da solo			
no	89,6	86,7	91,9
si	10,4	8,1	13,3
Cittadinanza			
italiana	93,8	91,3	95,6
straniera	6,2	4,4	8,7
Livello di istruzione			
nessuno/licenza elementare	3,4	2,1	5,3
scuola media inferiore	30,2	26,7	33,9
scuola media superiore	49,9	45,7	54,2
laurea/diploma universitario	16,5	13,6	19,9
Difficoltà economiche			
molte	3,5	2,3	5,4
qualche	16,3	13,5	19,5
nessuna	80,2	76,7	83,3
Stato lavorativo (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n = 506			
occupato	81,2	77,8	84,2
in cerca occupazione	2,7	1,5	4,7
inattivo	16,1	13,4	19,3
Tipo di contratto lavorativo tra gli occupati (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 409			
dipendente	69,9	65,2	74,2
cassa integr./solidarietà	0,7	0,2	2,3
autonomo	28,4	24,2	33,1
atipico	1	0,4	2,7

La struttura produttiva

È al 31 dicembre 2020 l'ultimo aggiornamento dati del progetto "Flussi Informativi INAIL – REGIONI" reso disponibile da INAIL, che riguarda, nel dettaglio, i cosiddetti "danni alla salute" di origine professionale (Infortuni e Malattie Professionali) e la struttura produttiva (Aziende ed Addetti occupati) relativi al territorio di competenza di questa ASL.

L'ASL CN2 di Alba e Bra si estende su un territorio di circa 1.118 Km² di superficie caratterizzato da un'economia dinamica con forte vocazione agroalimentare.

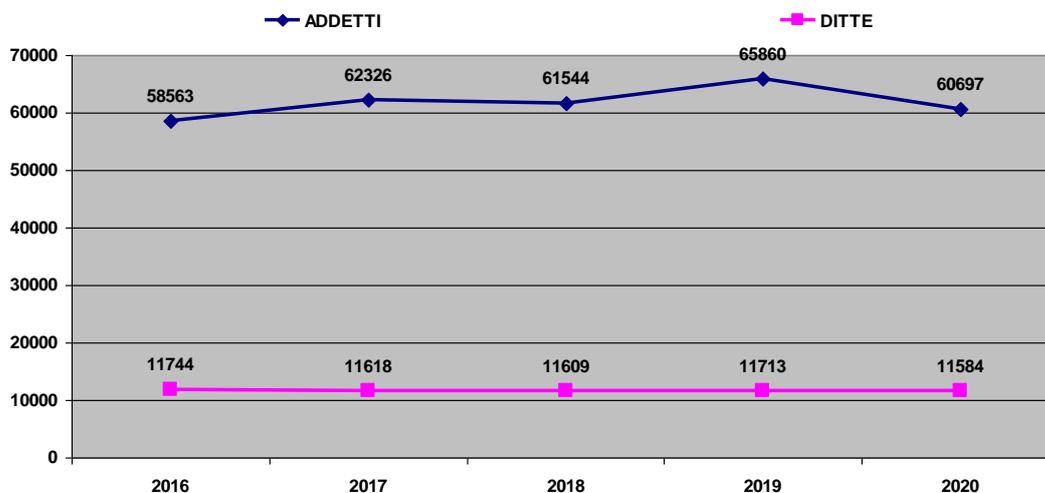
Le eccellenze dei settori enologico e corilicolo (Nocciola – Tonda Gentile delle Langhe IGP), oltre a pregevolezze di nicchia (tartufo Bianco d'Alba), trainano ormai da alcuni decenni l'economia locale in sinergia con realtà industriali che, in alcuni casi, hanno un'importante diffusione internazionale.

Oltre alla produzione primaria, negli ultimi anni, anche a seguito dell'inserimento di Langhe e Roero nel Patrimonio UNESCO, il settore turistico - ricettivo sta diventando un forte viatico economico con ricadute evidentemente positive anche nell'occupazione.

Nel 2020 emergono evidenti i primi esiti della gestione della pandemia ed in particolare del prolungato *lockdown* che incide fortemente sulla numerosità degli addetti con un calo, rispetto all'anno precedente, vicino al 10% e che riporta indietro di almeno tre anni la situazione occupazionale del territorio.

A livello territoriale, nonostante la crisi pandemica, nel quinquennio di riferimento (2016 -2020) non si rileva un significativo decremento delle attività produttive, sintomo evidente di una positiva dinamica economica del territorio.

Andamento del numero delle Aziende e degli Addetti del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2016-2020

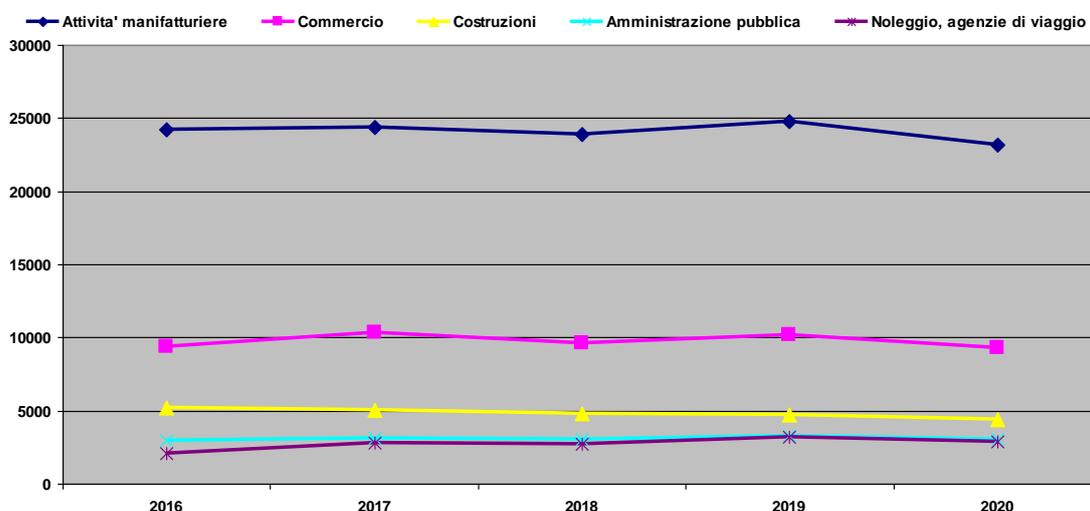


Relativamente alla numerosità degli addetti, l'analisi per comparto non è più disponibile nei dati INAIL ma è stata implementata partendo dal dato ISTAT di Classificazione delle attività economiche Ateco 2007.

Il settore più rappresentativo è ancora costituito dalle attività manifatturiere (...trasformazione fisica o chimica di materiali, sostanze o componenti in nuovi prodotti... l'alterazione, la rigenerazione o la ricostruzione sostanziale dei prodotti) con oltre il 30% degli addetti a cui seguono commercio, costruzioni, amministrazione pubblica e noleggio (NB: questo settore contiene le agenzie di fornitura lavoro temporaneo).

I primi cinque settori rappresentano complessivamente oltre il 70% del totale addetti del territorio (in esclusione al settore agricolo sostanzialmente non presente nei dati dei flussi) ma soprattutto i primi tre (manifattura, commercio e costruzioni) evidenziano gli esiti negativi della pandemia in termini di riduzione degli addetti.

Andamento del numero degli Addetti nei 5 comparti più rappresentativi del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2016 – 2020



1.b.3.tris. Il carico di alcune patologie croniche nell'ASL CN2

Frequenza di BPCO, Scompenso cardiaco e Diabete tipo 2 nella popolazione in carico al MMG

I dati a seguire descritti derivano da una indagine sulle patologie croniche BPCO, Scompenso cardiaco e Diabete tipo 2 che è stata effettuata da 84 MMG dell'ASL CN2 su 104 nel periodo novembre 2018 – luglio 2019 su una popolazione indagata di 121.982 (percentuale di copertura 83,9%).

FREQUENZA BPCO

POPOLAZIONE INDAGATA ASLCN2 (N=121.982)

PREVALENZA	IC 95% PREVALENZA
1,40%	1,31%-1,44%
N/P=1.680/121.982	

N= osservati nel campione. P= popolazione iscritta negli elenchi dei MMG rispondenti.

	%
MASCHI	66,70%
FEMMINE	33,30%

ETA' MEDIA	SD	ETA' MEDIANA
77,2	10,8	79

ATTESI NELLA POPOLAZIONE TOTALE DEI MMG = 145.251 *1,4% = **2.033**

FREQUENZA SCOMPENSO CARDIACO (ICC)

POPOLAZIONE INDAGATA ASLCN2 (N=121.982)

PREVALENZA	IC 95% PREVALENZA
1,20%	1,12%-1,24%
N/P= 1.442/121.982	

N= osservati nel campione. P= popolazione iscritta negli elenchi dei MMG rispondenti.

	%
MASCHI	44,70%
FEMMINE	55,30%

ETA'MEDIA	SD	ETA' MEDIANA
83,5	8,6	84

ATTESI NELLA POPOLAZIONE TOTALE DEI MMG = $145.251 * 1,2\% = 1.743$

FREQUENZA DIABETE TIPO 2 (T2DM)

POPOLAZIONE INDAGATA ASLCN2 (N=121.982)

PREVALENZA	IC 95% PREVALENZA
3,30%	3,22%-3,32%
N/P=4.046/121.982	

N= osservati nel campione. P= popolazione iscritta negli elenchi dei MMG rispondenti.

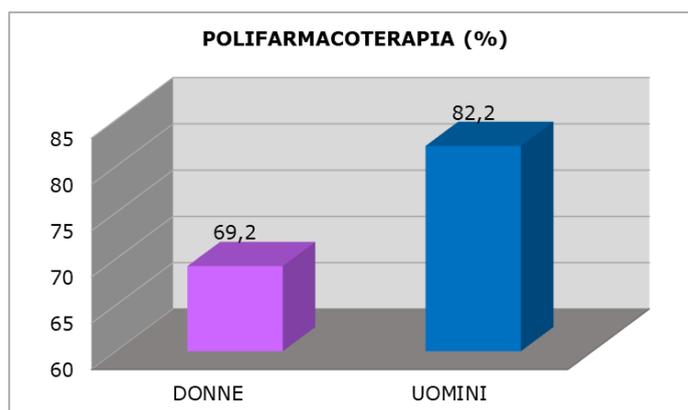
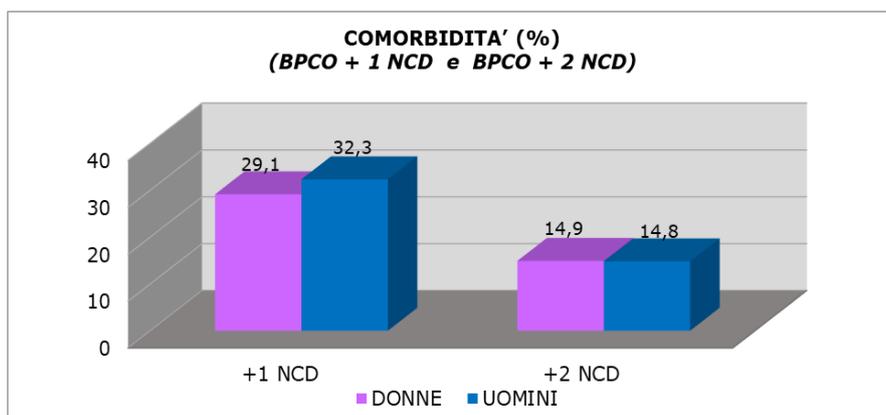
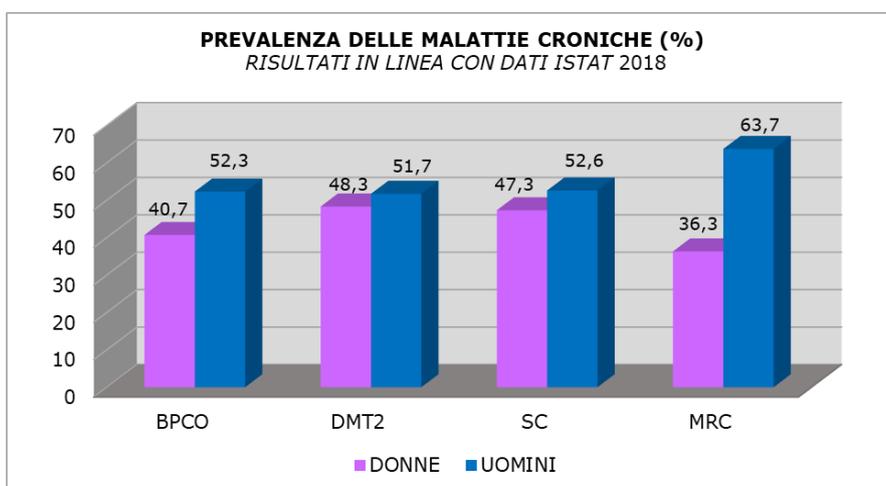
	%
MASCHI	44,10%
FEMMINE	55,90%

ETA'MEDIA	SD	ETA' MEDIANA
72,7	12,3	73

ATTESI NELLA POPOLAZIONE TOTALE DEI MMG = $145.251 * 3,3\% = 4.793$

Ulteriori dati sono disponibili da 1885 pazienti arruolati nel Piano Locale Cronicità da parte dei MMG.

I grafici seguenti illustrano alcune misure di prevalenza.



Si dispone sempre a livello di ASL di alcuni dati sulla fragilità biologica come di seguito illustrato.

Stratificazione della popolazione- La fragilità secondo i flussi amministrativi della Regione Piemonte e le informazioni del MMG. Indagine campionaria.

Si è condotta un'indagine campionaria per validare il Registro degli Anziani Fragili, utilizzando l'archivio degli assistiti di un Medico di Medicina Generale, scelto in ragione della sua comprovata esperienza e serietà professionale.

L'approccio metodologico trova suggerimenti nella recente letteratura sull'argomento.

La definizione operativa di fragilità (scala di fragilità) adottata nel campione (archivio degli assistiti Medico di Medicina Generale) è quella utilizzata in uno studio canadese di prevalenza. Il campione del MMG, è definito come "Gold Standard" ed è costituito da 405 persone di età superiore a 65 anni.

Tale dimensione campionaria garantisce una oscillazione casuale delle stime intorno al 5%, definito a priori un errore alfa del 5% e uno beta dell'80%.

Sensibilità, Specificità, Valori Predittivi sono calcolati con i relativi intervalli di confidenza al 95%.

La "Fragilità" è definita presente per valori superiori o uguali al livello 4 della scala canadese.

La popolazione di riferimento dell'ASL CN2 di età pari o superiore a 65 anni è di 40.105 unità (dato più recente disponibile archivio demografico Regione Piemonte - PISTA).

Il sistema di segnalazione delle persone anziane fragili, ad oggi esistente in Regione Piemonte, (SISTEMA AUTOMATICO) è basato sull'elaborazione di dati provenienti dai flussi informativi amministrativi correnti: rilevazione SDO, farmaceutica convenzionata, esenzioni per invalidità. I criteri di definizione operativi della fragilità sono di seguito illustrati:

- SDO: sono identificati gli anziani residenti che hanno avuto almeno un ricovero, in qualunque regime, nell'arco di 12 mesi per le seguenti patologie (ICD IX), presenti in diagnosi principale o in qualunque diagnosi secondaria: broncopneumopatie croniche (490-496), altre malattie del polmone (518), scompenso cardiaco(428), ictus (430-438), aritmie (427), ipertensione (401-405), ischemie cardiache (410-414), cardiomiopatie (420-429), diabete mellito (250), fratture del femore (820-821), demenza (331), psicosi (290), etilismo (291), morbo di Parkinson (332), insufficienza renale cronica (585).

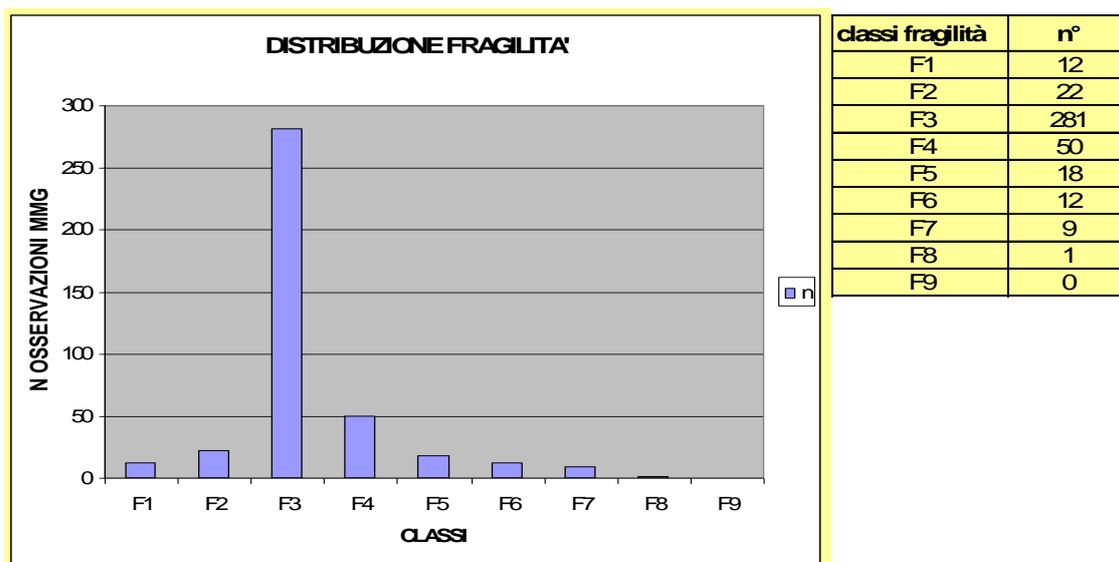
- FARMACI: sono identificati gli anziani oggetto di poliprescrizioni (prescrizioni di farmaci superiori o uguali a cinque categorie farmaceutiche- ATC- nell'arco di 12 mesi): apparato gastrointestinale e metabolismo, sangue ed organi emopoietici, sistema cardiovascolare, sistema genito-urinario ed ormoni sessuali, preparati ormonali sistemici, farmaci antineoplastici ed immunosoppressori, sistema nervoso centrale, sistema respiratorio.

- INVALIDITA' CIVILE: sono identificati gli anziani aventi un'esenzione attiva di invalidità di tipo: C01, C02, C03.

Il registro delle persone fragili è reso fruibile ai servizi distrettuali dell'ASL CN2 su una piattaforma informatizzata regionale ("SISTEMA SANITA' PIEMONTE" "Io scelgo la Salute").

La tabella seguente illustra, nel campione MMG (n=405), la distribuzione dei pazienti per classi di fragilità, secondo la scala canadese.

La prevalenza osservata di FRAGILITA' è pari al 22% (IC 95% 18,3%-26,7%)



Posto il cut off della scala sul livello maggiore o uguale a 4, la presenza della condizione di fragilità (campione MMG) concorda con il SISTEMA AUTOMATICO (SA) come indicato nella tabella seguente.

CONCORDANZA FRAGILITA'			
FRAGILITA'	FRAGILI SECONDO SA	NON FRAGILI SECONDO SA	TOTALE
FRAGILI SECONDO MMG	15	75	90
NO FRAGILI SECONDO MMG	7	308	315
TOTALE	22	383	405

Sensibilità 20%

Specificità 98%

Vppos 68%

Vpneg 80%

	Test +	Test -
Malattia +	15	75
Malattia -	7	308

	Test +	Test -
Malattia +	VP	FN
Malattia -	FP	VN

Intervallo di confidenza al 95%

		Limite inferiore	Limite superiore
Sensibilità	0,167	0,132	0,207
Specificità	0,978	0,957	0,989
Prevalenza	0,222	0,183	0,267
VPT+	0,682	0,634	0,726
VPT-	0,804	0,761	0,841

1.b.4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso

In breve

- Nell'ultimo decennio si assiste al processo di deospedalizzazione (diminuisce anche il tasso di ospedalizzazione);
 - Parallelamente non si è compiuto il consolidamento della rete territoriale (ad esempio per l'Assistenza Domiciliare Integrata);
 - Il riscontro ai bisogni della cronicità e della non autosufficienza è quindi a rischio di inappropriatazza (poiché sollecita il comparto ospedaliero);
 - Occorre puntare sul consolidamento della rete territoriale e sulla ricerca di forme di continuità tra territorio ed ospedale.
-

Guardando all'ultimo decennio, sono almeno tre le tappe che hanno comportato una ridefinizione della erogazione in ragione, anche indirettamente, della domanda di prestazioni sanitarie.

La prima tappa è quella dei piani di rientro, dal 2010 al 2017, che, puntando prevalentemente alla razionalizzazione della spesa pubblica, hanno determinato una contrazione della spesa sanitaria e, in particolare, di quella per gli investimenti, costringendo SSR all'innovazione del proprio assetto organizzativo in un contesto di sobrietà.

Si assiste quindi, con la seconda tappa, al tentativo di specializzare il SSR con l'innovazione della rete ospedaliera, tentando di trasformare la stessa da un sistema diffuso e sostanzialmente locale di unità sanitarie in un sistema gerarchico e a rete, già incoraggiato dal DM 2 aprile 1995, n. 70, che definiva i bacini di utenza minimi e massimi per ciascuna categoria di ospedale ed introduceva il criterio delle aree di attività, da intendersi come territori, approssimabili con i confini provinciali, nei quali avrebbe dovuto essere garantito il garantito il livello primario di assistenza attraverso l'integrazione fra servizi ospedalieri, servizi distrettuali e di sanità pubblica.

Al PSSR fa seguito la terza tappa dell'evoluzione qui delineata, che è quella descritta dalle strategie di riordino della rete ospedaliera e della rete delle strutture della DGR 1-600 e della DGR 26-1653, licenziate con l'obiettivo di ricercare la più sostenibile corrispondenza fra ciascun bisogno sanitario e le prestazioni erogate presso diversi tipi di luoghi di cura, dall'ospedale al domicilio degli assistiti. Nella logica della rete l'ospedale è visto come un polo di un sistema - gerarchico, specializzato e strutturato per percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione - che sa indirizzare ciascun utente verso diversi punti di erogazione, garantendo congruità dei tempi di attesa e dei costi, appropriatezza degli accessi e qualità delle prestazioni, ossia sostenibilità del sistema sanitario.

Gli effetti di questa trasformazione sono evidenti se si considera che in Piemonte la spesa sanitaria era nel 2018 ormai in linea con quella media nazionale, ma anche che il Piemonte, stando agli esiti del monitoraggio annuale del Ministero della Salute sugli indicatori riferiti ai tre macro livelli di assistenza (Promozione della Salute e Prevenzione, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera), era la Regione italiana con la migliore *performance*.

Trattandosi di un'evoluzione in termini organizzativi e gestionali verso la specializzazione e la gerarchizzazione, un secondo effetto evidente è la riduzione delle unità amministrative che gestiscono la sanità (Aziende sanitarie). Si assiste quindi alla progressiva riduzione del numero delle Aziende Sanitarie e dei presidi ospedalieri. Infatti, dalle 63 USSL (Unità Socio Sanitarie Locali) istituite con LR n. 20 del 23/08/1982 si è arrivati a 18 Aziende Sanitarie così suddivise: 12 ASL (Aziende Sanitarie Locali a cui si aggiunge ora l'Azienda Zero), 3 AO (Aziende Ospedaliere) e 3 AOU (Aziende Ospedaliere Universitarie).

Parallelamente si è ridotto progressivamente il numero dei posti letto in rete pubblica; riduzione che ha interessato, distintamente, sia gli ospedali pubblici a gestione diretta, sia gli ospedali

privati in rete pubblica. Tale riduzione descrive il processo di deospedalizzazione sopra tratteggiato ed è coerente alla dinamica della domanda di prestazioni sanitarie, che con il progressivo invecchiamento della popolazione ha chiesto riscontro ai temi della non autosufficienza e della cronicità, prevalentemente di competenza territoriale, sia dell'offerta di prestazioni sanitarie, che ha beneficiato dell'innovazione in campo medico, tecnologico e farmaceutico nell'ultimo decennio, riducendo la degenza media nel caso di ricovero, ovvero rendendo il ricovero stesso non più necessario.

Guardando ai singoli ambiti di competenza – quello degli acuti, della lungodegenza e della riabilitazione ospedaliera – si osserva che la contrazione del numero dei posti letto negli ospedali pubblici a gestione diretta li ha riguardati tutti indistintamente. Nel caso delle strutture private in rete pubblica, invece, la contrazione c'è stata per gli acuti e per la lungodegenza, ma non per la riabilitazione, che è stata interessata da un progressivo incremento. Ciò significa che oltre al processo di deospedalizzazione c'è stato anche un fenomeno di redistribuzione che, in coerenza alla strategia di specializzazione e gerarchia fra gli ospedali, ha restituito agli ospedali privati in rete pubblica parte della riabilitazione che veniva effettuata presso gli ospedali pubblici a gestione diretta.

Il processo di deospedalizzazione non ha però interessato l'alta complessità, che nell'ultimo decennio si è mantenuta con la stessa capacità in ambiente ospedaliero.

Quanto all'offerta ospedaliera, quindi, l'evoluzione avvenuta nell'ultimo decennio si può sintetizzare riconducendola al processo di deospedalizzazione.

Dal lato dei bisogni, come già espresso nei precedenti paragrafi, i fenomeni di interesse sono i seguenti:

- progressivo invecchiamento della popolazione e quindi incremento della cronicità e delle patologie legate alla non autosufficienza;
- progressiva affermazione delle famiglie con un solo genitore o monocomponente e quindi maggiore sollecitazione ai servizi socio-sanitari o per la continuità.

Entrambi i fenomeni sollecitano il comparto sanitario territoriale e quello socio-assistenziale nel verso di una continuità integrata.

La rete territoriale è quindi essenziale e strategica nella funzionalità complessiva del SSR poiché - oltre a riscontrare la maggior parte dei bisogni legati alla cronicità e alla non autosufficienza, nonché quelli legati alla prevenzione – può essere connessa a quella ospedaliera per la strutturazione di percorsi che sappiano garantire appropriatezza, tempestività e qualità delle cure, permettendo agli ospedali di sviluppare la loro specializzazione nel trattamento delle acuzie e nella diagnostica avanzata.

Da un punto di vista organizzativo è ormai consolidato il concetto della necessità di realizzare forme di "presa in carico" dei bisogni di salute dei cittadini, a partire dai soggetti che non hanno ancora sviluppato malattie sintomatiche sino ai soggetti affetti da malattie croniche e in generale più fragili (che come visto sono in aumento progressivo in tutto il mondo occidentale ed anche nella ASL Cuneo 2).

La presa in carico dei soggetti fragili si fonda su due elementi fondamentali: le cure domiciliari (già citate in precedenza) che sono prevalentemente appannaggio delle professioni sanitarie, e la costituzione di nuclei strutturati di assistenza in cui sono attivi operatori dei profili sociali e sanitari e, all'interno di questi ultimi, dalle professioni sanitarie ai medici, dai medici delle cure primarie ai medici specialisti.

La coesistenza nel medesimo presidio dei diversi attori sopracitati permette da un lato la costruzione di percorsi fisici ottimizzati in modo da facilitare l'accesso dei cittadini/pazienti, dall'altro la costituzione di punti di riferimento nella popolazione che realizzano a livello delle malattie croniche ciò che gli ospedali rappresentano per le malattie acute.

Nella situazione organizzativa attuale e più comune, ogni cittadino sa dove sia localizzato l'ospedale più vicino, mentre è più difficile che sia al corrente di dove siano localizzati i diversi e frammentati punti di erogazione dei servizi territoriali ed a quali si debba ricorrere per i diversi bisogni di salute.

I recenti indirizzi forniti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 confermano la necessità di sviluppare l'assistenza sul territorio secondo i principi enunciati dell'aumento della presa in carico sia domiciliare che da parte di strutture che costituiscano il fulcro e la concentrazione dell'assistenza sia sociale che sanitaria.

La disponibilità di due strutture sanitarie quasi totalmente non utilizzate a seguito del trasferimento delle attività ospedaliere ivi localizzate costituisce un'importante opportunità per realizzare quanto sopra ipotizzato ed indicato, semplificando ed ottimizzando la rete di offerta e permettendo di offrire a tutti gli attori una sede adatta all'erogazione ottimale dei servizi.

I cittadini, abituati a considerare i presidi San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra come riferimento per i loro bisogni di salute generali (i presidi ospitavano sia Pronto Soccorso, che aree di degenza ma anche aree di attività ambulatoriale), potranno conservare il riferimento agli stessi, arricchiti di contenuti e concentrazione di servizi ora dispersi sul territorio e poco integrati fra loro.

Per quanto riguarda il sistema sanitario regionale, l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale sulla scorta dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento di Giunta regionale.

Il modello della rete sanitaria e socio-sanitaria prevede l'organizzazione in aree funzionali omogenee, come di seguito illustrato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, - AO Ordine Mauriziano di Torino;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Altresì ai sensi della LR 8 gennaio 2004 n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", la rete sociale è composta da 48 Enti Gestori.

In linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, il Piemonte adotta il "Piano regionale di prevenzione", per definire le aree di intervento e i programmi d'azione, in collaborazione con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

La rete ospedaliera per l'emergenza della Regione Piemonte è stata definita con la D.G.R. 1-600/2014 e con la D.G.R. 1-924/2015 e prevede una organizzazione in 6 aree di riferimento, con l'individuazione di DEA di II livello, DEA di I livello, Ospedali di base con PS, PS di area disagiata.

In ambito territoriale, l'art. 3-quinquies del D lgs 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del Distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies, attribuisce alle Regioni il compito di disciplinare l'organizzazione del Distretto in modo da garantirne alcune funzioni fondamentali, quali: l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare,

in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici.

Con la DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale, come riportato

In Piemonte le ASL sono articolate a livello territoriale in Distretti, la cui dimensione ottimale viene quantificata secondo le previsioni dell'articolo 19 della legge regionale 6 agosto 2007; Il Distretto rappresenta pertanto l'articolazione dell'ASL deputata a garantire l'erogazione dei LEA sul proprio territorio, mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio sanitari competenti e coinvolti.

L'ASL individua, nell'Atto aziendale, l'articolazione e l'organizzazione distrettuale più consona alle esigenze ed alle caratteristiche del proprio territorio, procedendo contestualmente al riordino e alla razionalizzazione delle strutture oggi operanti in ambito territoriale o a supporto delle relative attività.

La pandemia da COVID 19 ha repentinamente richiesto l'adozione di nuove misure con uno sforzo straordinario di tutti gli attori coinvolti: la trasformazione della geografia dei servizi ospedalieri, il massiccio reclutamento del personale sanitario, l'incremento delle tecnologie, la diffusione della digitalizzazione e dei servizi di telemedicina e l'imponente organizzazione della campagna di prevenzione e vaccinazione. La gestione dell'emergenza, inoltre, ha anche comportato la riorganizzazione di molte attività sanitarie non COVID.

1.b.5 Offerta ante operam

- Nelle due città di Alba e di Bra, che rappresentano i due centri urbani più popolosi dei complessivi 76 comuni di cui è costituita l'ASL CN2, sino all'apertura del nuovo Ospedale Michele e Pietro Ferrero a Verduno, erano operativi i due ospedali in argomento, costituiti entrambi da un nucleo storico più antico e da edifici realizzati in ampliamento in varie epoche successive, come meglio specificato in altro capitolo del presente documento.
- Gli edifici in oggetto, già organizzati dal punto di vista gestionale in un unico Presidio Ospedaliero, accoglievano i servizi tipici di pronto soccorso, ricovero e di attività ambulatoriale.
- Il trasferimento a Verduno delle attività di ricovero e cura non ha completamente svuotato gli edifici cittadini dove l'ASL CN 2 ha ritenuto necessario ed opportuno confermare la presenza di attività ambulatoriali e di assistenza di prossimità. Di fatto i due vecchi ospedali sono entrati a far parte della rete aziendale delle Case della salute insieme a quelle già presenti sul territorio dell'ASL (Canale-Montà d'Alba, Santo Stefano Belbo-Cortemilia)
- Altre attività istituzionali dell'ASL CN2 sono ospitate in diversi edifici nelle cittadine, di cui l'Azienda dispone in massima parte mediante contratti di locazione passiva:

Ad Alba

- un Poliambulatorio specialistico (mq 640, affitto € 90.450/anno)
- un centro di Recupero e Riabilitazione Funzionale (mq 880, affitto € 110.880/anno)
- un Consultorio Familiare (mq 200, affitto € 25.200/anno)
- un Centro di Salute mentale con Centro Diurno (mq 941,17, affitto € 41.762/anno)
- il Servizio di Medicina Legale e Protesica (mq 1.200, affitto € 97.600/anno)
- la sede Amministrativa e del Dipartimento di Prevenzione (mq 6.080, affitto € 1.083.297/anno)

A Bra

- un Poliambulatorio specialistico (mq 2.060 di proprietà)
- il Servizio Veterinario (mq 380, comodato d'uso)
- il SERD (mq 370, affitto € 31.561/anno)
- A solo titolo indicativo il censimento dell'IRES riferito alla situazione del patrimonio immobiliare ospedaliero in Piemonte classificava i due ospedali, con 300 posti letto, una qualità strutturale pari al 68,7 % (in una scala dove al 100% corrisponde il pieno soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento), una obsolescenza media del 78 % definita critica (in una scala da 0 a 100) con vincoli tipologici, costruttivi o normativi che non la rende più pienamente disponibile ad interventi diffusi ed intensivi per l'adeguamento od il recupero con risorse ordinarie. Il costo di adeguamento stimato dall'Istituto era di € 42.336.678,00.

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO SANITARIO	LOCALIZZAZIONE	QUALITA' STRUTTURALE	OBSOLESCENZA	COSTO	MQ	POSTI LETTO
A.S.L. CN2	Ospedale Civico di San Lazzaro, Alba (in fase di dismissione)	Alba	68,7	78,2	25.997.382,00	26.790	286
	Ospedale Santo Spirito, Bra (in fase di dismissione)	Bra	68,8	77,8	16.339.296,00	17.883	14
	Nuovo Ospedale di Alba-Bra	Verduno	-	-	-	-	-
	TOTALE					42.336.678,00	44.673

1.b.6 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

In breve

- *Il processo di integrazione del SSR è da consolidarsi sul versante territoriale.*
- *Mentre il riordino della rete ospedaliera (ex DGR n. 1-600 del 2014) si è sostanzialmente compiuto, la riconfigurazione della rete territoriale (ex DGR n. 26 del 2015) è solo parziale, anche se in fase di revisione a seguito PNRR e del DM 77/2022.*
- *Quella delle Case della Salute/Case della Comunità è una realtà in rapida espansione.*
- *Nel 2018 il Piemonte ha approvato il Piano Regionale Cronicità, che punta, fra il resto, alle cure Domiciliari; le Cure Domiciliari erano diminuite dal 2012 al 2018, mentre erano aumentate quelle a maggiore valenza sanitaria;*
- *Il DM 77/2022 ha previsto il potenziamento delle cure domiciliari e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) la realizzazione di strutture organizzative per la presa in carico dei soggetti anziani e fragili e l'ottimizzazione della continuità assistenziale: Casa della Comunità, Ospedale di Comunità e Centrale Operativa Territoriale*

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello nazionale

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che aprono la presente sezione, declinano il diritto esigibile alla salute in termini di prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di compartecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono stati introdotti nel Servizio Sanitario nel 2001, suddividendo le prestazioni in tre grandi linee di attività – Promozione della Salute e Prevenzione, Assistenza territoriale e Assistenza ospedaliera – confermate nell'aggiornamento operato nel 2017.

I LEA, nella versione aggiornata al 2017, suddividono, a loro volta, il Macrolivello Assistenza territoriale in aree di attività:

- a. Assistenza sanitaria di base
- b. Emergenza sanitaria territoriale
- c. Assistenza farmaceutica
- d. Assistenza integrativa
- e. Assistenza specialistica ambulatoriale
- f. Assistenza protesica
- g. Assistenza termale
- h. Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale
- i. Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale.

I livelli di assistenza territoriali sono globalmente compresi nei “Percorsi assistenziali Integrati”, che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, erogata nei Distretti delle ASL piemontesi, sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio.

Il riordino della rete territoriale in Piemonte

La presa in carico dei pazienti sul territorio richiede integrazione, prossimità e continuità nelle cure, erogate da team multi professionali, in rete. Servono operatori e servizi sul territorio delle Asl, in luoghi dove i professionisti, congiuntamente – medici, infermieri, professioni sanitarie, sociali, amministrativi – garantiscano ai cittadini un luogo unitario di accesso. Il Servizio sanitario deve essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento.

Il processo di integrazione trova maggiori difficoltà a consolidarsi sul versante territoriale. Qui i servizi sono più frammentati e la governance più complessa. Sul territorio sono presenti molteplici attività gestite da personale convenzionato (in primis cure primarie e attività specialistica ambulatoriale) e realtà private accreditate o in collaborazione con gli Enti Locali (strutture residenziali extra ospedaliere per anziani, disabili, salute mentale, minori, dipendenze, etc).

In Piemonte la già citata Deliberazione di Giunta n. 26 del 2015 per il riordino della rete territoriale si è prefissa di completare il ridisegno complessivo dell'offerta assistenziale già avviato con la rete ospedaliera, puntualizzando e definendo:

- il modello organizzativo e il ruolo del Distretto, l'articolazione dell'ASL deputata a garantire l'erogazione dei Livelli di Assistenza sul proprio territorio;
- le forme organizzative multi professionali cui affidare l'assistenza primaria (Aggregazioni Funzionali Territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie e Case della Salute);
- indicazioni relative alla configurazione dei Dipartimenti territoriali – Prevenzione, Materno Infantile, Salute Mentale e Dipendenze;
- indicazioni relative all'integrazione socio sanitaria, che comprende quelle Cure integrate portatrici di competenze sanitarie e sociali, quali le Cure Domiciliari e le Cure erogate nelle Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche.

Se il ridisegno della rete ospedaliera ha raggiunto nella Regione una fase avanzata, la riconfigurazione della rete territoriale è stata realizzata solo in parte: nelle Case della Salute esistenti; l'integrazione delle diverse professionalità del territorio, sanitarie e sociali, si è rivelato un processo complesso; l'introduzione di servizi di prossimità nel sistema piemontese della Salute Mentale è tuttora in fase di perfezionamento.

L'attuale articolazione dei Distretti per A.S.L. è riportata nella Tabella seguente.

ASL	DISTRETTI	Popolazione Totale
ASL CITTA' DI TORINO	CdT - Distretto sud est	202.130
	CdT - Distretto sud ovest	253.695
	CdT - Distretto nord ovest	215.435
	CdT - Distretto nord est	186.650
	TOTALE	857.910
ASL TO3	TO3 - Area Metropolitana Centro	142.489
	TO3 - Area Metropolitana Nord	87.243
	TO3 - Area Metropolitana Sud	96.347
	TO3 - Pinerolese	133.328
	TO3 - Val Susa - Val Sangone	117.904
	TOTALE	577.311
ASL TO4	TO4 - Area Ciriace/Valli di Lanzo	121.298
	TO4 - Chivasso - San Mauro Torinese	119.712
	TO4 - Cuorgne'	77.631
	TO4 - Ivrea	107.248
	TO4 - Settimo Torinese	84.790
	TOTALE	510.679
ASL TO5	TO5 - Chieri-Carmagnola	154.070
	TO5 - Moncalieri-Nichelino	152.067
	TOTALE	306.137
ASL VC	VC - Vercelli	166.512
	TOTALE	166.512
ASL BI	BI - Biella/Cossato	166.456
	TOTALE	166.456
ASL NO	NO - Area Nord	151.658
	NO - Area Sud	88.900
	NO - Urbano di Novara	103.287
	TOTALE	343.845
ASL VCO	VCO - VCO	166.826
	TOTALE	166.826

ASL CN1	CN1 - Nord Est	89.302
	CN1 - Nord Ovest	79.558
	CN1 - Sud Est	84.728
	CN1 - Sud Ovest	162.051
	TOTALE	415.639
ASL CN2	CN2 - 1 - Alba	104.565
	CN2 - 2 - Bra	66.014
	TOTALE	170.579
ASL AT	AT - Asti Nord/Sud/Centro	200.788
	TOTALE	200.788
ASL AL	AL - Alessandria/Valenza	149.871
	AL - Casale Monferrato	79.477
	AL - Novi Ligure/Tortona	131.415
	AL - Ovada/Acqui Terme	67.772
	TOTALE	428.535
PIEMONTE	TOTALE COMPLESSIVO	4.311.217

Tabella. Distretti delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte) e relativa popolazione (01.01.2022)

Le funzioni assegnate e le modalità di governo del Distretto, sono delineate negli artt. 3-quater, 3-quinques e 3-septies, quest'ultimo articolo specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria, del D.Lgs. 229/99.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinques, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei Dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

La normativa nazionale riguardante la Casa della Comunità risale al periodo di emergenza pandemica, quando i bisogni di cure primarie di gran parte della popolazione, non trovando sul territorio risposte coordinate, tempestive e continuative, hanno impattato spesso impropriamente sulla rete ospedaliera e dell'emergenza, già a sua volta pesantemente gravata dalle a rilevante complessità clinico-assistenziale.

Con l'art. 1 comma 4 bis della L. n. 77 del 17.7.2020, ai fini di potenziare il livello di assistenza territoriale compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure di tutte le persone fragili, è stato disposto l'avvio della sperimentazione a carattere biennale delle cd. strutture di prossimità.

A seguito di tale normativa, nata nel contesto pandemico ma proiettata ad obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale, il P.N.N.R. nell'ambito degli interventi previsti nella Missione 6 – Salute, nell'ottica di riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territorio e sulle reti di assistenza socio-sanitaria, superando la frammentazione nelle risposte erogate per garantire invece continuità e omogeneità nell'erogazione dei LEA, ha finalizzato parte delle proprie risorse ad investimenti preordinati al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Al riguardo l'obiettivo individuato dalla Missione Salute è quello di migliorarne l'efficienza e l'efficacia, grazie all'integrazione con i servizi ospedalieri da un lato e con quelli sociali dall'altro, al fine di ottimizzare la capacità di risposta del sistema sanitario complessivo alle patologie croniche, da erogarsi ad un livello il più vicino possibile ai cittadini ed evitando impropri spostamenti verso gli ospedali.

Per le suddette finalità il PNRR ha previsto l'istituzione a livello distrettuale di strutture comunitarie accessibili nell'intero arco della giornata e prioritariamente destinate alla gestione

dei percorsi di salute per le cronicità, grazie alle dotazioni tecnologiche di base per la diagnostica ed all'integrazione fra la medicina di famiglia (MMG/PLS) e le altre aree di attività sanitaria e socio-sanitaria, da quelle territoriali a quelle specialistiche ospedaliere e dell'emergenza-urgenza.

In particolare, fra i principali contenuti innovativi vi è l'introduzione delle Case della Comunità che, in rete con le altre strutture previste, ovvero gli Ospedali e di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, sono destinate a rappresentare i capisaldi del modello organizzativo dell'assistenza di prossimità della popolazione.

La Regione Piemonte, sulla base del modello di riordino dell'assistenza territoriale definito con la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 e s.m.i., ha avviato, con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, la sperimentazione delle cd Case della Salute, quali forme organizzative del Distretto a carattere multiprofessionale e multifunzionale destinate a garantire la continuità dell'assistenza nell'arco dell'intera giornata, grazie al coordinamento con l'attività di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Secondo il DM 77/2022 la Casa della Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente

La Casa della comunità, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La Casa della comunità è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La Casa della comunità è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Per quanto riguarda invece gli ultimi provvedimenti sul tema di strutture intermedie e di continuità assistenziale, sono da evidenziare:

- la D.G.R. 2 luglio 2021, n. 7-3473 D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018 "Rimodulazione posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) nel territorio delle ASL Città di Torino presso RSA pubbliche" è stato parzialmente modificato l'Allegato A della D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018.
- la D.G.R. 7 ottobre 2022, n. 20-5757 "D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018 e s.m.i. – Ridefinizione e rimodulazione dei posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) nel territorio delle ASL CN1 e ASL AL" ha approvato la ridefinizione dei posti letto relativi alla funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, negli ambiti territoriali dell'ASL AL e dell'ASL CN1, anche in termini di diversa collocazione nei vari setting previsti.

L'inserimento dei pazienti in questa tipologia di setting, dove prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinica che pur è presente in modo significativo, deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

Il DM 70/2015 definisce l'Ospedale di Comunità come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'Ospedali di comunità è quindi una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

L'Ospedali di comunità è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'Ospedali di comunità, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

Con riferimento alla domiciliarità, invece, il riferimento è all'articolo 22 del DPCM 12.1.2017, che prevede la garanzia, da parte del Servizio Sanitario, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, di percorsi assistenziali a domicilio costituiti da trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, migliorare la qualità della vita.

Le Cure domiciliari, inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza fin dal 2001, rappresentano una tipologia di assistenza sanitaria erogata al domicilio dei pazienti in modo continuo e integrato, per fornire cure appropriate da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e socio sanitari.

L'obiettivo perseguito è favorire il recupero delle persone e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e relazione, garantire la continuità delle cure, prevenire ricoveri impropri, fornire educazione terapeutica ai pazienti perché collaborino attivamente alla realizzazione del percorso di cura e si prendano cura del proprio stato di salute, forniscano un supporto ai caregiver.

Le Cure Domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e sociosanitari, quali ad esempio medici specialisti, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, Operatori Socio Sanitari (OSS), dei servizi territoriali ed ospedalieri, secondo le necessità rilevate attraverso la valutazione multidimensionale.

Le cure domiciliari prevedono differenti setting assistenziali, suddivisi, nella normativa regionale del Piemonte, tra cure domiciliari a prevalente contenuto sanitario (Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative) e cure domiciliari in lungoassistenza per pazienti cronici.

Con la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i. avente come oggetto "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte" è stato definito un modello assistenziale unico di assistenza sanitaria erogata al domicilio

Le Cure Domiciliari, nel modello erogativo regionale piemontese, sono suddivise in diverse tipologie di intervento quali: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata e Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al

Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori, nonché Lungoassistenza (LA), Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

Uno dei motivi del mancato decollo delle cure domiciliari, in Piemonte e nelle altre Regioni italiane, è legato alla scarsità di risorse dedicate, che si ripercuote nella carenza di personale e di beni e servizi.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. In tale ambito le Centrali Operative Territoriali (COT), a regime una in ogni distretto, avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e utilizzeranno la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

La Centrale Operativa Territoriale deve essere in grado di dare risposta unitaria e aziendale a bisogni differenziati che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli e anche di differente natura. Sono condizioni necessarie:

- la personalizzazione degli interventi;
- la conoscenza specifica della rete di offerta;
- l'allineamento di più processi produttivi in modo da velocizzare la gestione del singolo caso ed evitare di bloccare il transito nella rete;
- l'integrazione di più processi informativi relativamente a paziente, contesto di riferimento, setting necessario.

Secondo il DM 77/2022 la Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

1.c Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

1.c.1. Identificazione dei bisogni assistenziali

La valutazione e la conoscenza del complessivo contesto dei bisogni che generano la domanda sanitaria sono un prerequisito per la messa a punto di una strategia che consenta una programmazione dei servizi sanitari equa ed efficace.

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico quali: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle persone immigrate, la contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale e l'aumento delle forme di lavoro meno stabili, richiedono un significativo cambiamento della strategia in quanto i bisogni sempre più articolati e complessi non consentono più risposte settoriali alla malattia o al disagio sociale.

Al contrario richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità e che sappiano garantire assistenza senza soluzioni di continuità.

L'analisi del contesto socio-sanitario ha portato prioritariamente all'identificazione dei bisogni relativamente alla:

- prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche;
- continuità assistenziale soprattutto in fase post acuzie;

- assistenza di base e specialistica;
- corretta ed efficiente gestione del percorso nascita;
- appropriatezza ed adeguatezza delle attività di assistenza pediatrica.

1.c.2 Descrizione della strategia

L'esigenza di razionalizzazione e miglioramento dell'offerta assistenziale territoriale, in un'ottica di complessiva e adeguata utilizzazione delle risorse, di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, di integrazione e continuità assistenziali, può trovare risposta in un piano di azione finalizzato a:

- implementare una organizzazione dell'attività sanitaria che garantisca la risposta al fabbisogno del territorio, nonché l'efficacia ed efficienza del sistema anche in chiave di integrazione con il territorio;
- promuovere l'innovazione e l'effettiva applicazione di modelli organizzativi che privilegino la coesistenza nei medesimi luoghi di tutti i professionisti necessari per la presa in carico globale dei bisogni di salute dei cittadini con problemi di fragilità di diverso livello ed in grado di garantire la continuità assistenziale da e per la rete ospedaliera;
- promuovere l'innovazione strutturale per realizzare luoghi di presa in carico funzionale ai percorsi dei cittadini ed ai bisogni degli operatori;
- promuovere l'innovazione tecnologica a supporto della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare l'introduzione di metodologie e strumenti che permettano l'assistenza da remoto e l'applicazione di algoritmi che ottimizzino la scelta delle persone con effettiva necessità di assistenza (telemedicina).

La strategia che si intende adottare è fondata sul riordino funzionale/organizzativo della rete assistenziale territoriale.

Presupposto fondamentale per l'attuazione della strategia è la riorganizzazione, già in atto nella Regione Piemonte, della rete dell'assistenza in funzione di una progressiva deospedalizzazione (erogazione decentrata dell'assistenza e potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto alla ospedalizzazione), secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio e tra ospedale e reti esistenti (Rete Oncologica, Rete delle Terapie Palliative, etc.)

Il Distretto rappresenta il luogo in cui si diventano concreti i concetti di prossimità, presa in carico, ed integrazione dei servizi da erogare ai cittadini e alle persone assistite. La costruzione di una nuova organizzazione del Distretto prevede:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità);
- la presenza di un punto unico di accesso;
- la presenza in di una centrale operativa territoriale (COT);
- lo sviluppo della telemedicina.

Per rispondere efficacemente ai bisogni espressi, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale con l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'investimento è anche finalizzato Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la

digitalizzazione) e a realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale

La Casa della Comunità diventa lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica per garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.

In parallelo è da potenziare l'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto), sotto il coordinamento del Distretto e a gestione prevalentemente del medico di medicina generale ed infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità può anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi anche, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari anche per quanto riguarda la medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

In tale ambito è fondamentale attivare una Centrali Operative Territoriali (COT) per ogni distretto in stretta connessione con il sistema 116117, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

L'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche è un altro punto qualificante. Infatti attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si può realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò è possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e tele monitoraggio.

Risulta strategicamente indispensabile reperire e qualificare strutture fisiche che permettano la localizzazione degli strumenti organizzativi sopracitati il più possibile integrati tra loro anche perché fisicamente coesistenti nei medesimi spazi in modo funzionale ai percorsi dei cittadini ed ai bisogni operativi dei professionisti.

Indicatori di struttura, processi, esiti e customer satisfaction e performance

Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Gli indicatori individuati sono 88:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;

- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Altresì Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali.

In tale ambito risulta importante nelle aziende sanitarie sviluppare, accanto ai sistemi di rilevazione contabile, sistemi di rilevazione extra-contabili in grado di fornire dati per misurare le diverse dimensioni della performance. Anche se il fine delle aziende sanitarie non è la creazione di un utile, ma il soddisfacimento dei bisogni sanitari, queste devono ugualmente acquisire efficienza e creare valore attraverso. Il focus è quindi è garantire la massima qualità con un ottimale consumo di risorse, senza sprechi ed inefficienze.

Il sistema degli indicatori aziendali distrettuali nasce dall'esigenza di fornire all' Assessorato alla Sanità, alle Direzioni aziendali, ai Responsabili dei Distretti e agli stakeholder uno strumento agile e sintetico per il monitoraggio dei bisogni di salute e dei principali aspetti dell'assistenza socio-sanitaria nel territorio di riferimento.

Gli indicatori del sistema sono raccolti in specifiche aree di interesse, per ciascuna delle quali vengono esplorati vari aspetti, da quelli di bisogno a quelli di struttura, di processo, di risultato e di customer satisfaction.

Per il calcolo degli indicatori ci si avvale prevalentemente dei sistemi informativi correnti. Molti di questi sono istituzionali (Sistemi informativi dell'assistenza ospedaliera, della specialistica ambulatoriale, dell'assistenza riabilitativa, della medicina di base, dell'emergenza, dell'assistenza domiciliare, ecc.), altri sono interni ed autogestiti dai servizi aziendali (Dipartimento di salute mentale, Dipartimento di prevenzione, Consultori, Anagrafe vaccinale, Assistenza protesica, ecc), altri infine sono esterni alla ASL (Anagrafe comunale, Ministero della Salute).

Il set di indicatori va inteso ovviamente in modo dinamico, essendo suscettibile di modifiche, implementazioni, perfezionamenti, anche con l'eventuale aggiunta di indicatori ritenuti più aderenti alle necessità conoscitive e la soppressione di quelli che potrebbero risultare di minore importanza per la comprensione dei fenomeni in osservazione.

Peraltro è importante migliorare le modalità di raccolta elaborazione e di validazione dei dati interni, allo scopo di rendere maggiormente affidabili le valutazioni e i confronti. In questo senso, il coinvolgimento dei Direttori di Distretto è fondamentale per il miglioramento continuo del report.

Al fine di una valutazione il più possibile partecipata e condivisa, le informazioni sono integrate nel cruscotto regionale di monitoraggio "Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità" (PADDI) gestito dal CSI.

In tale ambito è fondamentale il ruolo del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI), struttura della ASL TO3 che svolge funzioni di supporto epidemiologico per l'Assessorato alla Sanità e di epidemiologia generale per le ASL della Regione Piemonte.

Altresì presso l'ASL di Alessandria è operativo il Servizio Epidemiologico Malattie Infettive (SEREMI).

Il sistema di valutazione delle prestazioni in ambito sanitario è strumento idoneo a raccogliere informazioni importanti sulla performance dei sistemi sanitari regionali, consentendo, altresì, di ottenere dati confrontabili con gli altri sistemi sanitari regionali.

2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

2.a Obiettivi del Programma

2.a.1 Analisi dei problemi e priorità

Dall'analisi dei bisogni e dell'offerta ante-operam, presentati al Capitolo 1, si può riassumere che la situazione attuale del sistema di offerta di servizi territoriali della ASL Cuneo 2 presenta le seguenti problematiche:

- strutture obsolete e/o con problemi relativi alla sicurezza ed al confort di pazienti ed operatori;
- rete dei presidi territoriali frammentata e dispersa, prevalentemente ospitata in locali non di proprietà, quindi gravata da fitti passivi;
- non disponibilità di ospitare in locali quantitativamente e qualitativamente adatti i medici delle cure primarie insieme agli altri professionisti che devono prendere in carico i bisogni di salute dei cittadini fragili
- assenza di punti di riferimento abituali ed univoci per i cittadini per quanto riguarda l'assistenza per bisogni non ospedalieri

2.a.2 La catena degli obiettivi

Valutate le problematiche e le priorità di cui al paragrafo precedente, si identificano i seguenti obiettivi generali, specifici ed operativi del programma. Tali obiettivi rappresentano l'attuazione di una ulteriore fase di interventi in coerenza con gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale degli interventi a seguito delle indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del DM 77/2022.

Obiettivi generali

- G1. Organizzazione della rete di assistenza territoriale nei comuni di Alba e Bra e territorio di riferimento in presidi che permettano la presa in carico multi-professionale e multi-profilo dei pazienti fragili;
- G2. Adeguamento agli standard di offerta di assistenza territoriale nei comuni di Alba e Bra e territorio di riferimento in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni, efficacia ed efficienza del sistema, sicurezza dei presidi;

Obiettivi specifici

- S1. Riorganizzazione delle cure primarie, dell'assistenza specialistica e delle cure domiciliari per percorsi di presa in carico e continuità assistenziale;
- S2. Ristrutturazione e riqualificazione dei presidi ex-ospedalieri;
- S3. Adeguamento alle norme di sicurezza sismiche e dell'antincendio;
- S4. Adeguamento a standard tecnologici elevati, adeguati ai moderni modelli organizzativi ed assistenziali

Obiettivi operativi

- O1. Riorganizzazione delle attività territoriali dei servizi sociali, delle aree delle professioni sanitarie, delle aree delle cure primarie e dei servizi specialistici sui territori dei comuni di Alba e di Bra e quelli di riferimento;
- O2. Interventi di rifacimento messa in sicurezza antincendio dei presidi ex ospedalieri San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra;
- O3. Interventi di miglioramento sismico dei presidi ex ospedalieri San Lazzaro di Alba e Santo Spirito di Bra;
- O4. Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie.
- O5. Implementazione di modelli e strumenti della telemedicina

2.a.3 Interventi progettuali

Interventi previsti

Ex Ospedale San Lazzaro di Alba

(dallo Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'ASL CN2)

La riqualificazione del San Lazzaro di Alba per realizzare l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale, il Polo Formativo dell'ASL CN2 nella città di Alba e la concentrazione di tutte le restanti attività sanitarie ed amministrative nel sito dell'ex complesso Ospedaliero, prevede la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione, la ristrutturazione ed il riuso dell'edificio storico monumentale con integrazione di un edificio di elevata qualità di nuova costruzione, al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché la realizzazione di un edificio tecnico e la sistemazione delle aree esterne comprese nell'attuale recinto dell'ex ospedale.

L'organizzazione funzionale delle unità operative è strutturata in modo da prevedere la collocazione delle attività più prettamente sanitarie nell'edificio di nuova edificazione riservando l'edificio storico ad accogliere le attività di carattere più amministrativo e formativo; inoltre si prevede che le funzioni che sono caratterizzate da flussi quantitativamente maggiori di cittadini/utenti vengano posizionate al piano terra e le altre funzioni dislocate ai vari livelli secondo la gradualità di cura e permeabilità di accesso.

Ex Ospedale Santo Spirito di Bra

(dallo Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica dell'ASL CN2)

La realizzazione della Casa della Salute, comprendente le attività sanitarie e amministrative territoriali, l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale, l'Hospice Oncologico dell'ASL CN2 nella città di Bra nel sito dell'ex complesso Ospedaliero Santo Spirito, prevede la ristrutturazione ed il riuso sia dell'edificio storico monumentale che dell'edificio di più recente edificazione con interventi atti a riqualificarli ed elevarne le caratteristiche di qualità prestazionali e funzionali. Si prevede inoltre la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione addossati al muro perimetrale originale al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché il recupero funzionale degli edifici tecnici e la sistemazione delle aree esterne comprese nel recinto dell'ex ospedale, rendendole maggiormente fruibili e funzionali.

L'edificio più recente sarà da destinarsi prevalentemente ad attività clinico-assistenziali e di degenza, avrà accesso indipendente dal cortile interno collegato con Via San Secondo. Oltre ad esser prossimo alle aree di sosta già presenti, l'ingresso è già di fatto strutturato nel complesso, seppur mai utilizzato. Privo di barriere architettoniche, consente un immediato accesso ai collegamenti verticali e orizzontali primari e la possibilità di prevedere un punto di accoglienza e controllo. Il cortile sul quale si affaccia tale accesso è idoneo ad essere adattato ad un'area esterna adeguata per l'accoglienza.

Il tetto piano dovrà essere realizzato in modo da ospitare i pannelli fotovoltaici e le unità di trattamento aria opportunamente schermate sia visivamente che dal punto di vista acustico, e completato con tipologie di finitura che offrano adeguate garanzie di tenuta alle acque meteoriche pur in presenza di traffico pedonale derivante dalle suddette dotazioni impiantistiche.

Le dotazioni impiantistiche dovranno garantire l'accreditabilità della struttura secondo la Delibera del Consiglio Regionale 616 del 22.06.2000 oltre a funzionalità, comfort e risparmio energetico tramite l'utilizzo, ad esempio, di sistemi di domotica e di recupero e produzione di energia, la revisione completa del sistema di tamponamento perimetrale (pareti, serramenti, solai).

L'edificio storico monumentale, antecedente all'opera di ampliamento attuata in parte negli anni settanta del 1900 e successivamente con un ampliamento consistente a partire dal 1985, è quello destinato ad essere ristrutturato e recuperato, dal punto di vista architettonico, allo stato più vicino all'originale realizzazione. Questo pur attrezzandolo di tutte le dotazioni edili

ed impiantistiche compatibili e atte a garantire le migliori opportunità di funzionalità, fruibilità, confort, risparmio energetico e sicurezza.

La struttura storica si presenta in mattone a vista, copertura con coppi su struttura in legno, serramenti vetrati in legno, tendenzialmente originali. La facciata principale, seppur realizzata in fasi successive, ha una struttura simmetrica rispetto all'ingresso aulico originale. Gli interni sono stati nei secoli rimaneggiati per adeguarli alle evoluzioni delle esigenze sanitarie e di assistenza, ma alcuni elementi conservano il loro aspetto originale, in particolare appunto l'ingresso, la cappella posta in corrispondenza dello stesso al piano superiore, i due scaloni posti alle due estremità della facciata. Il recupero dell'immobile dovrà armonizzarsi con l'esistente con la rimozione delle superfetazioni e l'utilizzo di tipologie di finitura che si rifacciano a quelle originali.

2.a.4 Quadro economico finanziario dell'intervento

TABELLA INTERVENTI DEI LAVORI				
AZIENDA	EX PRESIDIO OSPEDALIERO	COMUNE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO TOTALE (€)
ASL CN2	ALBA San Lazzaro	ALBA	Realizzazione ospedale di comunità e Casa della Comunità	25.946.500,00
ASL CN2	BRA Santo Spirito	BRA	Realizzazione ospedale di comunità e Casa della Comunità	20.505.875,00

2.a.5 Offerta post-operam

Successivamente alla realizzazione del progetto di riqualificazione e ristrutturazione dei due presidi ex-ospedalieri di Alba e Bra saranno ospitati nei due edifici i servizi elencati nelle due tabelle seguenti.

Il collegamento funzionale dei servizi è facilitato dalla realizzazione del progetto stesso di riqualificazione e ristrutturazione, ma è oggetto di apposito lavoro organizzativo.

TABELLA: ALBA sintesi occupazione funzionale delle aree dell'Ospedale della Comunità

Tipologia	Addetti	Locali	Mq. Totali
Casa di Comunità come da PNRR			800
Ospedale di Comunità 20 p.l. come da PNRR			1500
Attività clinico-assistenziali (indicativamente Medici Medicina Generale, Servizi Sociali, Continuità Assistenziale, Sede Distretto, Ambulatori specialistici, Ser. D, ...)	65	40	3300
Centro diurno Psichiatria e Centro Igiene mentale	15	18	550
Servizi Amministrativi e formazione	170	125	2500
Dipartimento di prevenzione	160	100	2000
Circolazione, connettivo e spazi comuni (Sale attesa, spogliatoio, servizi igienici, aree ristoro, locali per il culto, ...)			1150
Locali tecnici e di supporto (centrali tecnologiche, magazzini e depositi, mensa, ...)	15	8	200

TABELLA: ALBA dettaglio superfici

ALBA	
TIPOLOGIA	MQ
Medici Medicina Generale	350
Continuità assistenziale	250
Sede Distretto	280
Cardiologia	50
ORL	40
Dermatologia	40
Diabetologia	120
Odontoiatria	120
Urologia	50
Oculistica	40
Neurologia	50
Ginecologia	55
Gastroenterologia	50
Ambulatorio Infermieristico	150
ADI	200
Centro ISI	50
Consultorio	100
Sportello CUP	100
Centro Prelievi	250
R.R.F.	275
Radiologia di base	225
Screening mammografico	175
Medicina dello sport	180
Pediatria e preparazione al parto	150
Farmacia territoriale	300
N.P.I.	150
Servizi socio assistenziali	300
Ospedale di Comunità 20 p.l.	1500
Centro diurno Psichiatria	300
Centro igiene mentale	250
Attività amministrative e dipartimento prevenzione	3500
Attività formative	1000
Circolazione, connettivo e spazi comuni (di cui 200 di sale attesa, 120 di spogliatoi, 130 di servizi igienici)	1150
Locali tecnici e di supporto, mensa, portineria	200
	12.000

TABELLA: BRA sintesi occupazione funzionale delle aree dell'Ospedale della Comunità

Tipologia	Addetti	Locali	Mq. Totali
Casa di Comunità come da PNRR			800
Ospedale di Comunità 20 p.l. come da PNRR			1500
Attività clinico-assistenziali (indicativamente Medici Medicina Generale, Servizi Sociali, Continuità Assistenziale, Sede Distretto, Ambulatori specialistici, Ser. D, ...)	65	40	3200
Hospice e servizi annessi	15	18	1500
Servizi Amministrativi e formazione	140	100	2000
Dipartimento di prevenzione	50	70	1500
Circolazione, connettivo e spazi comuni (Sale attesa, spogliatoio, servizi igienici, aree ristoro, locali per il culto, ...)			1650
Locali tecnici e di supporto (centrali tecnologiche, magazzini e depositi, mensa, ...)			850

TABELLA: BRA dettaglio superfici

BRA	
TIPOLOGIA	MQ
Medici Medicina Generale	350
Continuità assistenziale	250
Sede Distretto	280
Cardiologia	50
ORL	50
Dermatologia	50
Diabetologia	120
Odontoiatria	120
Urologia	50
Oculistica	50
Neurologia	50
Ginecologia	60
Gastroenterologia	70
Ambulatorio Infermieristico	200
ADI	195
Centro ISI	50
Consultorio	100
Sportello CUP	100
Centro Prelievi	250
R.R.F.	275
Radiologia di base	225
Screening mammografico	175
Pediatria e preparazione al parto	150
Servizi socio assistenziali	300
Farmacia territoriale, consegna farmaci	100
Medicina dello sport	180
N.P.I.	150
Dipartimento di prevenzione	1500
Servizi amministrativi e formazione	2000
Ospedale di Comunità 20 p.l.	1500
Hospice e servizi annessi	1500
Circolazione, connettivo e spazi comuni (di cui 550 di sale attese, 150 di spogliatoi, 140 di servizi igienici)	1650
Locali tecnici e di supporto, mensa, portineria	850
	13.000

Tenuto conto del grado di complessità tecnologica richiesta dalle diverse tipologie di attività, dei vincoli strutturali e architettonici degli edifici, delle indicazioni degli strumenti urbanistici, si ipotizza di insediare prevalentemente le attività clinico-assistenziali nelle parti più recenti degli edifici in riqualificazione, destinando gli edifici "monumentali" a tutte quelle attività che richiedono una minor complessità tecnologica.

Le parti più recenti saranno oggetto di profonda ristrutturazione (Bra) o di demolizione completa e successiva nuova parziale edificazione (Alba).

L'indicazione per la progettazione è di prevedere l'insediamento delle attività con progressione dal piano terreno a salire in modo inversamente proporzionale al flusso di utenti.

Come si evince dalle tabelle si prevede di far confluire nei complessi ristrutturati anche quelle attività oggi insediate in vari stabili esterni, creando un punto importante di riferimento per la popolazione, razionalizzando l'organizzazione funzionale dell'Azienda ed eliminando i costi di affitto passivi oggi sostenuti:

- ad Alba con la dismissione degli edifici in locazione ospitanti il Poliambulatorio specialistico, il Centro di recupero e riabilitazione funzionale, il Consultorio familiare, il Centro di salute mentale e Centro Diurno, il Servizio di medicina legale e Protesica, la sede Amministrativa e del Dipartimento di prevenzione, con la cessazione di un onere di affitto annuale oggi sostenuto di € 1.449.189;
- a Bra, con la dismissione dell'edificio in locazione ospitante il SERD, di quello in comodato d'uso ospitante il Servizio veterinario, del Poliambulatorio specialistico di proprietà che passerà nel patrimonio disponibile dell'Azienda, con la con la cessazione di un onere di affitto annuale oggi sostenuto di € 31.561.

2.b Coerenza interna della strategia

2.b.1 Relazione e complementarietà tra le priorità

La trasformazione di cui al presente Documento Programmatico riguarda i due presidi ex-ospedalieri di Alba e Bra e più in generale la rete di assistenza territoriale della ASL Cuneo 2. L'offerta ante operam è quella di una rete di assistenza territoriale nei comuni di Alba e Bra e per i territori di riferimento che si presenta con strutture mediamente distanti dal soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento, frammentarie e disperse.

Le strutture territoriali non permettono l'organizzazione di percorsi assistenziali completi ed efficaci per i cittadini, che non riescono a riconoscere punti di riferimento univoci.

La recente emergenza sanitaria pandemica ha messo ulteriormente in evidenza la rilevanza di tali vincoli e, in generale, della bassa attitudine alla trasformazione del patrimonio strutturale territoriale nei comuni di Alba e Bra.

Guardando ad uno scenario di medio periodo ed in considerazione della programmazione sanitaria Nazionale e Regionale, nonché della possibile ulteriore evoluzione dei bisogni di cura e delle modalità per riscontrarli, è quindi possibile ritenere che le strategie per accompagnare l'esistente verso profili di maggiore sostenibilità debbano essere improntate all'innovazione e all'adeguamento. Si tratta, in ogni caso, di strategie che possano indirizzare la trasformazione dell'esistente in chiave evolutiva, ossia nel pieno rispetto delle preesistenze e della loro evoluzione pregressa, anche rispetto agli investimenti già sostenuti e alle organizzazioni ormai consolidate e certamente idonee sia agli usi correnti, sia a quelli previsti.

Nel dettaglio le strategie previste possono essere declinate come di seguito illustrato:

- **INNOVAZIONE:** realizzazione di nuovi presidi territoriali in luogo di presidi non più idonei agli usi attuali o a quelli previsti;
- **ADEGUAMENTO:** interventi per il recupero od il potenziamento dell'esistente al fine di ricercare una migliore idoneità delle organizzazioni e delle strutture agli usi attuali o a quelli previsti;
- **ACCESSIBILITA':** interventi per la qualità, la tempestività, la completezza e l'appropriatezza degli accessi alle strutture territoriali, quali presupposti per una continuità e completezza della presa in carico dei bisogni di salute dei pazienti fragili e della continuità dell'assistenza tra bisogni acuti e cronici, tra territorio-ospedale e territorio. Considerando gli investimenti come una leva per lo sviluppo, infine, le strategie per l'innovazione e l'adeguamento hanno la potenzialità di restituire ai territori valori ed occasioni utili allo sviluppo locale, sia in fase di realizzazione degli interventi, sia nel momento in cui – al loro compimento – l'ottimizzazione degli assetti della rete di assistenza territoriale permetteranno l'avvio ed il consolidamento di nuovi flussi di persone sul territorio dei comuni di maggiore dimensione (e quindi rilevanza sociale ed economica) della ASL Cuneo 2.
- **UMANIZZAZIONE.** Il progetto architettonico deve essere centrato sul cittadino-paziente come persona, con le sue esigenze complessive. L'edificio deve essere un sistema aperto "a misura d'uomo" in cui è garantito un fluido percorso tra una fase di assistenza e la successiva, l'integrazione con l'ambiente e la tecnologia. Le tecnologie possono infatti essere usate come strumento per il benessere e per la personalizzazione degli ambienti, a patto di risultare fruibili dagli utenti senza una specifica formazione in tal senso. L'ambiente deve comunicare accoglienza ed essere fisicamente confortevole. Occorre infine considerare percorsi ed elementi per la multiculturalità, con particolare riferimento alle differenze religiose e culturali dei fruitori, da intendere come valori da preservare durante l'intera permanenza in ospedale.
- **URBANITA':** integrazione con il territorio e la città. Le strutture territoriali devono essere concepite come un valore per la città e il territorio. Deve essere aperto al proprio intorno e, rispetto all'accessibilità, deve essere connesso all'intorno urbano da percorsi che lo rendano facilmente raggiungibile da diverse categorie di utenti (trasportato o accompagnato, paziente o accompagnato con mezzo proprio o con i mezzi pubblici, personale sanitario, personale tecnico, fruitore occasionale dei servizi offerti). Anche la morfologia e il linguaggio architettonico dell'edificio devono integrarsi con il contesto.
- **SOCIALITA':** appartenenza e solidarietà. Le strutture territoriali sono organismi aperti e integrati con attività ulteriori a quelle strettamente sanitarie in modo che i suoi fruitori possano accedere a beni e a servizi che migliorano la qualità della loro permanenza.
- **ORGANIZZAZIONE:** efficacia, efficienza e benessere percepito. Le strutture territoriali devono perseguire un alto livello di qualità combinando spazi, percorsi, funzioni ed organizzazioni in modo che i suoi fruitori possano sentirsi accompagnati e seguiti in un ambiente appropriato alle loro necessità, non solo come fruitori o come pazienti, ma anche come persone con bisogni di benessere e cura. L'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico è interdisciplinare e l'articolazione delle unità operative non è più gerarchizzata all'interno delle singole aree specialistiche, ma ha un'organizzazione multi-profilo e multi-professionale che favorisce l'introduzione di modelli gestionali per processi e percorsi e non più per funzioni.
- **INTERATTIVITA':** completezza e continuità assistenziale. Le strutture territoriali devono riuscire a collaborare con le altre strutture sanitarie, dell'azienda sanitaria locale e di altre aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere e deve condividere con essi le informazioni sul paziente. Deve infatti essere uno dei poli di un percorso integrato in grado di accompagnare ciascun assistito garantendo, in ogni segmento, l'appropriatezza e la continuità delle cure,

anche rispetto alle possibilità degli assistiti da un punto di vista socio-sanitario. Al principio di interattività sono quindi correlate le strategie per la medicina digitale e quelle di transitional care, da definire anche in considerazione dei bisogni clinici e socio-assistenziali e della misura in cui l'organizzazione ospedaliera e territoriale saranno in grado di riscontrarli.

- **APPROPRIATEZZA:** correttezza delle cure e dell'uso delle risorse. Le strutture territoriali vengono organizzate e gestite non come un luogo omnicomprensivo per la salute, bensì come un polo per il trattamento delle fasi non acute delle malattie e che non necessitano di trattamenti complessi e diagnostica avanzata. Tale ruolo è tanto più sostenibile quanto più le strutture territoriali fanno parte di una rete integrata in grado di operare, con la prevenzione e la sanità ospedaliera, sull'appropriatezza degli accessi e poi sulla continuità del percorso di cura in caso di accesso in ospedale.
- **RICERCA e FORMAZIONE:** approfondimento intellettuale, clinico e scientifico. Le strutture territoriali devono anche divenire luoghi della ricerca scientifica o del monitoraggio degli esiti dell'innovazione in campo clinico, tecnologico e farmaceutico e della formazione degli operatori e sulla condizione delle loro esperienze nell'ottica del miglioramento continuo.

L'aggiornamento continuo di medici, infermieri, tecnici ed operatori è il presupposto indispensabile per l'adeguamento all'evoluzione tecnologica e professionale della medicina. Anche le strutture territoriali, non solo gli ospedali, devono anche essere luogo di educazione sanitaria e occasione di cultura per i cittadini e per gli operatori.

Anche per i motivi sovraesposti, le strutture territoriali di Alba e Bra sono in progetto sede per strutture formative della ASL Cuneo 2, in aggiunta ed integrazione a quelle esistenti e al servizio della popolazione del territorio di afferenza.

2.b.2. Analisi dei rischi

L'analisi dei rischi connessi alla realizzazione dei percorsi di cui al presente Documento Programmatico viene condotta mettendo in relazione i punti di forza con i punti di debolezza, con le opportunità e con le minacce (SWOT Analysis)

L'obiettivo è quello di maturare la consapevolezza del rischio necessaria a creare le condizioni per garantire l'affidabilità degli oggetti, dei tempi e dei costi delle realizzazioni (in termini sia di investimento, sia di spesa).

Il fattore tempo, in particolare, è strategico per il compimento del disegno complessivo di trasformazione non solo rispetto all'affidabilità delle previsioni riferite al medio periodo (e quindi alla coerenza, all'efficacia e all'efficienza degli interventi), ma anche rispetto alla rilevanza delle criticità che con gli interventi si vogliono controllare. L'innovazione e l'adeguamento, infatti, sono motivate da criticità che incidono sulla sostenibilità dell'esercizio attuale ed, a maggior ragione, sulla sostenibilità degli esercizi futuri, quando le nuove sfide presentate dall'evoluzione dei bisogni di cura e dalle trasformazioni già avvenute, ad esempio sul fronte dell'emergenza sanitaria, renderanno ancor meno coerente, efficace ed efficiente il modello attuale.

Punti di forza (Strenght)

Il presente documento programmatico è in linea con le più recenti disposizioni normative riguardanti lo sviluppo e l'evoluzione dell'assistenza territoriale. In particolare il DM 77/2022) e le indicazioni regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (DCR n. 199-3824 del 22/02/2022 e DGR 1-4892 del 20/04/2022) forniscono indicazioni cogenti per la realizzazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative territoriali sui

territori dei comuni di Alba e Bra che costituiscono le due maggiori aggregazioni urbane della ASL Cuneo 2 e sono riferimento di tutto il territorio della Azienda.

A differenza di altre zone della regione, ad Alba e Bra sono disponibili due presidi ex-ospedalieri (risultanti dal trasferimento delle attività ospedaliere presso il nuovo presidio ospedaliero unico della ASL a Verduno) che, opportunamente messi a norma e riqualificati, possono ospitare non solo le modalità organizzative sopra citate, ma anche il complesso delle attività territoriali presenti nei comuni di Alba e Bra.

La riqualificazione e trasformazione dei presidi ex- ospedalieri non riscontrano solo l'urgente bisogno di adeguamento ed innovazione dell'esistente, bensì costituiscono anche l'occasione per attuare in condizioni di piena sostenibilità nuove forme di continuità del tipo territorio-ospedale-territorio, modelli di presa in carico della fragilità e la strutturazione di percorsi integrati di cura in grado di intercettare l'evoluzione dei bisogni clinici dei pazienti (anche con prestazioni aventi carattere socio-sanitario od assistenziale).

L'adeguamento delle strutture ex-ospedaliere fornisce l'occasione per aggregare quindi tutte le componenti professionali e sociali in un medesimo luogo (compresi i medici delle cure primarie) che potrà costituire un vero punto di riferimento per la cittadinanza, cosa che non sarebbe realizzabile se non vi fossero le strutture disponibili

Le comunità professionali e le comunità locali riceveranno una risposta rispetto alle loro attese circa il mantenimento dei servizi sul territorio e lo sviluppo economico e sociale della zona, messe in crisi dal decentramento delle attività ospedaliere al di fuori dei centri urbani con conseguente modificazione profonda dei flussi delle persone e, quindi, anche di attività terze rispetto ai servizi sanitari.

La riqualificazione dei presidi ex-ospedalieri andando a concentrare i percorsi assistenziali migliorerà l'accessibilità al sistema dell'assistenza territoriale sia in termini di volumi disponibili che di tipologia e completezza delle risposte ai bisogni dei cittadini.

Punti di debolezza (Weakness)

Parallelamente occorre definire ed attuare delle misure per la sostenibilità ed il mantenimento delle attività esistenti sul territorio di Alba e Bra che consentirà di mantenere almeno inalterati i servizi resi alla cittadinanza nell'attesa della realizzazione del progetto di riqualificazione dei presidi ex-ospedalieri e della concentrazione ed ottimizzazione all'interno di essi dei percorsi assistenziali come descritto nei paragrafi precedenti. L'interferenza del cantiere rispetto ai percorsi assistenziali in essere va studiata accuratamente.

La realizzazione del progetto di riqualificazione strutturale dei due presidi ex-ospedalieri non può prescindere dal perfezionamento dei modelli funzionali di presa in carico ed assistenza dei pazienti fragili e dei bisogni di salute dei cittadini in generale.

L'adeguamento ai nuovi modelli culturali deve essere perseguito sia dai professionisti che dalle durante l'intero percorso di realizzazione attraverso la condivisione di scelte organizzative. In particolare dovrà essere condivisa la partecipazione dei medici di cure primarie in una logica organizzativa molto diversa da quella prevalente in atto (studi monoprofessionali e mono-medico sparsi sul territorio) e la condivisione delle attività sui percorsi di presa in carico da parte di più profili e professioni (sanitarie e non).

Opportunità (Opportunity)

Consolidare il ruolo della Programmazione regionale nella valutazione degli interventi non solo rispetto alla loro fattibilità, bensì rispetto alla loro coerenza con un disegno complessivo di trasformazione del quale si garantiscono, con opportune azioni programmatiche ed attuative, l'affidabilità degli oggetti, dei tempi e dei costi delle realizzazioni previste.

Consolidare il carattere della Programmazione regionale quale criterio per il governo della trasformazione complessiva, al di là della frammentazione determinata dalla sua competenza settoriale e della pluralità dei soggetti coinvolti.

Controllare parte delle criticità delle strutture territoriali esistenti attuando una razionalizzazione della rete locale non solo rispetto alle criticità attuali (strutturali e gestionali), bensì anche rispetto alle nuove sfide che stanno sollecitando il Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

Sperimentare nuove forme di presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini e della continuità territorio-ospedale-territorio con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità al Servizio Sanitario Regionale in termini di qualità, tempestività, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni erogate rispetto agli effettivi bisogni di cura, Identificando nella continuità il presupposto per la costituzione di percorsi integrati di cura, il potenziamento di questi ultimi permetterà di interpretare meglio il nuovo significato delle strutture territoriali, che è quello di un polo di riferimento per tutti i bisogni di salute dei cittadini di bassa complessità ed alta frequenza, connesso alla rete sanitaria complessiva locale e regionale ed ai servizi socio-assistenziali in parte integrati nella struttura stessa.

Realizzare all'interno delle strutture riqualificate spazi dedicati alle attività formative e di incontro culturale (spazi altrimenti carenti) con possibilità di fornire occasioni di sviluppo culturale ed impiego per la popolazione della zona oltre che il mantenimento e lo sviluppo economico e sociale del territorio.

Realizzare all'interno delle strutture riqualificate spazi dedicati alle attività amministrative attualmente localizzate in locali di proprietà di terzi e quindi aumento dell'efficienza complessiva del sistema ASL (riduzione dei fitti passivi).

Minacce (Threat)

L'intervento di cui al presente Accordo di Programma si compie nel medio periodo. Occorre quindi creare le condizioni necessarie a garantire la certezza dell'oggetto, del tempo e del costo previsti per l'intervento e misure di flessibilità per gestire quanto sia effettivamente imprevedibile. La congiuntura esterna rende possibile l'occorrenza di variazioni del quadro economico e della disponibilità di materiali che potrebbero ritardare la realizzazione del progetto.

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

3.a. Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale

3.a.1. Coerenza con le priorità nazionali e regionali della nuova Programmazione europea 2021/2027

Il Documento Strategico Unitario (DSU) regionale, "Piemonte cuore d'Europa. Diamo forma al futuro. Nuova programmazione europea 2021-2027" del febbraio 2021, pur essendo incentrato soprattutto sui Fondi strutturali europei, tiene anche conto degli strumenti altrettanto straordinari che si stanno predisponendo per rilanciare l'Europa a seguito dell'emergenza sanitaria in corso.

A livello nazionale, si legge nel DSU, il riferimento per la programmazione dei Fondi della politica di coesione europea è l'Accordo di Partenariato-AdP, cioè il documento strategico

condiviso tra Stato e Commissione Europea che delinea le opzioni strategiche nazionali ed è articolato sulla base degli obiettivi prioritari e specifici dei Fondi. Tra gli elementi di cui l'AdP deve tenere anche conto, oltre alle indicazioni regolamentari sulla concentrazione di spesa, spiccano le raccomandazioni che la Commissione Europea indirizza ai vari Paesi Membri nei Country Report annuali. In particolare, la Commissione nel Country Report 2019 per l'Italia ha individuato tra le priorità d'investimento in vista della nuova programmazione, la priorità n. 4, che prevede di "Migliorare l'inclusione sociale ed economica, la capacità di assistenza sanitaria e la partecipazione delle donne al mercato del lavoro".

Il tema sanitario è presente anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), così come nella Strategia Nazionale per lo sviluppo sostenibile (SNSvS) e il Piano Nazionale Integrato per l'Energia e il Clima (PNIEC).

Un importante strumento nazionale, la cui azione è complementare a quella dei Fondi strutturali europei, è il Fondo Sviluppo e Coesione (FSC).

Le strategie nazionali si declinano coerentemente a livello regionale. La Strategia Regionale per lo sviluppo sostenibile (SRSvS), nella macro-area strategica dedicata alle persone, contempla obiettivi relativi ai cambiamenti di domanda sanitaria: cronicità, fragilità, appropriatezza delle prestazioni, equità distributiva e a sostenere lo sviluppo e il benessere fisico e psicologico delle persone.

I temi al centro della SRSvS sono coerenti rispetto agli obiettivi della politica di Coesione 2021-2027 e della Politica Agricola Comunitaria 2023-2027, in particolare con riferimento allo sviluppo del benessere fisico e psicologico delle persone.

In particolare, nella strategia di contesto piemontese del DSU, si raccomanda di perseguire il miglioramento della dotazione infrastrutturale e l'intervento sulle strutture e sui servizi sanitari attingendo alle risorse dedicate dai fondi attivati da Next Generation EU e dal PNRR, così come alle risorse nazionali, ad esempio, del Fondo Sviluppo e Coesione. Sarà inoltre importante, si legge, assicurare la sinergia con la Cooperazione Territoriale Europea (CTE), considerando la strategicità della posizione del Piemonte nello Spazio Alpino.

Il tema della ricerca sanitaria è un altro degli aspetti evidenziati, sottolineando come il Piemonte appaia fortemente in ritardo nello sviluppo di una rete di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS in grado di valorizzare il patrimonio di conoscenze scientifiche della sanità piemontese, creare percorsi professionali e attirare investimenti privati nella ricerca, contrastare il rischio della Low Skill Trap per l'area sanitaria di eccellenza. In sintesi, si raccomanda di procedere ad una programmazione, coerente con le esigenze sanitarie del nostro territorio, in grado di recuperare il ritardo accumulato.

Le Linee di indirizzo del FSE, richiamate nel DSU, evidenziano come necessari un'attenta regia e attuazione sinergica dei vari strumenti e fondi, ordinari e straordinari, nazionali ed europei, che sono e saranno disponibili, con quattro obiettivi fondamentali: lo sviluppo della rete territoriale sinora carente, il rinnovamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, il rafforzamento del personale e la realizzazione di un sistema informativo integrato socio-sanitario. Azioni necessarie ancor più dopo il forte impatto della pandemia di COVID-19, che ha evidenziato la carenza in questi ambiti e che non si sta mostrando prossima all'esaurimento, ma probabilmente connoterà ancora per lungo tempo lo scenario sanitario e sociale a scala globale e locale, pur con forme ed esiti diversi. In relazione a tale assunto, l'impulso alla formazione sanitaria è da considerarsi strategico e fortemente raccomandato.

L'azione regionale, si legge in conclusione del DSU, focalizza tra le altre le due direttrici sulle quali muoversi per il rilancio e l'uscita dalla pandemia: rafforzamento della medicina di territorio e una nuova programmazione dell'edilizia sanitaria.

3.a.2 Coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale

Il presente programma e gli interventi previsti sono coerenti con le linee della programmazione sanitaria nazionale e regionale, con riferimento in particolare, per quanto concerne la programmazione regionale alla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, Adeguamento della rete

ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale.

La revisione della rete ospedaliera programmata dalla Regione Piemonte attraverso la D.G.R. 1-600 del 19 novembre 2014 e s.m.i. è stata sviluppata nel rispetto di quanto sancito dal Patto per la Salute 2014-2016, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e dal correlato Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70, documenti che si riferiscono a criteri programmatori che, anche alla luce delle problematiche che ha evidenziato la sopra richiamata emergenza Covid-19, dovranno essere probabilmente rivisti.

A livello di indirizzi regionali, a partire dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR 2012-2015) e in tutti gli interventi normativi successivi relativi alla programmazione della rete ospedaliera del Piemonte si è ribadito che il modello di ospedale deve configurarsi come componente di un sistema di assistenza, complesso e integrato, che deve sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per realizzare un'organizzazione a rete di servizi.

In tale ambito la Missione 6 del PNRR e il DM 77/2022, con riferimento allo sviluppo delle reti di prossimità, delineano le componenti della nuova organizzazione territoriale della rete sanitaria piemontese: il punto focale di riferimento, il Distretto, e i diversi punti di erogazione, ovvero le Case della Comunità, l'ospedale di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Questo nuovo modello di sviluppo dell'assistenza sanitaria potrà avere un impatto positivo anche sul setting ospedaliero e sull'ambito della prevenzione, in particolare per quanto riguarda lo snellimento dei percorsi di salute e il coordinamento tra i diversi processi socio-sanitari.

Il modello di programmazione sanitaria e socio-sanitaria è orientato a garantire i percorsi di salute fra domicilio, territorio ed ospedale, con la definizione di interventi finalizzati al rafforzamento della *governance* del sistema territoriale e del ruolo delle forme organizzative multidisciplinari e multi-professionali, con l'implementazione progressiva delle *strutture di prossimità ed intermedie*.

In Piemonte, le azioni della Missione 6 del PNRR e del DM 77/2022 si inseriscono sul modello esistente, per la definizione della nuova organizzazione della rete sanitaria volta a sviluppare prassi operative e standard di assistenza territoriale.

Nella prospettiva della revisione della rete territoriale, il punto focale di riferimento è rappresentato dal Distretto. Quale articolazione territoriale dell'ASL svolge infatti una funzione essenziale nella *governance* del sistema territoriale, assicurando l'espletamento delle funzioni e delle relative attività indicate dalla normativa vigente.

In tale contesto, per rispondere alle differenti esigenze, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, è necessario definire progressivamente un modello di erogazione dei servizi e una rete di assistenza territoriale adeguata, anche in termini di spazi fisici e di localizzazione delle strutture.

La Casa della Comunità rappresenta il luogo in cui il sistema sanitario si coordina e si integra con l'area dei servizi sociali, proponendo l'integrazione intersettoriale delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio trasversale ai bisogni dell'assistito.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria territoriale rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, caratterizzati da una assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna, non erogabile a domicilio.

La Centrale Operativa Territoriale è un servizio a valenza distrettuale che assolve al ruolo di raccordo e di coordinamento della presa in carico della persona tra i diversi *setting* e professionisti sanitari coinvolti (transizione tra ammissione/dimissione nelle strutture

ospedaliera, nel trattamento temporaneo e/o definitivo presso le strutture di ricovero intermedie o domiciliari o residenziali ecc.).

Il lavoro di programmazione effettuato nella seconda metà dell'anno 2021 dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte con le Aziende Sanitarie regionali, in risposta alle indicazioni del PNRR, ha portato a due provvedimenti:

- la DGR 11 febbraio n. 4 - 4628 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale";
- la DCR 22 febbraio n. 199 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali".

In tali atti è stata definita la localizzazione dei siti delle Strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL): 91 Case della Comunità, 30 Ospedali di Comunità e 43 Centrali Operative Territoriali come presupposto per lo sviluppo del futuro assetto organizzativo territoriale.

Nella tabella che segue viene presentata la collocazione delle strutture di prossimità nelle Aziende Sanitarie Regionali.

ASR	CdC	OdC	COT
ASL CITTA' DI TORINO	18	6	9
ASL TO3	12	4	6
ASL TO4	11	3	5
ASL TO5	7	2	3
ASL VC	3	1	2
ASL BI	3	1	2
ASL NO	7	2	3
ASL VCO	3	1	1
ASL CN1	9	3	4
ASL CN2	5	2	2
ASL AT	4	1	2
ASL AL	9	4	4
TOTALE	91	30	43

Correlazione con i programmi di finanziamenti precedenti

In merito alla coerenza complessiva del presente programma rispetto al quadro dei programmi di finanziamento precedenti, si rinvia a quanto precisato al paragrafo 0.b – *Quadro finanziario* e 0.c - *Sintesi del raccordo con il passato*, nei quali viene chiarita la situazione attuale dei finanziamenti art.20 della L. 67/88.

In particolare si evidenzia che con l'Accordo di Programma che sarà sottoscritto a seguito del presente Documento Programmatico, alla luce di quanto indicato dall'art.1, c. 555, legge 30.12.2018, n. 145, prevede una quota di finanziamento statale pari ad euro 25.175.000,00.

3.b Sostenibilità degli interventi

3.b.1 Analisi delle condizioni generali

Il presupposto per la definizione di strategie per l'innovazione e l'adeguamento della rete territoriale regionale è da ricercare nella rilevanza delle criticità che attualmente caratterizzano le sue strutture. infatti:

L'obsolescenza media delle strutture territoriali è elevata e paragonabile a quelle ospedaliera.

Per il perseguimento dell'obiettivo del pieno soddisfacimento dei requisiti strutturali per l'accreditamento sono necessari lavori di adeguamento territoriale e per l'adeguamento antisismico.

La rilevanza delle criticità attuale è ancora maggiore in chiave prospettica poiché la parziale indisponibilità di parte delle strutture ad interventi di adeguamento e diffusi limita di fatto la loro possibilità di recupero o trasformazione, lasciando nel contempo irrisolta la criticità derivante da costi di conduzione e gestione (anche per il personale e le dotazioni) maggiori rispetto a quelli che sarebbero strettamente necessari in condizioni di piena adeguatezza e coerenza alle funzioni.

3.b.2 Sostenibilità economica e finanziaria dell'intervento

L'intervento previsto si sostanzia nel far confluire all'interno dei due edifici ex ospedali, adeguatamente ristrutturati, le attività dell'ASL che attualmente sono insediate in altri edifici delle due città, nell'accogliere le attività previste per gli Ospedali di Comunità e per le Case della Comunità, oltre alle altre attività di assistenza, prevenzione e formazione che l'ASL, nell'ambito della propria organizzazione, ritiene opportuno e necessario svolgere sul territorio. La Regione intende realizzare gli interventi di adeguamento strutturale e tecnologico degli immobili in oggetto mediante un appalto "tradizionale" ai sensi del vigente Codice dei Contratti, ove la sostenibilità economica e finanziaria sarà garantita da risorse statali e regionali in conto capitale a copertura dei quadri economici dell'intervento.

Gli eventuali ribassi di aggiudicazione saranno gestiti dalla Regione Piemonte per far fronte a eventuali maggiori oneri determinati da sopraggiunte esigenze o complessità di esecuzione, nonché per interventi propedeutici, accessori e complementari al compimento del disegno complessivo di riqualificazione degli immobili.

Con il trasferimento all'interno dell'unico contenitore in ognuna delle due città delle attività attualmente distribuite in altri immobili, l'ASL potrà non solo riorganizzare e potenziare le attività stesse, ma anche beneficiare dei risparmi gestionali conseguenti alle dismissioni (cessazione di fitti passivi e delle spese relative alle utenze e manutenzione dei locali dismessi).

Non ultimo sono da sottolineare il recupero di edifici di notevole valore storico e architettonico e la riqualificazione urbana conseguente.

3.b.3 Fattibilità amministrativa e gestionale

La modalità realizzativa prevista è quella dell'appalto tradizionale ai sensi del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i.

La competenza per la cura delle procedure per lo sviluppo della progettazione e per la realizzazione dei lavori appartiene ai servizi tecnici ed amministrativi dell'Azienda Sanitaria Locale, che è identificata come stazione appaltante con Responsabile Unico del Procedimento proprio.

La fattibilità amministrativa è rimandata alla disciplina sulla contrattualistica pubblica – generale e speciale - e, in particolare, alle norme sulla programmazione, sulla progettazione e sull'esecuzione degli appalti prevista dal D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., compresa la produzione ANAC.

Poiché il fattore tempo è determinante nella realizzazione dell'intervento, si insiste sui seguenti presupposti per la sua fattibilità:

- affidabilità e coerenza della programmazione, intesa come capacità del programmatore di dare tempestivo avvio alla realizzazione dell'intervento, garantendo la certezza dell'oggetto, dei tempi e dei costi della realizzazione;
- competenza del soggetto attuatore in fase di progettazione, intesa come capacità amministrativa, tecnica ed economica di curare o fare curare i livelli di progettazione necessari alla programmazione dell'intervento, anche rispetto alla necessità di interagire con i soggetti terzi e gli enti sovraordinati con personale, strumenti e risorse idonei;
- competenza del soggetto attuatore in fase di realizzazione, intesa come capacità amministrativa, tecnica ed economica di curare il processo come stazione appaltante,

ossia con le abilitazioni necessarie ad assumere ogni provvedimento utile ad accompagnare la realizzazione dall'indizione al collaudo;

- snellezza dell'apparato burocratico ed amministrativo, intesa come coerenza fra l'azione amministrativa e gli adempimenti strettamente necessari alla programmazione, alla progettazione, alla realizzazione ed al monitoraggio dell'intervento secondo la disciplina della contrattualistica pubblica, evitando la ridondanza di atti e procedimenti richiesti dall'apparato burocratico.

3.b.4 Sostenibilità di risorse umane

Le risorse umane per l'attuazione dell'intervento sono presenti presso l'Azienda Sanitaria Locale che interpreterà il ruolo di Stazione Appaltante, con Responsabile Unico del Procedimento proprio e con il coordinamento generale della Regione Piemonte.

A sostegno dell'affidabilità e della qualità complessiva del processo realizzativo, per la cura di alcune fasi realizzative che richiedono competenze specialistiche o mezzi tipicamente non presenti presso le strutture tecniche ed amministrative delle Aziende Sanitarie, sono previsti, anche solo in termini di supporto alle professionalità interne, affidamenti ulteriori, nei limiti delle disponibilità di cui alle somme a disposizione dei quadri economici.

Per la cura di alcune attività, da identificare sulla base degli sviluppi effettivi del processo realizzativo, possono infine essere previsti, oltre al supporto preferenziale da parte della Regione Piemonte, i contributi di ulteriori risorse professionali in comando.

3.b.5 Sostenibilità ambientale

La ricerca della sostenibilità ambientale riguarda i seguenti ambiti e a cui si fa riferimento in termini generali:

- qualità del sito;
- carichi ambientali;
- qualità ambientale indoor;
- qualità del servizio;
- aspetti sociali, culturali e percettivi.

Qualità del sito

Si punta al rapporto fra edificio ed ambiente circostante, comprese le preesistenze, per un miglioramento dell'ecosistema locale. In particolare si indagano le relazioni del progetto con il tessuto connettivo esistente ricercando la compatibilità fra i flussi previsti ed i flussi e le infrastrutture esistenti, eventualmente da integrare o potenziare, e garantendo la presenza di percorsi per gli accessi.

L'intervento sui due complessi, anche in aderenza agli Strumenti Urbanistici, tenderà a valorizzare gli aspetti architettonici degli edifici monumentali, nel caso di Alba anche Archeologici.

Verranno migliorati i percorsi pedonali e l'accessibilità non soltanto ai Servizi ma anche alle aree cortilizie per renderle liberamente fruibili alla popolazione, incentivandone lo sfruttamento in sicurezza.

Consumo di risorse

Per la riduzione degli impatti ambientali si punta alla contrazione dei fabbisogni e, in particolare, alla riduzione dei consumi da fonti non rinnovabili. Questo sia con interventi sulle strutture che con la completa revisione degli impianti. Successivamente si punta al razionale utilizzo delle risorse garantendo l'efficienza dei processi che ne prevedono l'utilizzo ed incoraggiando strategie per il recupero dei loro prodotti.

Gli interventi edilizi privilegeranno l'impiego di materiali riciclati e riciclabili e a minor impatto ambientale.

Carichi ambientali

Il contenimento dei carichi ambientali riguarda le emissioni di CO2 equivalente in fase operativa, la gestione dei rifiuti e la restituzione termica all'ambiente. Le progettualità punteranno quindi a minimizzare l'impatto sul global warming con il contenimento del rilascio di gas clima alteranti in atmosfera, a contenere la produzione di rifiuti o reflui, la corretta gestione dell'acqua anche con il recupero ed utilizzo dell'acqua piovana.

Qualità ambientale indoor

La sicurezza ed il benessere nel costruito sono un obiettivo di progetto. Tale dimensione dovrà essere ricercata tanto per i pazienti, quanto per gli operatori ed i fruitori delle opere. Oltre agli aspetti che incidono direttamente sul benessere ambientale (climatico, visivo, acustico, olfattivo, percettivo), la progettualità insisterà in particolar modo sulla qualità dell'aria e sulla sicurezza rispetto all'esposizione biologica e sugli aspetti di fruibilità in grado di rendere le opere effettivamente disponibili – nelle modalità previste – ai suoi differenti tipi di fruitori, in ragione delle loro specificità.

Qualità del servizio

La qualità del servizio complessivo dipende da condotte e dotazioni. Si punterà quindi alla sensibilizzazione dei fruitori sulle corrette modalità della loro relazione con l'opera in fase di esercizio e saranno previsti, oltre a strumenti di monitoraggio delle prestazioni rese, anche sistemi per modulare opportunamente i consumi rispetto alle attività effettivamente svolte.

Aspetti sociali, culturali e percettivi

Tali aspetti declinano la nuova impostazione dei percorsi assistenziali e clinici, e il rapporto fra le diverse strutture deputate ad erogare i servizi. Il senso è quello di fare intendere la Sanità come una delle dimensioni che concorrono all'obiettivo di Salute: dimensione che caratterizza la vita delle persone e non solo il momento corrispondente ad un bisogno di cura.

3.b.6 Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche

L'intervento riguarda prevalentemente opere a destinazione sanitaria, ma è anche orientato alla realizzazione di spazi a destinazione di attività formative e scientifiche. Le attività miste, pertanto, sono presenti nell'esercizio di funzioni accessorie o complementari a quelle ordinariamente legate alla dimensione sanitaria di tutta la Azienda. Fanno parte di queste attività eventuali corsi di formazione universitaria, la formazione continua, il monitoraggio degli esiti (anche a seguito di nuove pratiche o somministrazioni) e la continuità territorio-ospedale-territorio.

4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

4.a Sistema di indicatori

Oltre agli indicatori del contesto socio-sanitario utilizzati per l'analisi degli stati di salute della popolazione, sarà utilizzato, anche per confronto con i due recenti Documenti Programmatici approvati (Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione di Torino e Città della Salute e della Scienza di Novara) uno specifico sistema di indicatori finalizzato a rappresentare gli interventi ai fini della verifica del processo di costruzione delle strutture, cioè della fase realizzativa degli interventi stessi

Tuttavia la vera misura in termini di salute e coerenza rispetto agli obiettivi è possibile solo una volta terminati gli interventi strutturali ed avviata l'attività di carattere sanitario: in questa fase sarà possibile una verifica di esito sul prodotto, in termini più di prestazioni che di salute almeno nel breve periodo.

4.a.1 Indicatori di contesto

La Regione è dotata di una serie di indicatori di contesto demografico e socio-sanitario attraverso i quali si identificano sia le principali cause di decesso, sia la composizione e la distribuzione geografica della popolazione, sia le prestazioni sanitarie di ricovero, ambulatoriali, integrative e protesiche, farmaceutiche, residenziali, ecc.

Alcuni di questi indicatori sono stati utilizzati nell'analisi dell'offerta ante operam e per la valutazione dell'offerta post operam.

4.a.2 Indicatori di Programma

L'elaborazione di adeguati indicatori di programma ha la finalità di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità, in coerenza con il quadro degli obiettivi e delle esigenze della programmazione sanitaria regionale e del Sistema Sanitario Nazionale.

Gli indicatori di programma permettono di monitorare, ad una determinata data, gli stati effettivi di avanzamento degli interventi e delle opere previste dal programma, nonché il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti e gli effetti stimati sui sistemi o sub-sistemi di riferimento in relazione al grado di avanzamento del programma.

Indicatori di risorse

Gli indicatori di risorse rilevano il grado di utilizzazione delle risorse finanziarie mobilitate per l'attuazione del programma degli investimenti, con riferimento sia ai singoli interventi, sia all'intero programma. Il confronto di tali indici con il grado di avanzamento delle opere ed il grado di raggiungimento degli obiettivi potrà restituire indicazioni di efficacia e/o efficienza delle modalità adottate per l'attuazione del programma.

IP1 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento

L'indice è teoricamente compreso tra 0 e 1, indicando con 0 il mancato utilizzo delle risorse e con 1 la completa fruizione delle somme disponibili o comunque impegnate.

Quantità risorse utilizzate[€] / risorse impegnate o disponibili[€]

IP2 - Grado di utilizzazione effettivo delle risorse del programma totale degli investimenti

Viene calcolato per l'intero programma. L'indice è teoricamente compreso tra 0 e 1, indicando con 0 il mancato utilizzo delle risorse e con 1 la completa fruizione delle somme disponibili o comunque impegnate.

Quantità risorse totali utilizzate[€] / risorse totali impegnate o disponibili [€]

La quantità di risorse totali utilizzate è data dalla somma dell'indice IP1 calcolato per ognuno degli interventi del programma.

Indicatori di realizzazione

Gli indicatori di realizzazione sono riferiti all'esecuzione degli interventi e ne rilevano lo stato di avanzamento fisico.

IP3 - Stato di avanzamento effettivo dell'intervento

Permette di valutare lo stato di avanzamento dell'intervento oggetto del programma

Quantità lavori eseguiti / Quantità totale lavori in progetto

La quantità dei lavori eseguiti, considerata come la somma dei gradi di avanzamento di ogni fase realizzativa dell'opera pesati sul totale dell'opera è un numero compreso tra 0 e 100. Essendo il denominatore del rapporto assunto sempre = 100, l'indicatore sarà espresso da un numero compreso tra 0 e 1.

IP4 - Stato di avanzamento effettivo del programma

Permette di valutare lo stato di avanzamento complessivo del programma degli interventi strutturali:

- *N° interventi avviati / N° totale interventi del programma*
- *N° interventi conclusi / N° totale interventi del programma*

IP5 – Tempi effettivi di realizzazione dell'intervento

- *tempo effettivo di realizzazione / tempo totale previsto di realizzazione*
In relazione alla tipologia ed all'entità dell'intervento, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IP6 – Tempi effettivi di realizzazione del programma:

Indicatori di risultato

Gli indicatori permettono di rilevare gli effetti diretti della realizzazione dei progetti in termini di tipologia ed entità dell'offerta di assistenza sanitaria. In particolare verranno monitorati i dati strettamente legati alla stima del valore della produzione.

IP.7 – Attivazione CdC

n° totale CdC attivate / n° totale CdC in progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato in riferimento ai tempi di realizzazione previsti a livello di progetto.

IP.8 – Attivazione OdC

n° totale OdC attivati / n° totale OdC in progetto

Tale indicatore potrà essere calcolato in riferimento ai tempi di realizzazione previsti a livello di progetto.

4.a.3 Indicatori di Efficacia ed Efficienza

Gli indicatori di efficacia e di efficienza sono determinati a partire dagli indicatori di programma. Sono finalizzati a valutare l'operato dei soggetti ai vari livelli coinvolti nell'implementazione del programma di investimenti, nonché a valutare la capacità del programma di raggiungere gli obiettivi previsti.

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, quali derivati degli indicatori di contesto e di programma, hanno intrinsecamente un'alea dovuta sostanzialmente alla complessità della pianificazione e programmazione sanitaria rispetto le quali interferiscono anche fattori politici, economici e sociali.

Indicatori di efficacia (risultati ottenuti/risultati previsti)

Rapportano i valori effettivi ai valori previsti degli stati di avanzamento e dei risultati ad una data definita, permettendo di valutare l'efficacia delle modalità di attuazione del programma.

IE.1 – Indice di avanzamento dell'intervento

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto della programmazione dei lavori definita in sede di progetto:

Quantità lavori eseguiti / Quantità lavori previsti

IE.2 – Indice di avanzamento del programma

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto della programmazione delle attività per l'attuazione del programma definita in sede di progetto:

N° interventi avviati / N° interventi previsti in sede di progetto;

N° interventi conclusi / N° totale interventi previsti in sede di progetto.

IE.3 – rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma redatto in sede di progetto.

tempo effettivo di realizzazione / tempo di realizzazione da cronoprogramma

In relazione alla tipologia ed all'entità dell'intervento, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IE.4 – rispetto dei tempi di realizzazione del programma

Permette di valutare, ad una data definita, il rispetto dei tempi complessivi di attuazione del programma previsti in sede di progetto

tempi effettivi di realizzazione / tempi di realizzazione da cronoprogramma

In relazione alle modalità ed all'intervallo temporale considerato per l'attuazione del programma, il tempo potrà essere computato in giorni, settimane o mesi.

IE.7 – Indice di ammodernamento apparecchiature

Età media apparecchiature post-operam / età media apparecchiature ante operam

L'indicatore potrà restituire valori minori di 1 se si è realizzato un rinnovo del parco tecnologico, viceversa sarà maggiore o uguale a 1 se gli interventi non hanno portato ad un ammodernamento delle tecnologie sanitarie.

Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza permettono di valutare l'efficienza delle modalità di allocazione delle risorse investite, ad esempio attraverso la valutazione di valori di costo medio di realizzazione degli interventi del programma rispetto a parametri sia di tipo strutturale che sanitario.

IE.8 – Costo unitario di costruzione [€/mq].

Costo totale di costruzione delle strutture / superfici totali lorde delle strutture costruite

IE.9 – Costo di realizzazione posto letto [€/p.l.]

Permette di quantificare il costo che viene sostenuto complessivamente per realizzare un posto letto.

Costo totale interventi con p.l. / n° p.l. attivati o in previsione di avvio

4.a.4 Definizione del sistema di indicatori

Il sistema degli indicatori previsti per il monitoraggio del presente programma di investimento, descritti ai precedenti paragrafi, sono riassunti nella tabella seguente.

Tipo/ sottotipo	Codice	Indicatore
INDICATORI DI CONTESTO	---	Atlante Sanitario del Piemonte
INDICATORI DI PROGRAMMA		
Indicatori di risorse	IP1	Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento
	IP2	Grado di utilizzazione effettivo delle risorse del programma totale degli investimenti
Indicatori di realizzazione	IP3	Stato di avanzamento effettivo dell'intervento
	IP4	Stato di avanzamento effettivo del programma
	IP5	Tempi effettivi di realizzazione dell'intervento
	IP6	Tempi effettivi di realizzazione del programma
Indicatori di risultato	IP7	Attivazione CdC
	IP8	Attivazione OdC
INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA		
Indicatori di efficacia	IE1	Indice di avanzamento dell'intervento
	IE2	Indice di avanzamento del programma
	IE3	Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento
	IE4	Rispetto dei tempi di realizzazione del programma
	IE5	Indice di attivazione CdC
	IE6	Indice di attivazione OdC
Indicatori di efficienza	IE7	Indice di ammodernamento apparecchiature
	IE8	Costo unitario di costruzione [€/mq]
	IE9	Costo di realizzazione posto letto [€/pl]

Di seguito tali indicatori sono messi in relazione con la matrice del quadro logico.

		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI
G1	Organizzazione della rete territoriale.	S1	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica per livelli di complessità	O1	Riorganizzazione delle attività di area territoriale	IP7, IP8, IE5, IE6
G2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza territoriale in termini di risposta al fabbisogno,	S2	Riqualificazione delle strutture territoriali	O2	Intervento di sviluppo CdC	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9
		S3		O3	Intervento di sviluppo OdC	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9
		S4		O4		IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9
				O5		IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9
		S5		O6		IP3, IP5, IE1, IE3, IE7, IE9

4.a.5 Fonti di verifica

La verifica sarà attuata attraverso i dati provenienti dalle seguenti fonti:

- Verifica diretta o tramite le A.S.R.;
- Flussi Informativi Ministeriali;
- Flussi informativi regionali Edisan
- Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità (NSIS);
- Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche (F.I.Te.B.);

4.b Impatti del Programma

4.b.1 Accettabilità sociale del Programma

È noto che la revisione della composizione e dislocazione dei servizi sanitari comporta potenziali occasioni di tensione sociale, sia nell'utenza sia negli operatori sanitari.

Il programma in oggetto presenta minime criticità legate all'accettabilità sociale in quanto non prevede il declassamento di servizi sanitari o una minore accessibilità ai servizi stessi per gli utenti delle aree interessate. Anzi gli interventi proposti attuano un'azione migliorativa dei servizi e delle prestazioni offerte, agendo sul potenziamento e l'ammodernamento del presidio ospedaliero di Borgomanero.

4.b.2 Valore aggiunto del programma

Il presente accordo si inserisce nel percorso strategico generale di riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri della Regione Piemonte, in continuità con le strategie di programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria già condivise tra Stato e Regione nei precedenti accordi; tale aspetto costituisce di per sé un importante valore aggiunto del programma.

4.b.3 Health Technology Assessment

L'HTA consiste nella valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle tecnologie sanitarie, ossia nella previsione e nella valutazione delle ricadute, in termini di costi e benefici, conseguenti all'impiego di determinate apparecchiature e procedure al fine di stabilire

l'allocazione ottimale delle risorse disponibili. Si tratta, quindi, di un'attività finalizzata a valutare l'impatto delle tecnologie sui bisogni di salute e sui problemi assistenziali nonché sulle scelte di politica sanitaria e di gestione aziendale.

5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

5.a Presupposti e sistemi di gestione del programma

5.a.1 Presupposti organizzativi e finanziari

La gestione del programma segue quanto previsto nell'Accordo sulle procedure del 28.02.2008 sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, recepito dalla regione Piemonte con Deliberazione n. 6-9557 del 09.09.2008.

Le attività di governo del programma vengono svolte istituzionalmente dalla Direzione Sanità e welfare della Regione Piemonte.

In riferimento ai presupposti finanziari si rimanda a quanto esposto nello specifico capitolo del presente documento relativo alla sostenibilità degli interventi.

5.a.2 Presupposti economici e sociali

La proposta di intervento contemplate dal presente Accordo derivano dalla valutazione dello stato di vetustà delle attuali strutture, raffrontato con la capacità delle medesime di rispondere con efficacia e efficienza alla domanda di servizi, nonché di supportare e favorire processi di innovazione e sviluppo in ambito sanitario.

Al fine della definizione dell'intervento sono stata coinvolti i diversi soggetti che a vario titolo sono interessati nella realizzazione dell'intervento, al fine di valutare e definire le azioni da intraprendere per il successo delle iniziative.

5.a.3 Modalità realizzative

Gli interventi saranno realizzati attraverso il ricorso alle forme ordinarie di appalto ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

5.b Sistemi di monitoraggio del Programma

Per soddisfare le necessità di un monitoraggio finanziario, fisico e procedurale dei programmi di investimenti, sia regionali sia statali, la Regione Piemonte ha predisposto un sistema informatizzato di gestione dell'iter dei programmi di investimento denominato "Edisan", destinato a supportare le vigenti "procedure per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie" e contestualmente a fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione degli interventi, nonché consentirne una efficace gestione e monitoraggio.

5.c Sistema di monitoraggio degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Per soddisfare le necessità di un monitoraggio finanziario, fisico e procedurale dei programmi di investimenti, sia regionali sia statali, nel 2008 la Regione Piemonte ha predisposto un sistema informatizzato di gestione dell'iter dei programmi di investimento denominato "Edisan", destinato a supportare le procedure per la programmazione, la gestione e il monitoraggio degli

investimenti in edilizia ed attrezzature sanitarie e contestualmente a fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione degli interventi, nonché consentirne una efficace gestione e monitoraggio.

5.c.1 Programmazione degli interventi

Le Aziende inseriscono ed aggiornano le proposte di investimenti relative ad interventi in edilizia ed attrezzature sanitarie nella procedura informatizzata Edian, così come previsto nel disciplinare sulle procedure.

Le proposte di investimento devono ricomprendere tutti gli interventi che prevedranno la copertura finanziaria mediante l'utilizzo di risorse statali, regionali e/o derivanti da altre fonti (comprese le donazioni); la procedura si applica agli interventi in edilizia sanitaria ed agli interventi in attrezzature sanitarie, limitatamente alle classi tecnologiche comprese tra quelle indicate nell'allegato alla D.G.R. 13-9470 del 25.08.2008 e s.m.i. (c.d. "Grandi attrezzature").

5.c.2 Attuazione e gestione degli interventi finanziati

L'iter di attuazione e gestione degli interventi con quote di finanziamento statale, regionale o misto segue quanto illustrato nel disciplinare sulle procedure (ALLEGATO A alla D.G.R. n. 18-7208 del 10 marzo 2014), utilizzando la manualistica aggiornata con D.D. n. 375 del 17 aprile 2014.

Per interventi relativi a opere edili o di acquisizione di attrezzature da realizzare con quote di finanziamento statale le Aziende Sanitarie, entro mesi dalla data della stipula dell'Accordo di Programma Stato/Regione, sviluppano il livello di progettazione necessario per la appaltabilità dell'intervento e trasmettono al Settore regionale competente il "Modulo A" corredato dall'Atto formale Aziendale di approvazione del progetto dell'intervento, ai fini dell'ammissione al finanziamento da parte del Ministero competente.

La Regione provvede a richiedere al Ministero competente l'ammissione al finanziamento. L'aggiudicazione dell'appalto deve avvenire entro 18 mesi dalla data di invio all'Azienda Sanitaria, del Decreto Ministeriale di ammissione al finanziamento, così come previsto dalla D.G.R. 6-9557 del 09.09.2008 di recepimento dell'Accordo sancito il 28.02.2008 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, pena la revoca del finanziamento da parte del Ministero competente. All'avvenuta aggiudicazione dell'opera, l'Azienda deve trasmettere, con la massima tempestività al Settore regionale, l'Atto formale Aziendale, affinché possa dare comunicazione al Ministero dell'avvenuto rispetto dei termini procedurali previsti.

5.c.3 Monitoraggio attuazione degli interventi finanziati

Le Aziende devono trasmettere, entro il 31 gennaio di ogni anno, al Settore regionale competente, le "Schede C-S" debitamente compilate per gli interventi di edilizia ed attrezzature sanitarie.

Flussi informativi a supporto della procedura

Al fine di implementare la banca dati informatica delle strutture sanitarie e delle tecnologie installate nelle strutture sanitarie, le Aziende Sanitarie aggiornano, secondo le periodicità e modalità definite dal Settore competente i seguenti flussi:

D.E.S. (Database di Edilizia Sanitaria), per quanto concerne: i supporti planimetrici, le destinazioni d'uso, lo stato degli interventi oggetto di finanziamento, la localizzazione delle grandi attrezzature;

F.I.Te.B. (Flusso Informativo per le Tecnologie Biomediche), per quanto concerne il censimento e monitoraggio delle tecnologie biomediche, come da D.G.R. n. 39-3929 del 29 maggio 2012 e D.D. n. 508 del 27 luglio 2012.

Per l'aggiornamento del database planimetrico, le Aziende Sanitarie devono fornire i riscontri planimetrici in formato elettronico di tutti gli interventi che comportino variazioni nella morfologia o nella destinazione d'uso dei locali, allo stato di fatto e allo stato di progetto.

ALLEGATO 1				
SCHEDE DI RIFERIMENTO				
MATRICE DEL QUADRO LOGICO				
Logica di intervento		Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di Verifica	Condizioni
Obiettivi generali	G1. Riorganizzazione della rete territoriale secondo quanto previsto dal DM 77/2022	Indicatori di contesto	Indicazioni programmatiche nazionali e regionali: - Provvedimenti programmatori specifici nazionali e regionali Strumenti di monitoraggio e banche dati regionali: - Verifica diretta o tramite ASR - Flussi informativi Ministeriali - Flussi informativi regionali Edisan - Flusso informativo per tecnologie biomediche FITeB	Coordinamento azioni di diversi soggetti coinvolti: - Regione Piemonte - Azienda Sanitaria ASL CN2
		cfr. Atlante Sanitario del Piemonte 2006		
		Indicatori di risorse		
		- IP1. Grado di utilizzazione effettivo delle risorse per singolo intervento		
		- IP2. Grado di utilizzazione effettivo delle risorse del programma totale degli		
		Indicatori di realizzazione		
		- IP3. Stato di avanzamento effettivo dell'intervento		
		- IP4. Stato di avanzamento effettivo del programma		
		- IP5. Tempi effettivi di realizzazione dell'intervento		
		- IP6. Tempi effettivi di realizzazione del programma		
		Indicatori di risultato		
		- IP7. Attivazione Strutture		
		- IP8. Attivazione Strture		
		Indicatori di efficacia		
		- IE1. Indice di avanzamento dell'intervento		
- IE2. Indice di avanzamento del programma				
- IE3. Rispetto dei tempi di realizzazione dell'intervento				
- IE4. Rispetto dei tempi di realizzazione del programma				
Indicatori di efficienza				
- IE8. Costo unitario di costruzione [€/mq]				
- IE9. Costo di realizzazione posto letto OdC [€/pl]				

Analisi S.W.O.T.	
MINACCE	FORZE
Instabilità della congiuntura esterna	- Documento in linea con la programmazione regionale e nazionale
	- Disponibilità di strutture libere
	- Centralizzazione dei percorsi di presa in carico
	- Risposta alle attese delle comunità locali sul ritorno socio-economico
DEBOLEZZE	OPPORTUNITA'
Interferenza con attività esistenti da mantenere anche nel periodo dei lavori	- Adesione a programmazione regionale
	- Efficienza di sistema, estensione dell'assistenza
Difficile adeguamento ai nuovi modelli organizzativi (resistenza ai cambiamenti)	- Razionalizzazione della rete locale territoriale
	- Applicazione di nuovi modelli di assistenza

Obiettivi / Indicatori / Interventi							
OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI		INDICATORI	
G1	Organizzazione della rete territoriale	S1	Riorganizzazione dell'assistenza territoriale	O1	Riorganizzazione delle attività per percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	IP7, IP8, IE5, IE6	Indicatori di risorse, realizzazione e risultato: IP1 IP8 (Trattandosi di indicatori del livello di avanzamento o realizzazione del programma o intervento, il valore teorico atteso è pari a 1). Indicatori di efficacia: IE1, IE2, IE5, IE6 (Il valore teorico atteso è pari a 1). IE3, IE4 (Il valore teorico atteso è minore o uguale a 1). IE7 (Il valore teorico atteso è minore di 1). Indicatori di efficienza: IE8-IE9 (I valori attesi sono quelli definiti in sede di progetto).
G2	Adeguamento agli standard di offerta di assistenza ospedaliera in termini di risposta al fabbisogno, accessibilità e d appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema	S2	Sviluppo strutture intermedie	O2	Interventi di edificazione delle Strutture	IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9	
		S3		O3		IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9	
		S4		O4		IP3, IP5, IP8, IE3, IE6, IE8, IE9	
				O5		IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9	
S5	Adeguamento a standard tecnologici elevati	O6	Riqualificazione del parco attrezzature e tecnologie	IP3, IP5, IE1, IE3, IE8, IE9			

Quadro finanziario contenuto nella proposta di APQ			
INTERVENTI	IMPORTO STATO (95%)	IMPORTO REGIONE (5%)	TOTALE FINANZIAMENTO ART.20
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Alba	€ 24.649.175,00	€ 1.297.325,00	€ 25.946.500,00
Realizzazione dell'ospedale di comunità e della casa della comunità di Bra	€ 19.480.581,25	€ 1.025.293,75	€ 20.505.875,00
IMPORTO COMPLESSIVO	€ 44.129.756,25	€ 2.322.618,75	€ 46.452.375,00

Verifica dell'analisi di contesto		
CONTESTO	PRESENZA /ASSENZA	EVIDENZIAMENTO DI PARTICOLARI FENOMENI
A.1 Quadro demografico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.2. (Quadro demografico)
A.2 Quadro epidemiologico della Regione	P	Si veda paragrafo 1.b.1. (Quadro epidemiologico)
A.5 Analisi dell'offerta	P	Si veda paragrafo 1.b.6. (Offerta ante operam)
A.6 Criticità di accesso e dei percorsi diagnostici-terapeutici	P	Si veda paragrafo 1.a.4. (Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità dell'accesso)

Analisi dell'offerta attuale			
DESCRIZIONE	DATO REGIONALE ATTUALE	STANDARD NAZIONALE (previste a regime a livello regionale)	NOTE
Numero Case di Comunità	0	91	Sono presenti attualmente circa 70 case della salute
Numero di Ospedali di Comunità	0	30	
Numero di posti letto in Ospedali di comunità	0	600	
Numero di Centrali operative territoriali	0	43	
Casi trattati in Assistenza Domiciliare per 100 abitanti	6 per cento abitanti ultra 65 anni	10 per cento abitanti ultra 65 anni	

<i>Articolazione degli interventi dell'AdP per tipologie</i>						
TIPOLOGIA	N° INTERVENTI PER CATEGORIA	LIVELLO DI PROGETTAZIONE				
		Studio di fattibilità	Documento preliminare alla progettazione	Progetto preliminare	Progetto definitivo	Progetto esecutivo
Nuova Costuzione						
Ristrutturazione	2	2				
Ristrutturazione Restauro						
Manutenzione						
Completamento						
TOTALE	2	2	-	-	-	-

<i>Fabbisogno finanziario per Obiettivi</i>						
OBIETTIVO SPECIFICO	N° INTERVENTI PER OBIETTIVO	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
realizzazioni ospedali di comunità case di comunità	2	44.129.756,25	2.322.618,75	0,00	46.452.375,00	100
Totale	2	44.129.756,25	2.322.618,75	0,00	46.452.375,00	100

<i>Fabbisogno finanziario per Categorie</i>						
CATEGORIE	N° INTERVENTI PER CATEGORIE	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
Realizzazione due ospedali di comunità e due case della comunità Alba-Bra	2	44.129.756,25	2.322.618,75	0.00	46.452.375,00	100
Assistenza territoriale						
Assistenza residenziale						
Sistemi informatici						
Apparecchiature					(500.000,00)*	
Altro						
Totale	2	44.129.756,25	2.322.618,75		46.452.375,00	100

* gli arredi e apparecchiature sono comprese nella somma di 46.452.375,00 euro

<i>Fabbisogno finanziario per Tipologie di intervento</i>						
TIPOLOGIA	N° INTERVENTI PER TIPOLOGIA	FINANZIAMENTO STATALE	FINANZIAMENTO REGIONALE	ALTRI FINANZIAMENTI	COSTO COMPLESSIVO	INCIDENZA SUL PROGRAMMA (%)
a)Nuova costruzione						
b)Ristrutturazione	2	44.129.756,25	2.322.618,75	0,00	46.452.375,00	100
c)Restauro						
d)Manutenzione						
e)Completamento						
f)Acquisto di Immobili						
g)Acquisto di attrezzature						
Totale	2	44.129.756,25	2.322.618,75		46.452.375,00	100

ALLEGATO 2 – SCHEDE TECNICHE

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA' SETTORE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI	Azienda Sanitaria Regionale: 211 ASL CN2 Alba Bra
SCHEDE TECNICHE INTERVENTO N°1	
Titolo Intervento:	Riqualificazione e riuso ex Ospedale "San Lazzaro" di Alba Realizzazione Ospedale di Comunità, Casa della Comunità
Descrizione Intervento:	<p>La riqualificazione del San Lazzaro di Alba per realizzare l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale, il Polo Formativo dell'ASL CN2 nella città di Alba e la concentrazione di tutte le restanti attività sanitarie, socio-assistenziali ed amministrative nel sito dell'ex complesso Ospedaliero, prevede la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione, la ristrutturazione ed il riuso dell'edificio storico monumentale con integrazione di un edificio di elevata qualità di nuova costruzione, al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché la realizzazione di un edificio tecnico e la sistemazione delle aree esterne comprese nell'attuale recinto dell'ex ospedale.</p> <p>L'organizzazione funzionale delle unità operative è strutturata in modo da prevedere la collocazione delle attività più prettamente sanitarie nell'edificio di nuova edificazione riservando l'edificio storico ad accogliere del tutto prevalentemente le attività di carattere più amministrativo e formativo; come indirizzo progettuale prioritario si prevede inoltre che le funzioni che sono caratterizzate da flussi quantitativamente maggiori di cittadini/utenti vengano posizionate al piano terra e le altre funzioni dislocate ai vari livelli secondo la gradualità di cura e permeabilità di accesso.</p> <p>Fra le attività già insediate nell'edificio, nell'ottica di pianificazione dei futuri sviluppi progettuali, si troverà la Centrale Operativa Territoriale, in corso di allestimento all'atto della stesura del presente documento e finanziata con fondi assegnati dal PNRR. La sua collocazione è già stata prevista in un'area dell'edificio che non verrà più interessata dai lavori considerati nel presente Documento e sarà cura del progettista preservarne la funzionalità nel pianificare gli interventi nelle restanti parti dell'edificio.</p> <p>Si conferma la possibilità e l'impegno di rendicontare in maniera separata le opere di realizzazione delle C.O.T. (fondi PNRR), rispetto a quelle di realizzazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità (da realizzare con fondi dell'art. 20 L. 67/88). Come precisato nelle Delibere ASL CN2 n. 21 e 22 del 10 gennaio 2023, le due realizzazioni non sono sovrapposte in termini di spazi e tempi di realizzazione, beneficiando altresì di diverse modalità di approvazione e finanziamento.</p>
Tipo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE
Categoria:	SERVIZI TERRITORIALI
Stato di Progettazione:	STUDIO DI FATTIBILITA'
Progetto Appaltabile	NO, FINO A PROGETTAZIONE AVVENUTA
Stazione Appaltante:	ASL CN2 ALBA BRA
Sede di erogazione:	ALBA
Localizzazione:	ALBA
Data Inizio Lavori:	ott-24
Data Fine Lavori:	ott-27
Data di Aggiudicazione prevista:	ott-24
Data prevista per l'attivazione:	ott-27
Tempo Previsto per la Durata Lavori:	36 mesi
Tempo Previsto per l'attivazione	Contestuale a fine lavori
Codice CUP:	G88I22000670002
Soggetto Responsabile:	Ing. Marco CERRATO
Costo Complessivo dell'intervento:	€ 25.946.500,00
di cui finanziamento statale:	€ 24.649.175,00
di cui finanziamento regionale:	€ 1.297.325,00
Importo finanziamenti progressi:	€ 0,00
Posti letto:	20
Superficie lorda interessata:	12.000 m2
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:	Marco CERRATO
IL REFERENTE PER LA COMPILAZIONE:	Marco CERRATO - 339 3014566

REGIONE PIEMONTE DIREZIONE SANITA' SETTORE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI	Azienda Sanitaria Regionale: 211 ASL CN2 Alba Bra
SCHEDA TECNICA INTERVENTO N°2	
Titolo Intervento:	Riqualificazione e riuso ex Ospedale "Santo Spirito" di Bra Realizzazione Ospedale di Comunità, Casa della Comunità
Descrizione Intervento:	<p>La realizzazione del polo di attività territoriali comprendente le attività sanitarie, socio-assistenziali ed amministrative territoriali, l'Ospedale di Comunità, la Casa della Comunità, la Centrale Operativa Territoriale (COT), l'Hospice Oncologico dell'ASL CN2 nella città di Bra nel sito dell'ex complesso Ospedaliero Santo Spirito, prevede la ristrutturazione ed il riuso sia dell'edificio storico monumentale che dell'edificio di più recente edificazione con interventi atti a riqualificarli ed elevarne le caratteristiche di qualità prestazionali e funzionali. Si prevede inoltre la demolizione degli edifici esistenti di più recente edificazione addossati al muro perimetrale originale al fine di raggiungere la necessaria superficie utile all'attività, nonché il recupero funzionale degli edifici tecnici e la sistemazione delle aree esterne comprese nel recinto dell'ex ospedale, rendendole maggiormente fruibili e funzionali. L'edificio più recente sarà da destinarsi prevalentemente ad attività clinico-assistenziali e di degenza, avrà accesso indipendente dal cortile interno collegato con Via San Secondo.</p> <p>Fra le attività già insediate nell'edificio, nell'ottica di pianificazione dei futuri sviluppi progettuali, si troverà la Centrale Operativa Territoriale, in corso di allestimento all'atto della stesura del presente documento e finanziata con fondi assegnati dal PNRR. La sua collocazione è già stata prevista in un'area dell'edificio che non verrà più interessata dai lavori considerati nel presente Documento e sarà cura del progettista preservarne la funzionalità nel pianificare gli interventi nelle restanti parti dell'edificio.</p> <p>Si conferma la possibilità e l'impegno di rendicontare in maniera separata le opere di realizzazione delle C.O.T. (fondi PNRR), rispetto a quelle di realizzazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità (da realizzare con fondi dell'art. 20 L. 67/88). Come precisato nelle Delibere ASL CN2 n. 21 e 22 del 10 gennaio 2023, le due realizzazioni non sono sovrapposte in termini di spazi e tempi di realizzazione, beneficiando altresì di diverse modalità di approvazione e finanziamento.</p>
Tipo Intervento:	RISTRUTTURAZIONE
Categoria:	SERVIZI TERRITORIALI
Stato di Progettazione:	STUDIO DI FATTIBILITA'
Progetto Appaltabile	NO, FINO A PROGETTAZIONE AVVENUTA
Stazione Appaltante:	ASL CN2 ALBA BRA
Sede di erogazione:	BRA
Localizzazione:	BRA
Data Inizio Lavori:	ott-24
Data Fine Lavori:	apr-27
Data di Aggiudicazione prevista:	ott-24
Data prevista per l'attivazione:	apr-27
Tempo Previsto per la Durata Lavori:	30 mesi
Tempo Previsto per l'attivazione	Contestuale a fine lavori
Codice CUP:	G78I22001470002
Soggetto Responsabile:	Ing. Paolo MARENGO
Costo Complessivo dell'intervento:	€ 20.505.875,00
di cui finanziamento statale:	€ 19.480.581,25
di cui finanziamento regionale:	€ 1.025.293,75
Importo finanziamenti pregressi:	€ 0,00
Posti letto:	20 PER OSPEDALE DELLA COMUNITA' (OLTRE A 14 DI HOSPICE)
Superficie lorda interessata:	13.000 m2
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:	Paolo MARENGO
IL REFERENTE PER LA COMPILAZIONE:	Paolo MARENGO - 333 6421302